PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI

Universidade Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – *TIPO 4*

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ASSISTENTE SOCIAL, EDUCAÇÃO FÍSICA, ENFERMEIRO, FISIOTERAPEUTA, CIRURGIÃO DENTISTA, NUTRICIONISTA E PSICÓLOGO

DATA: 19/01/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
a) Este caderno **(TIPO 4)** com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno* **(TIPO 4)** *é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*
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 **4h (quatro horas).**

13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h** do início desta.

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)

*NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE*PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIASUESPI – *RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RMSF*

FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: *Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.*

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	

Nº DE INSCRIÇÃO

QUESTÕES GERAIS

01. Em uma unidade de saúde pública, diversas práticas são adotadas para promover o princípio da humanização no atendimento aos usuários, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Assinale a prática que melhor exemplifica uma abordagem humanizada nos serviços de saúde.

a) Atendimento rápido e eficiente, visando à redução do tempo de espera dos pacientes nos serviços de saúde, baseado no recorte geracional dos usuários.
b) Priorização do oferecimento de exames e realização de rastreamentos aos pacientes considerando a gravidade dos casos.
c) Realização de consultas em espaços privados, respeitando a confidencialidade e incentivando a escuta qualificada dos pacientes.
d) Avaliação dos pacientes com base em exames laboratoriais, para otimizar atendimentos e aumentar a precisão dos diagnósticos.
e) Implementação de um sistema de atendimento automatizado, em que os pacientes interajam diretamente com terminais de autoatendimento para registrar suas queixas e diminuir filas de esperas.

02. O art. 13 da Lei nº 8.080/1990 destaca a importância da integração de políticas e programas para promover a saúde da população. Marque a ação que é um exemplo de prática intersetorial alinhada aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

a) Realizar campanhas de vacinação em postos de saúde e escolas municipais para organizar a demanda.
b) Promover ações integradas de segurança no trabalho, em colaboração com equipes dos NASFs, empresas privadas e organizações do terceiro setor em todo país.
c) Implementar um programa de suplementação alimentar e educação nutricional em parceria com escolas e centros comunitários.
d) Ampliar o número de leitos hospitalares em centros urbanos, dado a demanda reprimida nestes territórios.
e) Focar a distribuição de medicamentos gratuitos em capitais estaduais e implementar serviço itinerante de dispensação farmacêutica para pequenos municípios, para otimizar a logística das redes de saúde.

03. Considerando as disposições do art. 2º da Lei nº 8.142/1990, que orientam a destinação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a situação que exemplifica uma aplicação inadequada desses recursos, segundo a citada legislação é:

a) Destinação de recursos do FNS para despesas de custeio e capital do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas.
b) Investimento em hospitais municipais para ampliar a cobertura assistencial hospitalar, conforme previsão orçamentária aprovada pelo Congresso Nacional.
c) Realização de despesas com aquisição de equipamentos médicos para uma unidade hospitalar estadual, previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde.
d) Alocação regular de recursos do FNS para campanhas de saúde preventiva promovidas por Organizações não Governamentais ou Organizações Sociais (OS), para otimizar a descentralização de ações e serviços de saúde.
e) Aplicação de recursos do FNS na ampliação de redes de serviços de saúde, conforme os investimentos estipulados na lei orçamentária e iniciativa legislativa.

04. O art. 1º da Lei nº 8.142/1990 estabelece a estrutura para a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de instâncias colegiadas. A alternativa que representa corretamente uma função atribuída ao Conselho de Saúde, segundo essa lei é:

a) Convocar a Força Nacional do SUS e a Conferência Temática de Saúde para resolver casos de emergências sanitárias, a exemplo da pandemia da COVID-19.
b) Formular políticas de saúde emergenciais, para reagir rapidamente a situações de crises sanitárias nacionais.
c) Realizar auditorias financeiras em todos os hospitais privados conveniados ao SUS, fomentando a transparência na administração pública e a garantia de recursos financeiros na Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada ano fiscal.
d) Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, com caráter permanente e deliberativo.
e) Definir diretamente o orçamento destinado ao SUS nas esferas estaduais e municipais, incluindo as emendas impositivas, verba de uso livre de deputados e vereadores, dado sua autonomia administrativa.

