

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

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

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

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

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

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

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Marque a alternativa correta sobre as estratégias de controle do câncer.
- São dirigidas, predominantemente, aos indivíduos assintomáticos.
 - As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de diagnóstico precoce.
 - O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de prevenção primária.
 - As ações voltadas para indivíduos assintomáticos que objetivam evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco, são denominadas de rastreamento.
27. “Realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.” De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, a atribuição acima pertence ao seguinte componente fundamental:
- Atenção Básica.
 - Média Complexidade.
 - Alta Complexidade.
 - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.
28. Todo hospital com competência para tratar o paciente com câncer deve sempre elaborar o plano de cuidados para o paciente em cuidados paliativos e ter uma equipe preparada para realizar esses cuidados. Depois de elaborado, o plano de cuidados deve (ou pode) ser executado pelos seguintes serviços:
- Unacons e Cacons.
 - Hospital Geral articulado com Unacons e Cacons.
 - Equipes interdisciplinares de saúde preparadas para realizar cuidados paliativos e articuladas com Unacons e Cacons.
- Estão corretas:
- Apenas I e II.
 - Apenas I e III.
 - Apenas II e III.
 - Todas (I, II e III).
29. Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Esse fenômeno é chamado de transição epidemiológica ou mudança do perfil epidemiológico. Esse processo engloba, basicamente, as seguintes mudanças, EXCETO:
- Redução da morbimortalidade por doenças infecciosas reemergentes.
 - Deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos.
 - Aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas.
 - Transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde.
30. O principal fator de risco para o câncer de mama em mulheres é o:
- Envelhecimento.
 - Aleitamento materno.
 - Uso de anticoncepcionais orais.
 - Início precoce da atividade sexual.

31. Em relação à prevenção e controle do câncer do colo de útero, considere as seguintes afirmativas:
- I. A infecção crônica e persistente por alguns tipos oncogênicos deste vírus, sobretudo os do tipo 16 e 18, é o principal fator de risco para o câncer do colo do útero.
 - II. Estão, entre seus fatores de risco, multiparidade, tabagismo, co-infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis e uso prolongado de contraceptivos orais.
 - III. O câncer cérvico-uterino não é diretamente prevenível pelo uso de preservativos, já que o HPV é transmissível pelo contato íntimo com a pele do períneo.
 - IV. Os estigmas relacionados a valores morais, religiosos e culturais devem ser trabalhados, abrindo-se espaço para debater questões de gênero que impactam a sexualidade, a saúde e a adesão ao exame citopatológico.

Estão corretas:

- a) Somente I e II.
 - b) Somente II, III e IV.
 - c) Somente I, III e IV.
 - d) Todas (I a IV).
32. Os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares ou étnicos são:
- a) Raros, pois o fator genético exerce um importante papel na oncogênese.
 - b) Comuns, pois o fator genético exerce um importante papel na oncogênese.
 - c) Raros, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese.
 - d) Comuns, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese.
33. Sobre os fatores de risco intrínsecos para o câncer, tem-se que o risco da maioria dos cânceres:
- a) Cresce com a idade, estabilizando-se a partir da sexta década da vida.
 - b) É estável até os sessenta anos de idade, quando então passa a crescer.
 - c) Aumenta com a idade, alcançando o máximo aos sessenta anos, quando passa a declinar.
 - d) Aumenta com a idade e, por esse motivo, eles ocorrem mais frequentemente em pessoas com idade avançada.
34. A prevenção do câncer depende de medidas para reduzir ou evitar a exposição aos seus fatores de risco. Dentre os abaixo listados, o que possui o mais alto potencial de prevenção é o câncer:
- a) Tabaco-associado.
 - b) Ocupacional.
 - c) Hereditário.
 - d) Infantil.
35. É uma medida de prevenção do câncer colorretal direcionada a seus fatores de risco:
- a) Alimentação rica em carne vermelha e laticínios e pobre em gordura (principalmente a saturada).
 - b) Alimentação rica em vegetais e laticínios e pobre em gordura (principalmente a insaturada).
 - c) Alimentação rica em vegetais e laticínios e pobre em gordura (principalmente a saturada).
 - d) Alimentação rica em vegetais e pobre em carnes e gordura (principalmente a saturada).
36. Para qual dos cânceres, abaixo listados, não há recomendação, fundamentada em evidências científicas, para o diagnóstico precoce e para o rastreamento?
- a) Pele.
 - b) Pulmão.
 - c) Próstata.
 - d) Estômago.

