



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL



Universidade  
Estadual do Piauí

**PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 1**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**  
**DATA: 17/01/2016 – HORÁRIO: 8h30min. às 12h30min. (horário do Piauí)**

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **4 (quatro) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **2h** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO					

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

### RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.  
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE

<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						

## QUESTÕES

- 01.** Compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, **EXCETO**,
- a) promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde.
  - b) acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).
  - c) prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde.
  - d) coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador.
  - e) em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.
- 02.** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são alocados como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional, investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde e cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
- Este artigo se insere na:
- a) Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
  - b) Lei 7.508, de 28 de junho de 2011.
  - c) Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.
  - d) Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
  - e) Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011.
- 03.** O conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, é conceito de:
- a) Rede de atenção à saúde.
  - b) Mapa de saúde.
  - c) Região de saúde.
  - d) Serviços especiais de acesso aberto.
  - e) Comissões Intergestores.

**04.** De acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS - Ministério da Saúde, Estados e Municípios, destacamos as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Assim, julgue as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Estruturação e fortalecimento das ações de Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde.
- b) Estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde apenas na atenção básica, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo.
- c) Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de Promoção da Saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde.
- d) Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área da vigilância em saúde referente à Promoção da Saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- e) Apoio aos Municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.

**05.** Correlacione as responsabilidades dos governos MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL, na promoção da saúde e marque a alternativa que contém a sequência **CORRETA**:

- 1 – Articular com os Sistemas de Informação existentes a inserção de ações voltadas à Promoção da Saúde no âmbito do SUS.
- 2 – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais.
- 3 – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica.

- ( ) MUNICIPAL
- ( ) ESTADUAL
- ( ) FEDERAL

- a) 1 – 3 – 2.
- b) 1 – 2 – 3.
- c) 3 – 1 – 2.
- d) 2 – 3 – 1.
- e) 3 – 2 – 1.

06. Na Política Nacional de Promoção da Saúde várias ações foram priorizadas. Assim, julgue as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA**.

I - Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito.

II - Prevenção e Controle do Tabagismo e da violência e estímulo à cultura de paz.

III - Alimentação Saudável e Prática Corporal/Atividade Física.

a) Todas assertivas são verdadeiras.

b) Todas assertivas são falsas.

c) Apenas I e II são verdadeiras.

d) Apenas II e III são verdadeiras.

e) Apenas I e III são verdadeiras.

De acordo com *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*, responda as questões 07 a 09.

07. Analise as assertivas quanto às dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde e marque a alternativa **INCORRETA**.

a) O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu no movimento da Reforma Sanitária que tinha como bandeira de luta a criação de um novo modelo de saúde, pautado principalmente nos referenciais a Promoção da saúde.

b) Discutir produção do cuidado em saúde e, em especial na Estratégia Saúde da Família, requer uma análise crítica das práticas de saúde, de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção.

c) A mudança na forma de trabalhar em saúde incide diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde.

d) É fundamental estar atento e direcionar o olhar para investir na Atenção Básica à Saúde (ABS), espaço de organização e práticas do Programa Saúde da Família (PSF), buscando, dessa forma, garantir a qualidade do atendimento na “porta de entrada” do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e as necessidades individuais.

e) De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), esta deve compreender um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária, mediante práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes de trabalho voltadas para populações de territórios adstritos com responsabilidade sanitária.

08. Julgue as assertivas abaixo com relação ao Perfil socioprofissional dos gestores e das equipes de saúde da família versus princípios de educação permanente em saúde, e marque a alternativa **INCORRETA**.