05. O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta o planejamento em saúde como um processo ascendente e integrado, envolvendo todas as esferas do governo, em consonância com as necessidades locais e a disponibilidade de recursos. Considerando esse contexto, a alternativa que melhor exemplifica uma medida correta e alinhada com os princípios desse processo de planejamento é:

a) Elaboração de um plano estadual de saúde, feito por servidores das mais diferentes áreas técnicas das Secretarias de Estado da Saúde, desde que alinhado às diretrizes federais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para que não haja duplicações de ações municipais.
b) Criação de metas regionais de saúde, definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com consulta aos comitês gestores das redes temáticas de saúde, dos municípios que concentram as maiores populações.
c) Desenvolvimento de um Mapa da Saúde, detalhando recursos e serviços disponíveis, para orientar o planejamento e as metas de saúde de acordo com as características epidemiológicas e necessidades locais.
d) Elaboração de planos de saúde municipais, que incluam os serviços de atenção primária, no âmbito da municipalidade; e, elaboração de planos estaduais, que definam as responsabilidades sanitárias de maior complexidade, no nível estadual.
e) Estabelecimento de metas de saúde nacionais, com execução obrigatória em todos os municípios, para atender com igualdade a população nacional.

06. O Capítulo IV do Decreto nº 7.508/2011 regulamenta aspectos da integralidade da assistência à saúde no SUS, instituindo a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumentos fundamentais para garantir o acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde. Diante dessa disposição, considere as situações a seguir e identifique a que representa uma aplicação correta sobe a integralidade da assistência à saúde no SUS, conforme o decreto citado.

a) Um Estado pode adotar uma relação complementar de serviços de saúde, incluindo atendimentos de alta complexidade exclusivos para doenças raras, contudo deve exigir que os municípios financiem esses serviços, considerando o princípio da regionalização.
b) Uma região de saúde pode organizar o acesso à assistência farmacêutica para pacientes crônicos, incluindo medicamentos não listados na RENAME, desde que estejam registrados na ANVISA e previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA).
c) Um município pode implantar um serviço de referência regional voltado para a realização de procedimentos de média complexidade e, ajustar, discricionariamente, o financiamento desses serviços diretamente com o Ministério da Saúde, para dar segurança, eficácia e qualidade aos usuários dos munícipios que compõem o território.

d) A Secretaria Estadual de Saúde pode ampliar a oferta de medicamentos especializados, em conformidade com a RENAME, e estabelecer protocolos regionais pactuados em Comissões Intergestores para monitoramento da distribuição e avaliação contínua da efetividade dos tratamentos.
e) Em uma situação de alta demanda por medicamentos de uso especializado, um município pode adotar uma lista própria de medicamentos não contemplados pela RENAME, porém com registro na ANVISA, sem formalizar a responsabilidade pelo financiamento junto ao Estado e à União, dada a uma situação emergencial.

07. O Capítulo V do Decreto nº 7.508/2011 trata da articulação interfederativa no SUS, incluindo o papel das Comissões Intergestores (CIT, CIB e CIR) no planejamento e na gestão compartilhada da saúde. Considerando as responsabilidades e as funções dessas comissões, a alternativa que demonstra uma aplicação correta dos princípios de articulação interfederativa para garantir a integração e a eficiência do SUS é:

a) A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprova o financiamento de um novo serviço especializado para ser implementado em apenas uma cidade do Estado, com recursos exclusivamente municipais, sem necessidade de envolvimento dos Estados ou da União, dada a especificidade local e regional.
b) A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) pactua o atendimento de alta complexidade em toda a rede de saúde estadual, distribuindo os serviços entre os municípios de forma proporcional à população, sem considerar as especificidades regionais e a infraestrutura de saúde disponível, pois é constituída por técnicos de notório saber.
c) A Comissão Intergestores Regional (CIR) coordena a criação de um programa de atenção básica integrado entre municípios vizinhos, estabelecendo critérios de acesso e continuidade do atendimento em conformidade com as necessidades de saúde locais e os recursos pactuados na CIB.
d) A CIT decide que cada município é responsável por financiar serviços de urgência e emergência sem assistência estadual, considerando que, nesses casos, o governo federal proverá suporte financeiro direto aos municípios para esses serviços.
e) A CIB implementa uma política de aquisição de medicamentos exclusivamente com recursos estaduais, dispensando a participação das esferas municipais e federal, visando agilizar a distribuição para os usuários, a exemplo de regiões que contém Estados que recebem royalties.

