

[illegible]

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 assinala 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:
- a) 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.
 - b) As ações e serviços públicos integram uma rede hierarquizada, centralizada e coordenada de forma bipartite pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.
 - c) Saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida somente por políticas econômicas e de desenvolvimento institucional.
 - d) 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:
- a) Atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, ambulatórios especializados.
 - b) Atenção primária, ambulatórios especializados, atenção psicossocial.
 - c) Atenção hospitalar, atenção psicossocial, ambulatórios especializados.
 - d) 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:
- a) 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;
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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) 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.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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:
- a) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
 - b) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 - c) 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.
 - d) 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:
- a) Ação médica prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença.
 - b) Diagnóstico médico e de enfermagem para definir todo o tratamento para o paciente.
 - c) O serviço de saúde concentra-se no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento.
 - d) 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:
- a) Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários e profissionais de saúde.
 - b) A atenção à saúde dos usuários é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde.
 - c) Fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários.
 - d) 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:
- a) 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.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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) A participação social no SUS é legalmente garantida pelos conselhos e conferências de saúde que interferem diretamente na política apenas em âmbito federal.
 - b) 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:
- a) Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.
 - b) Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.
 - c) Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
 - d) 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:
- a) Foram os primeiros a utilizar o conceito de Promoção da Saúde, quebrando o modelo hegemônico.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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:
- a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - b) 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.
 - c) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - d) 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.
- I- 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.
 - II- Nível de atenção independente sem inter-relação com os outros serviços e unicamente da responsabilidade do setor saúde.
 - III- 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.
 - IV- 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.
 - V- 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 enfocar 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. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE é constituída pelos seguintes componentes:
- a) Atenção Básica em Saúde e Enfermarias de retaguarda clínica.
 - b) Leitos de terapia intensiva e Força Nacional de Saúde do SUS.
 - c) Unidades de cuidados prolongados e Hospitais especializados em cuidado prolongados.
 - d) Atenção domiciliar e Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde.
27. São diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e emergências:
- a) Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.
 - b) Atenção médica e de enfermagem, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.
 - c) Atendimento priorizado, mediante acolhimento com classificação de risco, de acordo com a ordem de chegada do paciente.
 - d) Humanização da atenção, garantindo efetivação dentro das normas hospitalares.
28. São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências aquelas que se enquadram no seguinte requisito:
- a) Ser referência regional, realizando no mínimo 30% (trinta por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios.
 - b) Possuir atendimento em obstetrícia.
 - c) Ter no mínimo 50(cinquenta) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos(SCNES).
 - d) Estar habilitada em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria e traumato-ortopedia.
29. Qual das alternativas abaixo compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar – NAQH?
- a) Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes.
 - b) Implantar o processo de acolhimento com classificação de risco.
 - c) Propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos.
 - d) Promover ações para otimizar a participação do cuidador na recuperação da saúde.
30. Ainda sobre os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar – NAQH assinale a alternativa correta:
- a) É opcional para o estabelecimento hospitalar participante do programa SOS Emergências a criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar.
 - b) Coordenador da UTI e representante do gestor local fazem parte de sua composição básica, assim como o Coordenador das Unidades de Internação.
 - c) Os NAQH respondem às demandas do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Municipal da Rede de Atenção às Urgências.
 - d) A Portaria nº 1.663 de 6 de agosto de 2012 redefiniu a composição e competências dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar.