37. Marque a alternativa correta sobre a cadeia de cuidados para o diagnóstico e tratamento do câncer na infância e adolescência:
- Após a avaliação oncológica, o intervalo de tempo gasto para se confirmar o diagnóstico depende sobretudo do paciente.
 - O tempo gasto desde o início dos sintomas até a procura pelo primeiro contato médico pode ser atribuído exclusivamente à sua doença (tipo do tumor, localização) e à distância do centro de saúde.
 - O intervalo de tempo gasto entre o diagnóstico e o tratamento pode sofrer influências da disponibilidade de medicações e de profissionais capacitados.
 - O intervalo de tempo gasto entre o primeiro contato médico, a suspeita diagnóstica e a avaliação oncológica é determinado, principalmente, pela funcionalidade do sistema de referência e contrareferência, em suma, do acesso aos serviços de saúde de qualidade.
38. Sobre o câncer de estômago, os dados epidemiológicos apontam que:
- Apesar de ser a segunda causa de morte por câncer no mundo, em ambos os sexos, sua série histórica mostra declínio em vários países.
 - A infecção em longo prazo pela bactéria *H. pylori* é o segundo maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer do estômago.
 - O maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer do estômago é a baixa ingestão de frutas e verduras.
 - A taxa de incidência é cerca de duas vezes mais alta no sexo feminino do que no masculino.
39. Em relação ao câncer do sistema nervoso central (SNC), considere as seguintes afirmativas:
- A etiologia desse câncer é bastante conhecida, geralmente relacionada à irradiação terapêutica.
 - A incidência e a mortalidade dos tumores do SNC diminuíram na maioria dos países desenvolvidos, principalmente nas faixas etárias mais avançadas.
 - A maioria dos tumores do SNC se origina no cérebro, nervos cranianos e meninges.
 - Exposições a certas ocupações também são consideradas como possíveis fatores de risco, como trabalhadores da indústria petroquímica, lavradores, embalsamadores, entre outros.
- Estão corretas:
- Somente I e II
 - Somente III e IV
 - Somente I, III e IV
 - Todas (I a IV)
40. Existem dois grupos distintos de câncer da pele: o não-melanoma e os melanomas. Sobre esses tumores, assinale a alternativa correta:
- O câncer da pele não-melanoma é uma doença que acomete mais as populações de pele clara, do tipo que queima e não bronzeia.
 - Os melanomas são tumores de crescimento lento, localmente invasivos e raramente resultam em metástase a distância.
 - A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco para o surgimento do melanoma.
 - Para o câncer de pele não-melanoma, um maior risco inclui história pessoal ou familiar.
41. O cuidado paliativo é um modo de atenção à saúde que compreende o câncer como:
- Doença letal
 - Doença crônica
 - Causa de sofrimento inevitável
 - Causa do sofrimento individual