08. Em Galvanese (2017), é apresentado uma análise das contribuições e dos desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária. Considerando esta referência, em relação à promoção da saúde, avalie as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas.

I. ( ) Foram sistematizados sete princípios norteadores da promoção da saúde: o empoderamento; a participação social; o holismo; a intersetorialidade; a equidade; a sustentabilidade e as ações multiestratégicas.
II. ( ) O campo da promoção da saúde foi organizado a partir dos movimentos que impulsionaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde de Alma-Ata, em 1978.
III. ( ) A Carta de Ottawa, de 1986, definiu a promoção de saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”.
IV. ( ) O entendimento moderno de promoção da saúde de modo a ilustrar aspectos que se relacionam à resiliência, como a ampliação da capacidade dos indivíduos de apropriarem-se dos determinantes das condições de saúde.
V. ( ) A ênfase à promoção da resiliência deve substituir as políticas de combate à desigualdade social e às condições de vida precárias de alguns sujeitos.

Assinale a alternativa **CORRETA.**

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

09. A Promoção da Saúde é uma prática realizada por equipes multiprofissionais em saúde, é incluída como componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da Saúde Pública e na Saúde da Família. Conforme Leavell e Clark (1976), a noção de Promoção à Saúde, no desenvolvimento do modelo denominado história natural da doença, que era aplicado a partir do grau de conhecimento do curso de cada doença, definindo-se em três níveis de prevenção: o primário, o secundário e o terciário. Assim, sobre a Promoção da Saúde**,** que envolve um conjunto de fatores para promover saúde, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) Ausência de pré-requisitos como: a paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, um ecossistema estável.
b) Incluem adaptações ambientais e comportamentais.
c) Promove estratégias educacionais.
d) Mantem o foco da ação sobre as pessoas.
e) Enfoque na capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento, com o mínimo de danos causados pela exposição aos fatores de risco.

10. Conforme Noronha *et all* (2009), a equipe multiprofissional de Saúde da Família é fator de proteção junto às famílias, identificando possíveis fatores de risco e, ao mesmo tempo, se mostrando como uma rede de apoio e de proteção. O presente estudo apresenta o conceito de resiliência como uma nova perspectiva para a promoção da saúde da família. Considerando o artigo, marque a alternativa **INCORRETA.**

a) A Promoção da Saúde implica um novo paradigma de saúde e doença, além de uma mudança social significativa em direção a uma sociedade independente do princípio da produção para o mercado e para o lucro.
b) A promoção, diferentemente da prevenção, caracteriza-se por um conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente ou, pelo menos duradoura da doença, tentando-se eliminar suas causas mais básicas e não apenas evitar que se manifestem.
c) O conceito moderno de promoção da saúde deve implicar atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes, em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde.
d) O conceito de promoção da saúde deve ser entendido como um novo modo de compreender a saúde e a doença e é uma nova forma de os indivíduos e a coletividade tratarem os agravos e as doenças.
e) Pode-se pensar na resiliência como nova perspectiva que contribui para as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), segundo os princípios norteadores deste, dentre eles a promoção da saúde.

11. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. Contudo, a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece as atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito administrativo. Qual das alternativas não representa atribuições dessas esferas em seu âmbito administrativo?

a) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.
b) Conter a articulação da política e dos planos de saúde.
c) Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.
d) Realizar pesquisas e estudos na área de saúde.
e) Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde.

12. De acordo com Silva e Peduzzi (2011), o trabalho em saúde e a educação no trabalho constituem-se com uma dupla dimensão – ação instrumental e intersubjetividade. Neste estudo, parte-se do pressuposto de que a educação e o trabalho são práticas sociais, portanto estão articulados.

Baseado neste artigo, identifique qual das alternativas é **INCORRETA**.

a) A prática dialógica da educação no trabalho corresponde à proposta da integralidade ao favorecer o reconhecimento dos saberes dos usuários e trabalhadores sobre suas situações concretas de vida e processos saúde-doença-cuidado.
b) Atenção Primária à Saúde (APS) é concebida como uma construção individualizada, que ganha forma e expressão no encontro com os diferentes sujeitos implicados na produção dos cuidados à saúde.
c) Na perspectiva de Paulo Freire, a educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido.
d) O trabalho em equipe pode ser considerado uma condição da integralidade, pois requer a articulação de diferentes saberes em um processo de trabalho aberto com novas possibilidades de construção, não previstas anteriormente em protocolos de atenção à saúde.
e) A integralidade como eixo norteador das capacitações em saúde possibilita a articulação dos saberes e práticas interprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento.

