





## 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 primária 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. Andrade, Barreto e Bezerra (2008) definem o que é Atenção Primária à Saúde (APS) e também critérios do que não caracterizaria esse nível de atenção. Assinale qual das opções abaixo contém apenas informações verdadeiras sobre a APS.
- a) A Atenção Primária à Saúde deve ser organizada de acordo com os principais problemas de saúde da população e, a partir disso, ofertar à comunidade ações de saúde focadas apenas na prevenção de agravos e promoção da saúde.
  - b) É o nível de saúde de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção focada nas enfermidades e doenças da população.
  - c) Trata-se de uma atenção à saúde organizada em pacotes básicos que tem o objetivo de assistir às classes mais pobres da população, oferecendo resposta aos principais determinantes da saúde e acesso universal ao cuidado de acordo com a necessidade observada em cada caso.
  - d) É uma estratégia que garante atenção integral e a continuidade do cuidado, sendo sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, transcendendo o campo sanitário e incluindo outros setores para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos.
27. Sobre o SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com o que é discutido por Andrade, Barreto e Bezerra (2008) é INCORRETO afirmar que:
- a) A ESF nasceu em 1994 e representa uma decisão política de reorganização da rede de assistência à saúde por meio de uma política que apontasse para a universalização do acesso e consolidasse um processo de centralização administrativa do setor saúde na esfera federal.
  - b) A ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde.
  - c) A ESF é considerada um modelo de Atenção Primária à Saúde focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária.
  - d) Enquanto componente do primário de um sistema público de saúde, o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender de essencialmente de sua capacidade de integração com as demais redes de atenção à saúde.

**A Portaria 2.488/2011 do Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sobre a PNAB, as questões 28 e 29 versam sobre ela. Responda-as.**

28. A PNAB caracteriza a Atenção Básica como 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Sobre características da Atenção Básica contidas na Política, marque a alternativa correta:
- a) Coordenar a integralidade, junto com as demais coordenadoras do cuidado - como nas UPA's, Serviços de Emergências e equivalentes -, em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas básicas e demanda espontânea prioritária; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado.
  - b) A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como divergentes e opta por denominar Atenção Básica as ações definidas em seu escopo, estabelecendo a APS como um modelo a ser superado.
  - c) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
  - d) A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo massivo, rápido e eficiente que, apesar das diferenças locoregionais, devem ter por meta a homogeneização da atenção básica brasileira para garantir universalização do modelo assistencial.

29. A PNAB, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. A atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, como expressam as proposições abaixo:

- I - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
- II - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
- III- Hierarquizar as redes: reconhecer as ofertas de serviços de saúde para população sob sua responsabilidade, organizando os programas de assistência e acesso desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde seja centrada na capacidade instalada dos equipamentos em saúde.
- IV- Ser resolutive: implantar acolhimento por classificação de risco, utilizando procedimentos e protocolos referendados internacionalmente e dialogar com os serviços de pronto atendimento para que os mesmos sejam vinculados a RAS e auxiliares da Atenção Básica.

Marque a alternativa que indicam as proposições verdadeiras:

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

**Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) constituem-se como uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. O “Caderno de Atenção Básica” de número 27 traz as diretrizes do NASF, além de apresentar a política e os principais conceitos envolvidos na estratégia, além das linhas de cuidado propostas para esses núcleos. As questões 30 a 32 versam sobre o NASF e tem por base esse caderno como referência.**

30. Podem ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos, **EXCETO**:

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família.
- b) Vincula-se a um número usuários e famílias adscritas por determinadas equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme Portaria 2.488/2011.
- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo.
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

31. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF. Abaixo, encontram-se enumerados os princípios e diretrizes que devem organizar o processo de trabalho dos NASF (BRASIL, 2009). No quadro logo abaixo, definições de alguns desses princípios, em conformidade com a literatura indicada. Assinale a alternativa que contém a sequência correta de correlações da definição e seu conceito, respectivamente.

- 1- Território
- 2- Educação Popular em Saúde
- 3- Interdisciplinaridade
- 4- Participação Social
- 5- Intersetorialidade
- 6- Educação Permanente em Saúde
- 7- Humanização
- 8- Promoção da Saúde

Envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa. Trata-se, portanto, de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas.	
Conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos.	
É uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos.	
Tem como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Deve ser um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde.	