- I - O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1984, teve como objetivo ser implantado prioritariamente em áreas de risco, visando a reorganização da atenção à saúde. Para tal, eram observados alguns critérios, tanto de ordem epidemiológica quanto socioeconômica, durante a seleção dos municípios beneficiados.
- II - Para que a população tenha acesso a um atendimento integral e de qualidade, é necessário que a equipe da saúde da família (ESF) esteja habilitada para atender às demandas programadas e espontâneas com base no reconhecimento das condições de saúde das famílias de sua área de abrangência.
- III - A carência de profissionais com perfil e habilidade para trabalhar na nova proposta representa um dos obstáculos para a implantação efetiva do PSF e consolidação do SUS. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), uma estratégia para o enfrentamento dessa situação seria a articulação entre os sistemas de saúde e as instituições formadoras, por meio deste quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, tendo a integralidade da atenção como princípio norteador da formação dos recursos humanos para a área da saúde, tomando como eixo ordenador dos processos de formação as necessidades de saúde apresentadas pela população.

- a) I; II.
- b) I; II; III.
- c) I; III.
- d) II; III.
- e) II, somente.

09. Ao longo dos 15 anos da implementação do PSF, ele passou por diferentes concepções. Analise as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA**.

- I - Inicialmente, segundo Canesqui e Spinelli (2008), o PSF foi concebido enquanto um programa de assistência à saúde, destinado às ações de prevenção, promoção e proteção do indivíduo/família/comunidade no contexto da Atenção Primária. Atualmente, é defendido como uma estratégia de reorientação focada no modelo assistencial de Vigilância a Saúde, na tentativa de reorganizar o modelo assistencial, segundo os preceitos da Atenção Básica.
- II - Entende-se que, ao se organizar este modelo, é preciso que também se organize o processo de trabalho em saúde, de modo que leve ao rompimento da dinâmica médica centrada do modelo hegemônico de organização e com a forma de trabalho da equipe. Isto, entretanto, requer mudanças nos microprocessos deste trabalho em saúde, os quais estão relacionados ao espaço relacional (espaço intercessor) do trabalhador com o usuário. Só então será possível qualificar o cuidado prestado como baseado na escuta e no uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização).
- III - Assim, é possível elevar-se o coeficiente de autonomia do usuário, além de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no PSF, argamassa da Atenção Básica no país, sendo necessário instrumentos do PSF para alcançar seus objetivos, o vínculo e a criação de laços de compromisso e de co-Responsabilização entre profissionais de saúde e a população.

- a) I e II .
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) I, II e III.
- e) Nenhuma alternativa correta.

10. Em relação às Redes de Atenção à Saúde (RAS), marque a única opção **INCORRETA**.
- a) A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de densidades tecnológicas semelhantes, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
  - b) O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.
  - c) Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.
  - d) Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.
  - e) São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.
11. Marque a alternativa **CORRETA** quanto às diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS):
- a) Fortalecer a atenção primária à saúde para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção.
  - b) Fortalecer o papel do Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) no processo de governança da RAS.
  - c) Fortalecer a integração das ações de âmbito individualizado coletivo da vigilância em saúde com as da assistência.
  - d) Fortalecer a gestão federal tendo em vista que a governabilidade local não é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.
  - e) Para o financiamento do Sistema, redefinir e reforçar o financiamento da rede hospitalar no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar.
12. Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde, estrutura-se segundo sete atributos e três funções. São atributos, **EXCETO**,
- a) Primeiro Contato.
  - b) Longitudinalidade.
  - c) Integralidade.
  - d) Coordenação.
  - e) Abordagem Individualizada.