42. Segundo as diretrizes dos cuidados paliativos, quais são os aspectos orientadores do cuidado?
- Controlar os sofrimentos físico, emocional, espiritual e social.
 - Controlar o sofrimento individual e adiar a morte e as perdas.
 - Lidar com as perdas e conviver com o sofrimento físico e mental.
 - Abreviar o tempo de vida, minimizar o sofrimento individual.
43. A revisão de literatura científica sobre cuidados paliativos descreve quatro categorias temáticas descritas como:
- Dor oncológica, sofrimento do cuidador, tanatologia e espiritualidade.
 - Controle de sintomas, organização de serviços, aspectos psicossociais e espirituais.
 - Adiamento da morte, aspectos psicossociais, tanatologia e controle da dor.
 - Organização dos serviços, luto na família, aspectos psicossociais e espiritualidade.
44. Por recomendação da Organização Mundial de Saúde, devem ser indicados cuidados paliativos quando:
- Há o diagnóstico de doenças graves, progressivas e incuráveis.
 - Não há condições de autocuidado, buscando-se estimular a sua autonomia.
 - A doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é parcial.
 - Há escassas possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida.
45. A Política Nacional de Atenção Oncológica sinaliza a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde em consonância com os princípios da integralidade e da humanização. Nessa perspectiva, a formação para a atenção oncológica deve promover:
- O compromisso de articular gestão e trabalho entre os trabalhadores da oncologia e da atenção terciária.
 - O conhecimento e a prática técnica como parte de um aprendizado contextualizados na experiência internacional.
 - Estratégias orientadas para o desenvolvimento de ações hospitalares que incentivem a qualidade de vida e saúde.
 - Atitudes baseadas nas melhores evidências científicas, apoiadas por um sólido julgamento clínico-epidemiológico e princípios éticos.
46. Há, no contexto da oncologia, trabalhadores que apresentam:
- Queixa ligada a transtornos mentais graves.
 - Quadro sintomático de deformações e mutilações.
 - Ansiedade gerada pelo enorme esforço psíquico de negar algo que está prestes a ocorrer quadros.
 - Casos de Depressão Maior ocasionados pelo contato permanente com o intenso sofrimento.
47. Quais as barreiras encontradas pelos profissionais da oncologia para falar sobre o sofrimento de ordem emocional nas instituições?
- Estigmas sociais; falta de tempo e espaço para falar; dificuldade de solicitar ajuda.
 - Dúvida de continuar trabalhando na oncologia; uso de medicações; estigmas do câncer.
 - Dúvida de continuar trabalhando na oncologia; busca de recursos religiosos; uso de medicações.
 - Crença na resolução individual; falta de tempo e espaço para falar; busca de recursos religiosos.
48. Sobre a detecção precoce no câncer na infância, assinale a alternativa correta:
- O processo de desenvolvimento de um tumor na infância sofre predominantemente influências genéticas.
 - Para as crianças, as medidas de rastreamento se mostraram efetivas para a detecção precoce do câncer na infância.
 - Não existem medidas efetivas de prevenção primária para impedir o desenvolvimento do câncer na faixa etária pediátrica, exceto a vacinação contra a hepatite B.
 - O papel dos fatores ambientais ou exógenos no desenvolvimento do câncer na criança e no adolescente é fundamental na detecção precoce nesse público.

49. A educação permanente na oncologia tem papel estratégico para:
- a) Consolidar a integralidade da atenção no SUS.
 - b) Promover a interlocução entre os hospitais oncológicos.
 - c) Transmitir especialmente habilidades técnicas e operacionais.
 - d) Qualificar principalmente a atenção pós-hospitalar de reabilitação/palição.
50. As estimativas sobre a ocorrência do câncer pediátrico apontam que:
- a) Em geral, a incidência total de tumores malignos na infância é maior no sexo feminino.
 - b) Os seus fatores de risco já são estabelecidos, no que diz respeito a fatores ambientais e comportamentais associados a vários tipos de neoplasias na população adulta.
 - c) Esse grupo de neoplasias apresenta, em sua maioria, grandes períodos de latência, é menos agressivo, cresce lentamente, sendo considerado de prognóstico ruim.
 - d) A leucemia é o tipo mais frequente na maioria das populações, correspondendo entre 25% e 35% de todos os tipos, sendo a leucemia linfóide aguda a de maior ocorrência em crianças de 0 a 14 anos.
-