- a) 4, 1, 8, 2
- b) 5, 3, 6, 1
- c) 6, 4, 5, 6
- d) 1, 5, 3, 7

32. Sobre as ferramentas tecnológicas para o NASF, julgue se Verdadeira (V) ou Falsa (F) as proposições abaixo e em seguida assinale a sequência correta:

- I- Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas tecnológicas podem ser enumeradas, seja de “apoio à gestão”, como a Pactuação do Apoio, seja de “apoio à atenção”, das quais são exemplos: o Apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território.
- II- O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, principalmente para um sujeito individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe NASF, através do apoio matricial, se necessário. Deve ser utilizado em casos e situações mais complexas, evitando ser banalizado pelas equipes de referência.
- III- O Projeto de Saúde no Território (PST) pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

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

Para responder as questões de 33 a 35, leve em consideração o cenário a seguir:

**“O município de Ribeirinho do Sul tem aproximadamente 50.000 (cinquenta mil) habitantes, sendo a estimativa da atenção básica municipal de 6.800 famílias. Atualmente, há cadastradas 10 Equipes de Referência em Saúde da Família (EqSF) - compostas todas as equipes por médicos, enfermeiros, ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem-, com as respectivas Equipes de saúde bucal - com cirurgiões-dentistas e técnicos de saúde bucal em todas as equipes-, além de um NASF (composto por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e nutricionista) para o município. O município conta com 14 unidades de saúde, nas quais 10 delas são sedes de equipes e 4 são usadas como unidades de atendimentos às localidades em que as EqSF são responsáveis pelos respectivos territórios.”**

33. Considerando a população e o número de equipes de Saúde da Família atuais do município Ribeirinho do Sul, quantas equipes de Saúde da Família ainda poderão ter financiamento nesse município, considerando o teto máximo de equipes de Saúde, estabelecido na Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013 do Ministério da Saúde?
- 10 Equipes de Saúde da Família
  - 14 Equipes de Saúde da Família
  - 15 Equipes de Saúde da Família
  - 25 Equipes de Saúde da Família
34. Acerca da Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, citada na questão anterior, que altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Essa alteração vem atender a situação de um grande número de Municípios. Essas situações que podem exigir um maior número de equipes de Saúde da Família nos municípios, segundo a Portaria supracitada, não fazem referência a:
- Questões territoriais e baixa densidade demográfica no município.
  - Áreas de populações rarefeitas no município.
  - Ausência de profissionais médicos e/ou outros profissionais das equipes de Saúde da Família no município.
  - Decisão da gestão municipal de possuir um número inferior de pessoas por Equipe de Saúde da Família para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.
35. Diante do cenário atual do município de Ribeirinho do Sul e considerando a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências, tem-se que:
- O município atende à portaria supracitada, quanto ao número de equipes NASF tipo 1 vinculadas às equipes saúde da família.
  - O município precisa contratar mais profissionais para compor a equipe NASF, visto que a equipe NASF tipo 1 deve acumular no mínimo 300 (trezentas) horas semanais;
  - O município poderá implantar um NASF do tipo 2 com incentivo financeiro federal correspondente ao NASF.
  - O município não poderá implantar um NASF do tipo 3 com incentivo financeiro federal correspondente ao NASF.

**O trabalho de Oliveira e colegas (OLIVEIRA ET AL, 2012) trata de uma pesquisa que objetivou refletir criticamente sobre a inserção dos NASF na ESF de Fortaleza. Sobre a inserção do NASF e os desafios, obstáculos e contextos apontados na literatura, responda as questões 36 à 38:**

36. Sobre a implementação do processo de trabalho do NASF apontado em Oliveira e colegas (2012), julgue como Verdadeiro (V) ou Falso (F) as assertivas a seguir e em seguida marque a alternativa correta.
- Os profissionais descrevem que a inserção no NASF foi permeada por muitas dificuldades, pois não se sentiam seguros sobre qual era o seu papel naquele cenário.
  - Para se aproximar das equipes, os profissionais relataram a adoção de várias estratégias, entre elas: realização de reuniões com coordenadores de unidades de saúde para explicações a respeito da estratégia de ação dos NASF; tentativas de construir instrumentos legais no âmbito do município para inserir encontros semanais entre NASF e Equipes de Referência; construção do método da assembleia de usuários para fomentar a participação social, assim como se fazer reconhecido pela comunidade.
  - Os processos de trabalho dos profissionais do NASF, segundo os relatos, foram construídos, principalmente, a partir de um processo de reconhecimento do território adscrito, conhecido como territorialização.
  - Os profissionais do NASF referem que as EqSF apresentavam resistências ao trabalho conjunto, colocando muitas vezes a barreira do tempo e da demanda como fatores que os impediam de realizar tais atividades
- V V F V
  - F V V V
  - V F F V
  - F F V F