13. Constituem-se objetivos do QualiSUS-Rede, **EXCETO**,
- a) a organização, no âmbito do SUS, de redes de atenção à saúde que considerem o protagonismo da atenção primária no seu ordenamento.
  - b) a priorização dos investimentos na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), na atenção de urgência e emergência e no aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede.
  - c) a diminuição da eficiência alocativa e produtiva do SUS.
  - d) a instituição e o aprimoramento dos mecanismos de gestão das redes de atenção à saúde.
  - e) o fortalecimento da regionalização, da contratualização, da regulação do acesso, da responsabilização dos gestores e da participação social.
14. Constituem-se estratégias de implementação do QualiSUS-Rede.
- a) Apoiar o desenvolvimento de redes de atenção à saúde exclusivamente em regiões metropolitanas definidas pelo Ministério da Saúde.
  - b) Intervir, somente nos componentes da rede privada de serviços de saúde existente em cada região, na perspectiva de estruturação de uma rede integrada de atenção à saúde.
  - c) Estimular o desenvolvimento de novas linhas de cuidado como um dos elementos de qualificação do cuidado em saúde.
  - d) Investir prioritariamente na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) de média complexidade e de urgência e emergência.
  - e) Dar prioridade para a construção de novos prédios para abrigar serviços de saúde.
15. O Comitê Gestor de Implementação do QualiSUS-Rede (CGI) será presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades, **EXCETO**,
- a) Secretaria-Executiva (SE/MS) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).
  - b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).
  - c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).
  - d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
  - e) Universidades Federais de cada Estado da Federação e Secretaria Nacional de Recursos Hídricos (SNRH).
16. Analise as afirmações abaixo sobre os princípios da Rede Cegonha.
- I - Respeito, proteção e realização dos direitos humanos; garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- II - Respeito à diversidade cultural, étnica e racial, enfoque de gênero, participação e a mobilização social;
- III - Promoção da equidade e compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.
- Estão **CORRETAS** somente:
- a) I e II.
  - b) I, e III.
  - c) III.
  - d) II e III.
  - e) I, II, III.



17. A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, a partir das seguintes diretrizes, **EXCETO**,
- garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
  - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
  - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.
  - garantia da atenção à saúde das crianças até 12 meses com qualidade e resolutividade.
  - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
18. A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases. Na FASE 1, Adesão e Diagnóstico, a única alternativa **INCORRETA** é:
- Apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios.
  - Apresentação e análise da matriz diagnóstica na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional – CGR.
  - Homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF.
  - Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições.
  - Estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.
19. Analise as assertivas e identifique as que trazem informações fidedignas.
- A infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis merece especial atenção, uma vez que, no grupo etário de adolescentes, a primeira relação sexual está acontecendo mais cedo e nem sempre é utilizado o preservativo (nesta e nas seguintes) como proteção contra a infecção por DST.
  - Pessoas jovens são reconhecidas como sujeitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos, afirmados como Direitos Humanos e que aportam condições para o alcance da igualdade de gênero. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade e a autonomia das pessoas jovens, estimulando-as a assumir a responsabilidade sobre sua própria saúde. Nas faixas mais baixas da adolescência, como pessoa em situação peculiar de desenvolvimento, e a caminho para a autonomia, eles e elas ainda necessitam de proteção aos seus direitos de cidadãos, o que não impede que sejam estimulados a se responsabilizarem também pelo autocuidado à saúde.
  - Os homicídios caracterizam-se como um grave problema social e de Saúde Pública, pela sua magnitude e abrangência, com impactos na área social, econômica e de saúde, afetando indivíduos, famílias e a coletividade. Também devem ser levados em consideração os anos de vida perdidos e o aumento da carga de morbidade - incapacidades, lesões, problemas crônicos, dentre outros - decorrentes das agressões não-fatais.
- Somente I.
  - I; II; III.
  - I; III.
  - II; III.
  - I; II.

20. São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, **EXCETO**,
- a) programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado por todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários.
  - b) desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.
  - c) realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.
  - d) impactar no processo de trabalho cotidiano das unidades assistenciais, da SMS e das SES.
  - e) implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras.
21. O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio à saúde da família deve conter, com **EXCEÇÃO**,
- a) o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas.
  - b) infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes.
  - c) o fluxo dos usuários para garantia da referência e contrarreferência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, Estados e pelo Ministério da Saúde.
  - d) descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional.
  - e) a forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária que será definida por cada município.