31. Em relação à tipologia dos Hospitais da Rede de Atenção à Urgência e Emergência e proposta de incentivo financeiro é correto afirmar:
- a) O Hospital Geral possui estrutura para realizar ações de alta complexidade sendo referência para, no mínimo, uma região da saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR), devendo ter equipes para manejo de pacientes críticos.
 - b) O Hospital Especializado Tipo II tem cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes, devendo possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade e seu incentivo fiscal é de R\$ 200.000,00.
 - c) O Hospital Especializado Tipo I é um Hospital de referência que atenda, no mínimo, a uma macrorregião, sendo necessária equipe 24h composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros e técnicos.
 - d) Tanto o Hospital Especializado Tipo I quanto o Hospital Especializado Tipo II devem contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.
32. A três principais causas de morbimortalidade, em ordem, na faixa etária de 20 a 29 anos encontradas no Brasil em 2010 são:
- a) Em primeiro lugar causas externas, em segundo doenças infecciosas e parasitárias e em terceiro lugar neoplasias.
 - b) Em primeiro lugar causas externas, em segundo doenças do aparelho circulatório e em terceiro lugar neoplasias.
 - c) Em primeiro lugar causas externas, em segundo neoplasias e em terceiro lugar doenças infecciosas e parasitárias.
 - d) Em primeiro lugar doenças do aparelho circulatório, em segundo neoplasias e em terceiro lugar doenças infecciosas e parasitárias.
33. Como pode ser definido o Programa SOS Emergências?
- a) Uma ação voltada para a assistência clínica do paciente, com equipe multidisciplinar para atendimentos mais complexos, primando pela humanização dos serviços.
 - b) Uma ação estratégica prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS.
 - c) Um plano de ação complexo e detalhado, com foco na atenção domiciliar, clínica e hospitalar do paciente, tratando-o com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, visando um atendimento exclusivo e de qualidade.
 - d) Uma tentativa de alteração da desigualdade na assistência hospitalar prestada à população, tornando obrigatório o atendimento a todo e qualquer cidadão, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores adicionais.
34. A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Em 2006, o MS também implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – Viva, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância por inquérito. Essa vigilância tem como instrumento a Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sinan Net (BRASIL, 2011). Sobre esse sistema de vigilância, denominado Viva, assinale a única opção correta:
- a) A vigilância contínua capta dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde. A notificação é realizada por qualquer profissional ou trabalhador da saúde, ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sinan Net.
 - b) A notificação nos serviços de saúde deve ser realizada obedecendo a rotina estabelecida por cada serviço, em período diurno, sempre que houver atendimento de um caso confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.
 - c) A vigilância contínua é realizada a partir da notificação compulsória apenas dos casos confirmados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres atendidos em serviços de saúde, em conformidade com a legislação vigente.
 - d) Nas situações de violências contra crianças e adolescentes, não há necessidade de uma comunicação/relatório impresso a ser enviado às autoridades competentes, devido a notificação no Sinan Net.

35. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece distinções sobre as naturezas da violência, referindo-se às modalidades ou à expressão dos atos violentos (BRASIL, 2011). Sobre a natureza da violência, assinale a opção referente ao conceito de violência psicológica:
- a) São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
 - b) Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral, a exemplo do assédio moral, definido como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa.
 - c) O bullying, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying, apesar das consequências emocionais, não é considerado violência psicológica.
 - d) É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima.
36. Os traumas são definidos como eventos ou lesões originados por violência ou acidentes, que podem ou não levar ao óbito, denominados de causas externas (POLL, LUNARDI e LUNARDI FILHO, 2008). Diante deste contexto, assinale a afirmativa correta no que se refere ao impacto dos traumas ou atos violentos na dinâmica do serviço hospitalar:
- a) O aumento da morbimortalidade por causas externas, como acidentes e violência, refletem no aumento da procura aos Centros de Saúde da Família, por estarem mais próximos da população e serem de fácil acesso às vítimas acometidas de trauma decorrentes de acidentes ou violência.
 - b) A elevada procura ao atendimento emergencial e gerenciamento eficaz do processo de trabalho favorece a organização dos serviços com qualidade do atendimento prestado, respeitando a integralidade das vítimas da violência.
 - c) A partir do contexto organizacional da rede pública e o crescimento da violência, observa-se, na prática, a superlotação das unidades de emergência, ocasionando o aumento da ocupação dos leitos de observação, elevada procura por consultas médicas, o que implica em gastos dos recursos públicos.
 - d) A dinâmica organizacional da rede pública, com a resolutividade do acolhimento na porta de entrada das unidades básicas e de emergência favorece o direcionamento de usuários ao atendimento. Nesta realidade, as equipes de saúde, apesar de sobrecarregadas, conseguem abordar as vítimas da violência sem violar a privacidade e respeitando o direito do cidadão.
37. Nas unidades de emergência, os profissionais que ali exercem suas atividades prescindem do comprometimento profissional frente às diversas situações organizacionais que emergem, fazendo-se necessário conhecer e refletir sobre as implicações éticas no atendimento ao usuário dos serviços. Na situação citada abaixo, marque o princípio ético da conduta profissional não respeitada pelo profissional de saúde:
- “Dona Maria sentia fortes dores no ombro há sete dias. Foi ao Posto de Saúde próximo à sua casa e, devido a enorme quantidade de pessoas à procura da consulta médica, não foi atendida. Assim, resolveu ir até o hospital de emergência, referência em traumatologia. Lá, no local destinado ao acolhimento, foi informada de que o seu agravo não era perfil daquele hospital e deveria retornar ao Posto de Saúde. Ela pouco foi ouvida pelo profissional acerca de suas dores, dificuldade de consulta médica nos postos, e também não foi devidamente referenciada ao setor adequado ao seu atendimento”.
- a) Universalidade.
 - b) Autonomia.
 - c) Equidade.
 - d) Justiça.
38. De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, assinale a resposta correta:
- a) Nas situações de urgência/emergência os usuários devem procurar apenas os serviços especializados para atender seu agravo.
 - b) É direito da pessoa ser atendida em ambiente acolhedor, humanizado, cabendo ao profissional escolher quais informações prestar aos usuários de acordo com a orientação sexual, religiosa e étnica.
 - c) Cabe ao profissional de saúde escolher a melhor conduta, quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, independente do consentimento livre, voluntário e esclarecido da pessoa ou familiar.
 - d) Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

39. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado (BRASIL, 2011). Diante deste contexto, assinale a única opção correta sobre os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos abordados neste documento:
- a) O participante da pesquisa poderá sofrer sanções pelos serviços de saúde no caso de recusa em continuar na pesquisa.
 - b) Torna-se necessário que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa.
 - c) O pesquisador não tem a obrigatoriedade de garantir, acompanhar e manter a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa; no entanto, há necessidade de assegurar-lhes os benefícios dos resultados encontrados.
 - d) O termo de consentimento livre e esclarecido não necessita ser assinado pelo participante de pesquisa caso o projeto tenha sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
40. Em 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13/07/1990), regulamentando os Artigos 227 e 228 da Constituição Federal. Os profissionais de saúde devem direcionar o atendimento levando em consideração o novo paradigma no trato à criança e ao adolescente. Marque a alternativa correta de acordo com as Disposições Preliminares do ECA:
- a) A concepção de menor em situação irregular, do Código de Menores de 1979, permanece no ECA como sinônimo de pessoa com carências psicobiológicas, sociais e culturais.
 - b) Em seu Art. 2º, o ECA conceitua a criança como a pessoa até aos 12 anos de idade e o adolescente dos 12 aos 16 anos de idade. Excepcionalmente, se refere aos jovens adultos (entre 18 e 21 anos).
 - c) Os preceitos do ECA abrangem apenas crianças e adolescentes em situação irregular pois elas precisam de proteção integral, independente da classe social.
 - d) Conforme o ECA, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.
41. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu Art. 245 “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente”, constitui:
- a) Crime de ação pública incondicionada.
 - b) Crime em espécie.
 - c) Infração administrativa.
 - d) Infração ética profissional.
42. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA institui medidas gerais e especiais de proteção contra a ameaça ou violação dos direitos das crianças e dos adolescentes. Conforme o Artigo 13 do ECA, os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao:
- a) Juizado da Infância e da Juventude da respectiva localidade.
 - b) Conselho Tutelar da respectiva localidade.
 - c) Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente da respectiva localidade.
 - d) Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência da respectiva localidade.
43. Qual dos itens a seguir faz parte dos indicadores de resultados esperados da Política Nacional de Humanização com base nas Diretrizes de Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada?
- a) Vínculo/fluxos instituídos com o sistema de saúde locorregional (rede).
 - b) Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada.
 - c) Projetos de adequação dos ambientes.
 - d) Espaços físicos e mobiliário (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência.

44. Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) pode-se afirmar que:
- a) Foi criada em 2000 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, explicitados nos princípios, diretrizes e métodos da OMS (Organização Mundial de Saúde), os quais sustentam a experimentação de dispositivos, mecanismos concretos de mudança.
 - b) Foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da OMS (Organização Mundial de Saúde).
 - c) Foi criada em 2000 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, os quais sustentam a experimentação de dispositivos, mecanismos concretos de mudança.
 - d) Foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da humanização.
45. A problematização dos modos de organização dos serviços de saúde, dos hospitais em particular, tem propiciado a emergência de novas concepções sobre a gestão em saúde. Esse movimento tem favorecido a produção de uma série de inovações em toda a rede SUS, que podem ser compreendidas como princípios e diretrizes para uma gestão inovadora dos hospitais. Entre esses, assinale a alternativa correta:
- a) A verticalização da estrutura organizacional e, conseqüentemente, das relações de poder (tendência de “achatamento” das organizações) e o acionamento da função de matriciamento especializado como garantia de acesso aos trabalhadores das unidades/setores de referências técnicas.
 - b) A gestão compartilhada do trabalho envolvendo todos os sujeitos que compartilham situações singulares de trabalho, o que favorece a recriação dos processos de gestão do trabalho a partir de definições mais coletivas sobre os modos de fazer e de organizar o trabalho.
 - c) O entendimento de que todo trabalho em saúde se sustenta em determinados modos de conversação e interação, que reafirmam ou retificam modos de comunicação mais ou menos potentes para a produção de trabalho individual.
 - d) A compreensão de que as organizações de saúde conformam realidades simples, produtoras de uma pequena variabilidade de conexões internas invisíveis e muitas vezes opacificadas, o que pressupõe a necessidade de construção de linhas dialógicas e espaços coletivos para a produção de consensos internos.
46. De acordo com o caderno HumanizaSUS, volume 3 (Atenção Hospitalar), foram traçadas quatro pistas metodológicas para a humanização dos hospitais da rede SUS. Qual dos itens abaixo contém a descrição correta de uma dessas pistas metodológicas?
- a) Ampliar a experimentação de “equipe agrupamento” e corresponsabilização entre os trabalhadores que se encontram em situação de trabalho.
 - b) Ampliar a lógica piramidal da gestão dos hospitais.
 - c) Ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde.
 - d) Desenvolver estratégias de inclusão dos funcionários e da sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado.
47. Visando uma maior qualificação da sua porta de entrada de urgência e emergência, no ano de 2009 o Hospital Municipal Odilon Behrens, inserido na rede de urgência de Belo Horizonte, introduziu uma escala/protocolo de triagem internacional. A escala/protocolo a que nos referimos é:
- a) O protocolo canadense - Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®).
 - b) A escala australiana - Australasian Triage Scale (ATS).
 - c) O protocolo inglês - Manchester Triage System (Protocolo de Manchester).
 - d) A escala norte-americana - Emergency Severity Index (ESI).

48. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009a). Sobre a adequação da estrutura física e logística das áreas de atendimento, marque o item correto:
- a) Área Verde – ambiente destinado à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada.
 - b) Área Azul – local destinado a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais conveniados.
 - c) Área Amarela – espaço destinado ao acolhimento inicial e atendimentos de baixa complexidade, composto por uma Central de Acolhimento, com fluxo obrigatório na chegada, consultório de enfermagem/classificação de risco, e os demais consultórios e salas de atendimento.
 - d) Área Vermelha – setor devidamente equipado e destinado ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.
49. Qual tarefa o Regulamento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA atribui à Gerência Geral de Toxicologia (GGTOX)?
- a) Apoiar o desenvolvimento de sistemas de informação e bancos de dados em consonância com as atividades desenvolvidas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica.
 - b) Analisar e criticar o desenvolvimento de sistemas de dados implantados em paralelo às atividades desenvolvidas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica.
 - c) Assessorar as equipes de dados para que as informações não coincidam com as atividades que já estão sendo desenvolvidas pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica.
 - d) Apoiar as atividades desenvolvidas nas Unidades Hospitalares da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
50. Sobre as Diretrizes para Qualificação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, assinale o conceito correto:
- a) Centro de Informação Toxicológica é a unidade especializada cuja função é analisar informações de modo a orientar sobre as formas de prevenção das intoxicações.
 - b) Centro de Informação e Análise Toxicológica é a unidade de especialização cuja função é fornecer informações e orientações sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, não dispondo de laboratórios especializados para apoio ao diagnóstico.
 - c) Centro de Informação e Assistência Toxicológica é a unidade de especialização cuja função é fornecer informações e orientações sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, prestando assistência presencial em qualquer nível de complexidade ao paciente intoxicado e viabilizando análise toxicológica.
 - d) Centro de Informação, Análise e Assistência Toxicológica é a unidade de especialização cuja função é fornecer informações e orientações sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, no entanto, este ainda não dispõe de um laboratório especializado, estando esse mecanismo em análise para futura implantação.