13. Avalie as afirmativas como V verdadeira ou F falsa, considerando a promoção da saúde como um desafio interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial:

I. ( ) A educação interprofissional em saúde, articulada a práticas em serviços de atenção primária, combina os aprendizados específicos de cada área profissional com a preparação para o trabalho coletivo.
II. ( ) A construção da intersetorialidade é essencialmente coletiva, com desafios no campo do fazer relacionados, em diversos planos, ao diálogo e à parceria entre os vários atores sociais.
III. ( ) A dimensão interdisciplinar está no compromisso individual e solitário com a integralidade da atenção à saúde e interação de ações e serviços existentes no SUS.
IV. ( ) A promoção da saúde dos praticantes segue a lógica inclusiva da complementaridade que aparece desempenhadas por profissionais de várias formações e orientada por diferentes racionalidades de saúde, conhecimentos e tradições culturais.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

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

14. A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, no qual a 8ª Conferência Nacional de Saúde se constituiu como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e veio a assegurar o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. E, por conseguinte, foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Baseado na PNPS, analise as assertivas e assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na promoção da saúde passa a ser uma estratégia de produção de saúde que fragmenta e exclui as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde.
b) A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e assegurou o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas.
c) Para se operar a política de saúde, incluindo a de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que se considerem as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território.
d) Fundamentando-se nas Cartas das Conferências Internacionais, a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social.
e) A promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem.

15. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essa legislação, aponte a alternativa que **NÃO** condiz com essa revisão.

a) A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica (AB)” e “Atenção Primária à Saúde (APS)” como termos equivalentes, associando ambos aos princípios e às diretrizes da própria PNAB.
b) A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.
c) A Atenção Básica é porta de entrada exclusiva para os Serviços de Saúde, sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).
d) A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
e) Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, o indivíduo não pode ser excluído do cuidado em saúde por questões de gênero, raça/cor, etnia, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, escolaridade e outras.

16. As mais importantes evidências na literatura mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS) advêm de Barbara Starfield, que define a APS como o primeiro nível de assistência no sistema de saúde atual no mundo. A seguir, marque a alternativa que não condiz com as características da APS, segundo Bárbara Starfield:

a) longitudinalidade e integralidade nas ações.
b) coordenação da assistência.
c) atenção centrada na pessoa, na família e na doença.
d) orientação comunitária das ações.
e) existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS.

17. A Política de Atenção Básica (PNAB 2017) reforça a importância da longitudinalidade do cuidado. O conceito de longitudinalidade pode ser melhor definido como:

a) A acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas para cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente.
b) Uma assistência à atenção à saúde continuada ao longo do tempo, com a participação entre as pessoas atendidas e os profissionais de saúde.
c) A oferta ao cidadão de serviços preventivos, diagnósticos e de tratamento das doenças, estabelecendo a forma adequada para a resolução de problemas.
d) A integralidade do cuidado que o cidadão recebe nos diferentes níveis de atenção à saúde.
e) O conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.

18. A Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6 de 28 de setembro de 2017. As alterações foram para instituir a equipe de Atenção Primária (eAP) e sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada. Marque a alternativa que não condiz com essas mudanças.

a) As eAP diferem das eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, observando a PNAB e os atributos essenciais como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.
b) As eAP deverão ser compostas, minimamente, por médicos e enfermeiros, cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde.
c) As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária: modalidade I, em que a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais e a modalidade II, em que a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais.
d) As eSB, nas modalidades I e II, composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais, podem ser substituídas por eSB nas Modalidades I - 20h e I - 30h, não interferindo na transferência do incentivo financeiro.
e) As eSB poderão, na modalidade I, ter carga horária diferenciada, de modo a atender às características e necessidades de cada município.