22. A Atenção Básica 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. Assim, julgue as assertivas abaixo acerca das diretrizes e finalidade e marque a alternativa **CORRETA**.

- I - Ter território adstrito sobre o mesmo, 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.
  - II - 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; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.
  - III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia, decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.
  - IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; 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; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.
  - V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.
- a) Todas assertivas são verdadeiras.
  - b) Todas assertivas são falsas.
  - c) Apenas I e II são verdadeiras.
  - d) Apenas III e IV são verdadeiras.
  - e) Apenas I e V são verdadeiras.

Responda as questões **23** a **25**, segundo o artigo “Política Nacional de Humanização e Formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa”

**23.** Quanto à Humanização e o cuidado com os usuários, podemos afirmar que:

- a) para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integrativa.
- b) devem ser respeitados em parte os seus saberes que são ligados a sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento.
- c) nos espaços de saúde, o encontro físico que acontece em um consultório onde o usuário busca alívio para seus problemas de saúde também deve ser entendido como um encontro subjetivo.
- d) a Política de Humanização também traz, como desafio a ser superado, a fragmentação existente nas atividades programáticas, qual seja: humanização da assistência hospitalar, do parto, do nascimento, do morrer, entre outros.
- e) cabe aos profissionais romper com a subjetividade dos sujeitos envolvidos na assistência, marcada pela prática de atender apenas a queixas, passando a traçar possibilidades de efetivo encontro entre trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador, em que as pessoas sejam vistas como um diagnóstico de doença.

**24.** Para implantar a Política de Humanização, um dos desafios é enfrentar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores. Assim, julgue as assertivas abaixo e marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A desvalorização.
- b) Um modelo de gestão centralizado e vertical que impossibilita os trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho.
- c) A precarização.
- d) O baixo investimento em educação permanente.
- e) A necessidade da criação de um Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST).

25. O artigo indica a importância da incorporação das ciências humanas ao campo da saúde, visando proporcionar a ampliação de saberes para melhor conhecer a população a que se atende, em seu processo de adoecimento. Analise as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA**.

- I - Com relação ao processo de trabalho o artigo indica alguns desafios a serem enfrentados, quais sejam: trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, precarizados e baixo investimento em educação permanente.
  - II - Há indícios de que os cursos de especialização que têm como foco a intervenção nos serviços de saúde, com ênfase na rede de trabalhadores e rodas de conversa são possibilidades que se apresentam frente às dificuldades encontradas na construção de um projeto coletivo envolvendo trabalhadores, usuários e gestores.
  - III - Nos serviços de saúde ainda se mantém a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços, em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado.
  - IV - Segundo a Política Nacional de Humanização, a busca é formar profissionais que, na sua atuação, articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeitem a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde.
  - V - Os três eixos analisados por esta investigação a humanização e cuidado com os usuários, a humanização e o processo de trabalho e a humanização e a formação indicam possibilidades de novas investigações sobre a temática, de forma a construir um arcabouço teórico-prático imprescindível para a implementação do Sistema Único de Saúde.
- a) I, II, III e IV somente.
  - b) I, III, IV e V somente.
  - c) II, III, IV e V somente.
  - d) I, II, III, IV e V.
  - e) Nenhuma alternativa correta.

26. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF foram criados pela Portaria n° 154 de 24 de janeiro de 2008. Acerca das ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família – ESF, julgue os itens a seguir e marque a alternativa **CORRETA**.

- I - Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
- II - Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
- III - Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
- IV - Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
- V - Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
- VI - Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.

- a) V – F – F – V – V – F.
- b) F – V – F – V – F – V.
- c) V – V – V – V – V – V.
- d) V – V – F – F – F – F.
- e) V – F – V – F – V – F.

27. É de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme a Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008.

- a) Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5° desta Portaria.
- b) Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contrarreferência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias.
- c) Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização.
- d) Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.
- e) Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias.