37. Sobre as práticas profissionais desenvolvidas pelo NASF, segundo a pesquisa de Oliveira e colegas (2012), as principais ações descritas foram:
- I- Realização de \_\_\_\_\_ de diversos tipos (acolhimento, avaliação, orientação, entre outros).
  - II - \_\_\_\_\_ possibilita a ampliação da capacidade de análise das equipes, na medida em que busca incluir os sujeitos no trabalho, facilitando a reflexão acerca das dificuldades do cotidiano.
  - III- \_\_\_\_\_, por meio dos quais podiam ser exploradas diversas temáticas em distintos modelos, como grupos de educação em saúde, sala de espera, convivência e grupos terapêuticos.
  - IV- \_\_\_\_\_, por meio do qual os profissionais de apoio oferecem tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de Saúde da Família.

As palavras que expressam as ações acima definidas, em conformidade com o texto, respectivamente são:

- a) atendimentos individuais; Roda de Gestão; Suporte à Coletivos; Matriciamento.
  - b) Apoio Assistencial; Apoio Institucional; Apoio Comunitário; Apoio Matricial.
  - c) atendimentos individuais; Roda de Gestão; Suporte à Coletivos; Assistência Matricial.
  - d) atendimentos individuais; Apoio Institucional; Grupos; Apoio Matricial.
38. Ainda sobre as práticas profissionais desenvolvidas pelo NASF, segundo Oliveira e colegas (2012), julgue as proposições abaixo:
- I- Segundo os profissionais, as EqSF buscam o NASF e se interessam em direcionar a temática das atividades grupais para os programas prioritários propostos pela Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, como atenção à tuberculose, à hanseníase, à hipertensão, ao diabetes mellitus, entre outros.
  - II- Os profissionais elucidam a predominância na ESF de ações baseadas nas tecnologias leve-dura, mediadas por instrumentos consolidados em protocolos e pouco relacionais no cuidado à saúde, em detrimento das tecnologias duras, consolidadas no âmbito da Atenção Primária.
  - III- As equipes que se mostraram mais integradas aos territórios, assumindo a realidade local comunitária como guia das ações em saúde, realizavam mais atividades de cunho de desenvolvimento comunitário e atuavam com foco na promoção de saúde.
  - IV- Os profissionais revelam como uma das maiores potências a estruturação do Apoio Matricial como uma prática cotidiana nos serviços. Segundo eles, essa ferramenta só se mostra possível com equipes disponíveis ao trabalho do NASF e que, felizmente, eram presentes nas pesquisadas.

São verdadeiras as proposições:

- a) I e II
  - b) I e III
  - c) II e III
  - d) II e IV
39. Segundo CAMPOS e DOMITTI (2007), as equipes de referência e o Apoio Matricial são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que tem como objetivos todos os itens abaixo, com **EXCEÇÃO** de:
- a) Deslocar o poder das equipes e valorizar as profissões e corporações de especialistas, reforçando o saber e o poder de cada categoria profissional.
  - b) Assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde.
  - c) Investir na construção de autonomia dos usuários.
  - d) Ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