19. Considerando a Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, o incentivo financeiro de custeio mensal das equipes de Atenção Primária (eAP) será:

a) Transferido aos municípios na modalidade fundo a fundo, de acordo com a Portaria de credenciamento e com o cadastro das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).
b) Transferido aos municípios por meio de convênios de saúde, mediante cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

c) Transferido aos municípios por meio de contratos de repasse, em que a transferência de recursos financeiros se processa por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal, atuando como mandatário da União.
d) Transferido aos municípios por Termo de Cooperação, por meio do qual é ajustada a transferência de crédito de órgão ou entidade da Administração Pública Federal para outro órgão federal da mesma natureza ou autarquia, fundação pública ou empresa estatal dependente.
e) Transferido aos municípios por termo de execução descentralizada, por meio do qual é ajustada a descentralização de crédito entre órgãos e/ou entidades integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

20. Fruto de um acúmulo histórico da sociedade brasileira no processo de elaboração e efetivação do SUS, a Atenção Básica (AB) vem sendo reformulada com mudanças periódicas a fim de viabilizar a concretização do seu papel de porta de entrada do SUS e de ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Pautado nessas mudanças ao longo do tempo, marque a alternativa **INCORRETA**.

a) Em 2006, houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consolidando o Programa de Saúde da Família como estratégia prioritária e centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.
b) Em 2006, implementaram-se as Equipes de Saúde da Família. Essa política determinava inicialmente que cada equipe multiprofissional ficaria responsável pelo atendimento de no máximo quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes.
c) Em 2019, o Ministério da Saúde instituiu a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
d) Em 2017, a nova PNAB estabelece que os municípios poderão compor suas equipes com gerentes de Atenção Básica, a depender da necessidade local.
e) Em 2017, ampliou-se o número de municípios que poderiam ter os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e estabeleceu-se a regulamentação dos Consultórios de Rua.

21. O artigo 36 do Decreto nº 7.508/2011 estabelece que o **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde** deve conter disposições essenciais para a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde em uma Região de Saúde. Considerando as diretrizes do artigo e o papel do Contrato Organizativo na gestão regional de saúde, a alternativa que reflete corretamente uma aplicação complexa e alinhada aos requisitos deste artigo é:

a) A Secretaria Estadual de Saúde possui atribuição de definição dos indicadores e metas de saúde para a região, responsabilizando os municípios pela execução dos serviços, podendo considerar pactuações realizadas com a CIB.
b) Os entes federativos da Região de Saúde, por meio do Contrato Organizativo, estabelecem a responsabilidade do município-sede para ofertar todos os serviços de alta complexidade na região, independentemente da capacidade de financiamento e da infraestrutura disponível, sem prejuízo de acesso à população dos municípios de menor porte.
c) O Contrato Organizativo, pactuado na CIB, define a oferta de ações de vigilância em saúde e de atenção básica em uma Região de Saúde, com a alocação de recursos estaduais e municipais para serviços de referência em cada município, além de estratégias para monitoramento contínuo e avaliação de resultados.
d) A CIR pode aprovar o Contrato Organizativo com metas específicas para atendimento hospitalar e ambulatorial especializado, deixando a responsabilidade do financiamento da Atenção Primária a critério dos municípios participantes, sem necessidade de complementação estadual, pois os respectivos orçamentos são responsabilidade de cada um destes entes, como forma de autonomia.
e) A CIB decide centralizar a assistência farmacêutica de todas as regiões de saúde em um único município, considerando que as dificuldades territoriais são sempre semelhantes, estabelecendo uma rede de logística, para propiciar economia de escala e redução de custos operacionais.

22. A Seção II do Decreto nº 7.508/2011 estabelece diretrizes para a hierarquização e organização do acesso aos serviços de saúde no SUS, incluindo a definição das portas de entrada, que organizam o fluxo do atendimento conforme a complexidade necessária. Considerando esses princípios e os desafios na aplicação prática da hierarquização no SUS, assinale a alternativa que reflete uma abordagem alinhada ao Decreto e que enfrenta a complexidade de integrar diferentes níveis de atenção de maneira eficaz.