28. As Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta e da ginástica. Assim, julgue as assertivas abaixo e marque a alternativa que **NÃO** corresponde às práticas corporais.

- a) Práticas de caminhadas.
- b) Orientação para a realização de exercícios.
- c) Práticas lúdicas.
- d) Práticas esportivas e terapêuticas.
- e) Nenhuma alternativa correta.

29. Atribua verdadeiro (**V**) ou falso (**F**) para cada uma das assertivas abaixo sobre a Política nacional de atenção integral à saúde da mulher.

I - O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

II - A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres na faixa etária de 15 aos 50 anos, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

III - A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

IV - A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, no nível secundário e terciário.

V - As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

A sequência **CORRETA** para I, II, III, IV e V é:

- a) V – F – V – F – V.
- b) F – V – F – V – F.
- c) V – F – V – V – V.
- d) F – V – F – F – F.
- e) V – F – V – F – F.

30. Quanto às Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pode-se afirmar que
- I- a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
  - II- o SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços, sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
  - III- a atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher, a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
- a) I, somente.
  - b) I; II.
  - c) I; III.
  - d) II; III.
  - e) I; II; III.
31. Conforme os Objetivos Específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, é **INCORRETO** afirmar.
- a) Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV.
  - b) Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
  - c) Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
  - d) Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.
  - e) Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.
32. Estão entre as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- I - Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política.
  - II - Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações.
  - III - Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados à Promoção da saúde.
- a) I, somente.
  - b) I; II.
  - c) I; III.
  - d) II; III.
  - e) I; II; III.



33. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. Analise as assertivas abaixo e marque a alternativa que **NÃO** corresponde aos objetivos específicos.
- a) Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade.
  - b) Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
  - c) Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade.
  - d) Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável.
  - e) Estimular, na população masculina, através da educação em saúde, a garantia da qualidade de vida.
34. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam a promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais. Para cumprir esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se considerar os seguintes elementos, **EXCETO**,
- a) acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde.
  - b) articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina.
  - c) informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem.
  - d) captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária, secundária e terciária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes.
  - e) capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem.
35. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi aprovada através da Portaria
- a) nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.
  - b) nº 2.518 de 19 de outubro de 2006.
  - c) nº 2.538 de 19 de outubro de 2006.
  - d) nº 2.548 de 19 de outubro de 2006.
  - e) nº 2.568 de 19 de outubro de 2006.

**36.** A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré- natal até a fase da velhice. Assim, julgue as assertivas abaixo acerca do Envelhecimento Ativo e Saudável dos idosos e marque a alternativa **CORRETA**.

I - Desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco.

II - Informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

III - Valorizar e respeitar a velhice.

IV - Realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos.

V - Facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades.

a) Todas assertivas são verdadeiras.

b) Todas assertivas são falsas.

c) Apenas I, II e III são verdadeiras.

d) Apenas II, III e IV são verdadeiras.

e) Apenas I, III e V são verdadeiras.

**37.** O Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deverá ser definido e pactuado com os Estados, o Distrito Federal e os municípios.

Analise as assertivas abaixo e marque a alternativa **INCORRETA** sobre os itens prioritários para a pactuação.

a) Provimento de insumos, de suporte apenas na atenção básica, prioritariamente na atenção domiciliar e, quando necessário, fornecer medicamentos.

b) Provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS.

c) Provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa.

d) Implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso.

e) Determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

38. Analise as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA** sobre os objetivos da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.

- I - Fomentar o debate com gestores e profissionais de saúde sobre a importância do cuidado integral, do direito à saúde de adolescentes e jovens e da abordagem dos determinantes de saúde que impactam essa população, refletidos nos instrumentos de gestão do SUS: planos de saúde, planos diretores de regionalização; nos de investimento e nos termos de compromisso de gestão.
- II - Sensibilizar gestores e profissionais do SUS para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento nos serviços de saúde a adolescentes e jovens de ambos os sexos.
- III - Cooperar tecnicamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e de jovens e para a elaboração de estratégias, passíveis de acompanhamento e avaliação, articuladas com as áreas e programas de interface do setor saúde.