40. Segundo CAMPOS e DOMITTI (2007), a implantação do arranjo do Apoio Matricial e equipe de referência nos serviços de saúde enfrenta vários obstáculos, de cunho estrutural, político e de comunicação, subjetivo e cultural e epistemológico. No entanto, esse arranjo organizacional oferece estratégias para o enfrentamento desses obstáculos. Assinale a opção que **NÃO** representa essas estratégias.
- a) Para superar os obstáculos estruturais, o Apoio Matricial e a equipe de referência buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.
  - b) Para superar os obstáculos de cunho político e de comunicação, a equipe de referência e o apoio matricial diminuem o peso da influência “materna” na resolução de conflitos, ou seja, as autoridades externas – chefes, leis e regras – são reinterpretadas na verticalidade.
  - c) Para superar os obstáculos de cunho subjetivo e cultural, o apoio matricial promove encontro entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo.
  - d) Para superar os obstáculos de cunho epistemológico, o apoio matricial é um dispositivo importante para ampliação da clínica, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, e adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.
41. Segundo Merhy (1998) qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde é mediada por uma complexa configuração tecnológica. Sobre o trabalho em saúde e suas tecnologias com base no autor, marque a alternativa CORRETA:
- a) Há três situações tecnológicas: as tecnologias duras, quando mobilizamos os saberes e protocolos clínicos bem estruturados; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos aparelhos e as ferramentas do trabalho em saúde; e as tecnologias leves, relativa ao momento de encontro trabalhador-usuário.
  - b) Um processo de trabalho mediado pelas tecnologias leves é quando o trabalhador usa todos os saberes, as máquinas e os instrumentos disponíveis para o diagnóstico, prognóstico e cura dos problemas de saúde dos usuários que procuram o serviço de saúde.
  - c) A produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo está relacionado com os momentos de trocas de falas e escuta que se dá nos momentos de encontro trabalhador de saúde–usuário, resultando em um trabalho clinicamente implicado.
  - d) Todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica, sendo esta o campo principal no qual operam as tecnologias leve-duras, como uma articuladora das outras configurações tecnológicas.
42. No texto a perda da dimensão cuidadora na produção da saúde (...), Merhy (1998) aponta alguns características do paradigma biomédico e suas consequências para o modelo de atenção à saúde hegemônico. Com base no autor marque a alternativa CORRETA:
- a) Os principais parâmetros para análise de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como o médico estrutura seu processo de trabalho e como os usuários acessam os serviços de saúde.
  - b) Um modelo assistencial voltado para produção de procedimentos e tecnologias leves dependente gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, desresponsabilização, custosa e ocasionalmente resolutive.
  - c) O processo de trabalho do modelo assistencial orientado pelo paradigma biomédico hegemônico apesar de estar mais comprometido com o uso de tecnologias duras e com a produção de procedimentos, há uma valorização dos interesses dos usuários e dos processos de acolhimento, responsabilização e autonomia.
  - d) A qualificação de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leve-duras, e considerando que o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos.

43. Considerando o artigo de Crevelim e Peduzzi (2005) sobre participação da comunidade, analise as afirmativas abaixo, considerando-as verdadeiras ou falsas.
- ( ) Os trabalhadores da Equipe de Saúde da Família reconhecem a visita domiciliar como um espaço importante de sensibilização e mobilização da comunidade para a participação e controle social.
  - ( ) Os depoimentos evidenciam três dimensões distintas de participação: direito à saúde e cidadania, emancipação humana e necessidade de capacitação, e duas noções para o controle social: fiscalização e parceria.
  - ( ) A necessidade de capacitação para a participação é percebida como necessária para todos os sujeitos da pesquisa, trabalhadores da Equipe de Saúde da Família, gerente da Unidade de Saúde e representantes do Conselho Gestor de Unidade e do Conselho Popular de Saúde.
  - ( ) Trabalhadores e conselheiros estão empenhados em realizar ações que promovam a qualidade de vida da população, no entanto, executam-nas pautados em avaliações e planejamentos não compartilhados entre si e tampouco com os usuários do serviço.

A alternativa correta é:

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

44. A Estratégia de Saúde da Família está pautada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/control social. Sobre o debate desse tema, trazido por Crevelim e Peduzzi (2005), assinale a alternativa correta:
- a) A participação cidadã caracteriza-se pela substituição da categoria sociedade por comunidade ou povo como categoria central.
  - b) Os Conselhos Gestores, como exemplo da modalidade de participação cidadã, compõem um sistema de cogestão e controle social bipartite, formado por profissionais e usuários, das políticas de saúde.
  - c) No modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, o trabalho em equipe que está “para dentro” da equipe.
  - d) Os espaços dos Conselhos concorrem com o risco de reproduzir relações clientelistas, inviabilizando a construção do sujeito sociopolítico e o estabelecimento de um projeto assistencial comum entre trabalhadores e usuários.
45. O estudo de Oliveira e Spiri (2006) sobre a experiência da equipe multiprofissional em Saúde da família, nos permite afirmar:
- a) O trabalho em equipe contribui para a realização de ações integrais na saúde e para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação.
  - b) Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções individualmente, já que todos conhecem a problemática.
  - c) Os Agentes Comunitários de Saúde são membros bastante valorizados na equipe multiprofissional, pois representam a ligação entre a equipe e a comunidade.
  - d) As intervenções epidemiológicas e sanitárias são suficientes para uma assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade da equipe multiprofissional no âmbito da Saúde da Família.
46. Sobre os fatores que podem prejudicar o trabalho em equipe e comprometer a qualidade do trabalho em Saúde da Família, o texto de Oliveira e Spiri (2006) indica importantes elementos. Marque a única alternativa correta em relação ao texto:
- a) Os problemas sociais da comunidade, condições de trabalho precárias, conflitos internos e baixos salários não podem ser vistos como obstáculos para que a equipe desenvolva uma boa assistência.
  - b) Promover o diálogo entre as pessoas para melhorar a convivência, elevar a motivação da equipe e delinear com todos os membros ações a serem implantadas e objetivos a serem cumpridos são medidas que promovem a integração da equipe e qualidade da assistência.
  - c) A variedade de opiniões e posturas, bem como diferentes perfis de atuação profissional não se configuram como disparadores de conflitos na equipe.
  - d) Muitos são os fatores que podem prejudicar o trabalho em equipe, dentre eles a falta de competência em conteúdos técnicos de um dos membros é o mais importante fator e reflete o que é apontado no texto.