- a) I; II; III.
- b) III; II; I.
- c) I; III; II.
- d) II; I; III.
- e) II; III; I.

39. Sobre a prioridade na atenção integral às adolescentes grávidas, para a redução da mortalidade materna, é **INCORRETO** afirmar que

- a) a integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que desenvolvam ações de promoção à saúde nos vários setores da sociedade.
- b) a articulação dos serviços de saúde da Atenção Básica, com a política de Saúde da Atenção Básica, com a política de Saúde da Mulher, às presentes Diretrizes e à Promoção da Saúde, em consonância com as prioridades do Pacto pela Vida, no que se refere à redução da mortalidade materna na população jovem, a prestação de cuidado integral à saúde reprodutiva destas pessoas, com atendimento diferenciado à adolescente grávida e a seu parceiro e familiares.
- c) inserir o desenvolvimento de um trabalho educativo em saúde que respeite as necessidades específicas das pessoas jovens sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva, com informações científicas e claras, sobre as abordagens de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, especificidades étnico/raciais, e de livre orientação sexual, levando em consideração, também, as diferenças de inserção sociocultural, a forma de organização de povos específicos, entre eles os índios, os ciganos, os quilombolas e outras populações tradicionais, garantindo, desse modo, maior assimilação e resolubilidade.
- d) essa abordagem deve respeitar a autonomia dos adolescentes e jovens, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissionais e usuários.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**40.** Analise, à luz da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2008), as afirmativas abaixo relativas às suas diretrizes.

- I - Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.
- II - Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência.
- III - Participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta política.
- IV - Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação.

Está **CORRETO**, apenas, o que se afirma em:

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

**41.** A atenção à pessoa portadora de deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência em sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades. São responsabilidades dos gestores municipais de saúde (secretarias municipais de saúde ou organismos correspondentes):

- I - Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando à prevenção de deficiências;
- II - Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas às pessoas portadoras de deficiência;
- III - Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa portadora de deficiência.

Está **CORRETO** o que se afirma, apenas, em:

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

42. Em relação à organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência, de acordo com o Programa Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, analise as afirmativas abaixo.

- I - A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso.
- II - A União, os Estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando à garantia da qualidade do atendimento e a uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de deficiência.
- III - Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas portadoras de deficiência.

Está **CORRETO** o que se afirma em:

- a) I, apenas.
- b) I e II, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.
- e) I, II e III.

43. Em relação à saúde do trabalhador, o SUS deve desenvolver atividades como:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.
- II - realização, em centros de referência em saúde do trabalhador, dos exames médicos admissionais, periódicos e demissionais, para instituições classificadas como microempresas – ME.
- III - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

Está **CORRETO** o contido em:

- a) I, apenas.
- b) II, apenas.
- c) I e II, apenas.
- d) I e III, apenas.
- e) I, II e III.

44. Com relação à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, é **INCORRETO** afirmar que

- a) a escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde do trabalhador dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e a implementação de ações voltadas a esse grupo.
- b) foi instituída, buscando superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores do Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.
- c) considera trabalhador apenas homem ou mulher que exerça atividade para sustento próprio ou de seus dependentes no setor formal da economia.
- d) cabe ao Ministério do Trabalho planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador e da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho.
- e) enquanto gestor nacional do SUS, cabe ao Ministério da Saúde assessorar as secretarias estaduais e municipais de saúde na execução da política.

45. Sobre a garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos sistemas e fontes de informação em saúde, analise os itens abaixo.

I - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

II - Sistema de Informações Geográficas (SIG).

III - Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB).

IV - Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

V - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Está **CORRETO**, apenas, o contido em

a) I, III e IV.

b) II, III e V.

c) I e II.

d) III e IV.

e) IV e V.

46. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e o da Educação. As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, **EXCETO**,

a) avaliação da saúde e higiene bucal.

b) redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

c) avaliação psicossocial.

d) prevenção do uso de drogas.

e) descentralização e respeito à autonomia federativa.

47. São objetivos do Programa Saúde na Escola (PSE), **EXCETO**,

a) promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde.

b) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos.

c) reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências, bem como prevenir e reduzir o consumo do álcool.

d) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar.

e) fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

48. Assinale a alternativa **CORRETA**.

a) Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto: promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS.

b) Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

c) O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

d) Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

e) Para a execução do PSE, compete aos municípios, somente, definir as prioridades e metas de atendimento.

49. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, **EXCETO**, por
- gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes.
  - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.
  - trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas.
  - instituições de ensino com cursos somente na área de Saúde.
  - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.
50. São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde, **EXCETO**,
- construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.
  - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.
  - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência.
  - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência.
  - implementar instâncias (área técnica, comitê, GTs e outros) de Educação Popular em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma articulada às políticas de promoção da equidade, conforme Portaria nº 2.979/GM/MS, de 15 de dezembro 2011, que estimula a implementação de Comitês de Educação Popular em Saúde e Comitês de Promoção da Equidade.
51. Em relação às Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS contidas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2009, o Plano de Formação Pedagógica para Docentes deverá apresentar carga horária mínima de
- 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso.
  - 80h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso.
  - 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 20h, realizado antes do início do curso.
  - 80h, sendo o módulo inicial de no mínimo 20h, realizado antes do início do curso.
  - 80h, sendo o módulo inicial de no mínimo 12h, realizado antes do início do curso.
52. Os princípios político-pedagógicos da Educação Popular são tomados como ferramentas de agenciamento para participação em defesa da vida e como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde. Diante disso, pode-se dizer que a educação popular tem como objetivos
- fomentar atitudes individuais por meio de prescrições e protocolos no sentido de promover mudanças na vida das pessoas, tornando-as vivas, criativas e mais felizes.
  - mobilizar autonomias individuais, abrindo a alteridade entre indivíduos na luta por direitos, contribuindo para a ampliação do significado dos direitos de cidadania.
  - instituir o crescimento e a mudança na vida cotidiana das pessoas por meio de ações terapêutico-medicamentosas.
  - contribuir para aumentar a visibilidade dos grupos sociais sobre sua inserção histórica, social e política.
  - promover o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência.

53. Um elemento fundamental do método da educação popular é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber do educando. Nesse sentido, pode-se afirmar que
- as práticas de saúde vêm contribuindo para que as pessoas, cada vez mais, compreendam sua inserção na sociedade e na natureza.
  - a valorização do saber e dos valores do educando não permitem a reorientação de hábitos e costumes.
  - não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, mas que o processo de discussão não se coloque de cima para baixo.
  - conceitos e comportamentos considerados corretos devem ser difundidos em reuniões e palestras com a comunidade.
  - o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS não se alinham com a transversalidade das ações de saúde do trabalhador no processo saúde-doença.
54. Para a implantação das estratégias e ações que orientam o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS), considera-se o seguinte:
- Mapa da Saúde e Região de Saúde.
  - Participação, Controle Social e Gestão Participativa.
  - Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento.
  - Intersetorialidade.
  - Plano Plurianual (PPA).
55. Assinale a alternativa que contém o evento que **NÃO** influencia a prevalência de doenças em comunidades.
- Doentes que emigram.
  - Óbitos.
  - Doentes que imigram.
  - Diminuição do período de incubação da doença.
  - Condições nutricionais.
56. Acerca da vigilância sanitária e epidemiológica, assinale a alternativa **CORRETA**.
- O *modus operandi* da vigilância sanitária perpassa a regulação de subsídios, de educação em saúde e de publicidade, ao passo que a vigilância epidemiológica atua em função das enfermidades, na promoção de educação continuada e na garantia do sigilo das informações relevantes.
  - Vigilância Sanitária, de acordo com a Lei n.º 8.080/1990, consiste em um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde. Embora o conceito seja extenso, sua operacionalização contempla, apenas, o controle preventivo junto aos serviços de saúde.
  - A análise sistemática das informações notificadas no lugar e no tempo são dimensões suficientes para a elaboração do planejamento e alocação de recursos com efetividade garantida à saúde de determinada comunidade.
  - Compete aos gestores municipais de saúde definir os mecanismos e os fluxos de referência e de contrarreferência das ações de vigilância e de assistência em saúde do trabalhador do SUS.
  - O aumento do número de notificações nem sempre é condição necessária para se confirmar a existência de uma epidemia.