47. A estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde do SUS, por vezes, tem sua potência analítica reduzida pela forma parcial que a categoria "território" vem sendo tratada. Sobre os subsídios teóricos apresentados por Santos e Rigotto (2011) para uma abordagem crítica sobre o processo de territorialização previsto na Atenção Básica à Saúde, marque a alternativa correta:
- a) A polissemia evidenciada no tratamento conceitual do território na literatura é um problema para sua análise, por isso, é preciso se filiar a apenas uma concepção que dê conta de toda a complexidade do processo de territorialização.
  - b) A territorialização deve buscar o mapeamento e a delimitação dos territórios para levar a termo as ações programáticas previstas na Estratégia Saúde da Família (ESF).
  - c) O texto indica algumas questões que se impõem de forma eloquente para os profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), ressaltando que na estratégia de territorialização em saúde cabe reconhecer os processos produtivos instalados no território, em seu entorno, ou mesmo remotamente; e identificar suas relações com o ambiente e a com a saúde dos trabalhadores e dos moradores.
  - d) A (re)emergência do território como categoria analítica dos eventos saúde-doença é recente e o texto apresenta possibilidades da construção de interfaces entre a Atenção Básica à Saúde e a Educação Popular.
48. Qual das estratégias **NÃO** é sugerida na proposta de territorialização de autoria de Santos e Rigotto (2011)?
- a) Aplicação de questionários.
  - b) Realização de grupos focais ou de rodas de conversa, entrevistas com informantes-chave.
  - c) Elaboração de mapas pelos moradores.
  - d) Evitar buscar quaisquer conhecimentos/informações já produzidas sobre o território, para evitar a formação de visões preconceituosa e, assim construir a própria visão da Equipe de Saúde da Família (EqSF) sobre o lugar.
49. A Territorialização, segundo Oliveira e Furlan (2008), é uma estratégia fundamental para o planejamento e execução das ações de Saúde, principalmente no que se refere a Saúde da Família. A alternativa que descreve corretamente essa estratégia é:
- a) Conhecer os dados epidemiológicos e a densidade demográfica da população e assim poder avaliar os riscos em Saúde do território.
  - b) Fazer uma cartografia do território, realizando uma adscrição populacional e conhecendo os limites geográficos e condições sócio-ambientais do espaço.
  - c) É um movimento de caráter constante e dinâmico que percebe para além das condições físico-estruturais e da realidade aparente do cotidiano, aprofundando-se no conhecimento da dinâmica e das relações.
  - d) Vai de encontro a Desterritorialização, que representa a resistência das equipes de Saúde em deparar-se mais profundamente com o território e desenvolver ações de saúde de caráter comunitário.
50. Oliveira e Furlan (2010) indicam que os olhares sobre o território têm correspondência com as distintas concepções do processo saúde-doença-intervenção e com as forças político-ideológicas em disputa, assim como sobre os modos de entender e intervir nos territórios e a formulação de ofertas de bens e serviços de saúde. Diante disso, assinale a opção correta.
- a) No início da história republicana do Brasil, o "Higienismo Campanhista", superado nas práticas cotidianas de saúde nos dias de hoje, surgiu como resposta social à pobreza recente de grande parte da população e às grandes epidemias.
  - b) A corrente bacteriológica ganhou hegemonia como explicação do processo saúde-doença e compreendia o território como o espaço físico (ambiente) onde se dá o encontro agente-hospedeiro.
  - c) Na década de 60, a noção do *risco probabilístico epidemiológico* e a ideia de controle de agravos, trouxe outro modo de olhar o território como espaço geopolítico, o território-processo em permanente construção.
  - d) A necessidade de entendimento dos processos de territorialização, onde o espaço geográfico é remodelado constantemente, exigiu a criação de arranjos como os Silos (sistemas locais de saúde) e dos *distritos sanitários*.