57. Sobre o sistema de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, assinale a alternativa que está de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.
- a) O botulismo, a dengue e a febre amarela têm como medidas de controle a eliminação de criadouros de mosquitos e acompanhamento de índices de infestação do vetor.
  - b) O controle de roedores é realizado para a leptospirose, hantavirose e febre tifoide.
  - c) O antraz ou carbúnculo é uma doença rara no Brasil, porém, por haver casos relatados nas Américas relacionados à guerra biológica, é uma doença de notificação compulsória.
  - d) Todo caso de dengue deve ser notificado, assim que o caso for confirmado pelo laboratório.
  - e) Todo caso suspeito de hepatite aguda deve ser notificado de forma imediata.

58. Em relação à vigilância epidemiológica, julgue os itens a seguir:

- I - A tuberculose em todas as suas formas clínicas, a infecção pelo vírus HIV e a síndrome gripal pelo vírus da influenza H1N1 são consideradas doenças de notificação compulsória em nível nacional.
- II - Todos os casos suspeitos de hepatite dos tipos A, B, C, D e E devem ser notificados, dada a relevância atual das hepatites virais.
- III - São de notificação compulsória todos os casos de meningites infecciosas.
- IV - A legislação pertinente define vigilância epidemiológica como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar a adoção de medidas de prevenção e de controle das doenças ou agravos.

Estão **CORRETOS**.

- a) Apenas I, II e III.
  - b) Apenas I, II e IV.
  - c) Apenas II, III e IV.
  - d) Apenas I, III e IV.
  - e) I, II, III e IV.
59. Variados são os dados e as informações que alimentam o Sistema de Vigilância em Saúde. Quanto à definição de denominadores para o cálculo de taxas, temos primordialmente:
- a) os indicadores de saúde.
  - b) os indicadores sociodemográficos.
  - c) os indicadores socioambientais.
  - d) os indicadores epidemiológicos.
  - e) os indicadores econômicos.

60. Com relação aos indicadores de saúde, analise os itens seguintes.

- I - O coeficiente de mortalidade infantil é utilizado em epidemiologia aplicada em serviços de saúde para se estimar a proporção de mortes em uma população de 1.000 nascidos vivos, no período de um ano.
- II - O cálculo da mortalidade proporcional por causa é utilizado para se identificar a importância de uma causa ou grupo de causas de mortalidade, frente ao total das mortes ocorridas; por isso, ele é um indicador de saúde útil, especialmente quando não há uma estimativa populacional disponível para determinada área em determinado período de tempo.
- III - O coeficiente de mortalidade geral é um indicador de saúde calculado pela razão entre o número total de óbitos e a população exposta em determinado período de tempo, propiciando, dessa maneira, comparabilidade imediata das condições de saúde entre regiões, Estados, países ou continentes.
- IV - Considerando que o coeficiente de incidência de dengue no Brasil em 2002 foi de 398/100.000, isso significa dizer que, em cada 100.000 brasileiros, 398 tiveram o risco de adoecer de dengue naquele ano.

Estão **CORRETOS** apenas

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