a) Um município com recursos limitados decide concentrar todos os atendimentos de urgência em um único hospital especializado, a partir de decisão estratégica no âmbito do governo federal, para organizar o acesso, planejamento e a gestão do sistema de saúde, com responsabilidade.
b) Em uma região de saúde, a CIR estabelece que a atenção psicossocial será exclusivamente ofertada por hospitais de alta complexidade, com encaminhamento direto de todos os casos pela atenção primária, reduzindo assim o tempo de espera para pacientes com necessidades urgentes.
c) A região de saúde define que o acesso aos serviços de atenção psicossocial e urgência ocorre exclusivamente em hospitais de alta complexidade, com atendimento inicial restrito aos centros especializados, dado que nestes hospitais existem profissionais especializados.
d) Uma Região de Saúde decide centralizar o atendimento de atenção especializada em saúde mental em uma única unidade de alta complexidade, acessível diretamente aos usuários sem necessidade de referenciamento pelas unidades de atenção primária, para diminuir filas de espera.
e) A CIB implementa um fluxo em que as portas de entrada para o SUS em serviços de urgência, atenção primária e psicossocial atuam de forma coordenada, referenciando pacientes de acordo com a gravidade do caso e garantindo a continuidade do cuidado ao longo dos diferentes níveis de complexidade e em parceria com a iniciativa privada quando necessário.

23. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Esta Portaria justifica a organização das redes com o intuito de alcançar um sistema de saúde mais eficaz, integrado e acessível, superando desafios históricos e estruturais do SUS. Com base no documento e em suas diretrizes, analise as afirmativas a seguir e identifique as corretas:

(1) A estruturação da RAS contribui para que o sistema de saúde brasileiro se torne menos fragmentado, promovendo uma integração mais sólida entre os diferentes níveis de atenção e, assim, proporciona continuidade no cuidado.
(2) A organização da RAS visa estabelecer um modelo de acesso seletivo, em que a prioridade é dada aos grupos populacionais com maior necessidade de cuidados intensivos e especiais, em um esforço para reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde.
(3) A implementação da RAS tem o objetivo de fortalecer a integralidade do cuidado, promovendo acesso a uma linha de cuidados contínua e coordenada, desde a atenção primária até os serviços especializados, para todos os usuários do SUS.
(4) A Portaria incentiva o fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado na RAS, de modo a estruturar o fluxo de usuários nos serviços e garantir resolutividade no atendimento em todos os níveis de complexidade.

Marque a afirmativa **CORRETA**.

a) Apenas 1 e 2.
b) Apenas 1 e 3.
c) Apenas 2 e 4.
d) Apenas 1, 3 e 4.
e) Apenas 2, 3 e 4.

24. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. São de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Sobre as RAS, marque a alternativa **INCORRETA**.

a) Promovem a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.
b) Incrementam o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.
c) Caracterizam-se pela formação de relações verticais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).
d) Fundamentam-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, nível a partir do qual, se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.
e) Caracterizam-se 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.

25. A construção de redes temáticas é uma opção para estruturar e operacionalizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os sistemas de apoio, logísticos e de governança são comuns a todas as redes temáticas da Rede de Atenção à Saúde. Sobre esses sistemas, análise e marque a alternativa **CORRETA**.

a) Os sistemas logísticos são constituídos por 3 sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.
b) Os sistemas de apoio podem referir-se a pessoas, a produtos ou a informações e estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical.
c) A governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é constituída: pela identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; pelo prontuário clínico; pelo sistema de acesso regulado à atenção e por sistemas de transporte.
d) Os sistemas de apoio são feitos pelas Comissões Intergestores: Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual e nas regiões de saúde, Comissões Intergestores Regionais.
e) Os sistemas logísticos oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio.

26. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores e risco na população. Sobre os DDS analise as assertivas abaixo:

I. A análise dos determinantes sociais de saúde nos permite intervenções no sentido de ampliar políticas públicas que possam reduzir as iniquidades, desigualdades consideradas injustas, e avançar para políticas de saúde com mais equidade.
II. Para além do conceito epidemiológico de determinantes sociais de saúde como fatores de risco, é necessário ainda compreender a determinação social da saúde como um conceito mais ampliado e politicamente construído.

III. As relações entre determinantes sociais e saúde consistem em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distais (sociais, econômicos e políticos) e mais proximais (relacionados diretamente ao modo de vida), sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas.
IV. A saúde e o adoecer são experiências subjetivas e individuais, dificilmente descritas ou quantificáveis. Cabe aos profissionais da saúde reverem suas práticas, buscando entender que não basta trabalhar com as doenças, sendo necessário compreender o indivíduo com seus valores, significados objetivos únicos.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

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

27. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são temas cruciais para compreender as desigualdades em saúde e a importância de políticas públicas que promovam a equidade, sendo importante estabelecer as diferenças entre desigualdades e iniquidades em saúde. Nesse contexto, analise as assertivas abaixo e marque a **INCORRETA**.

a) As iniquidades em saúde referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça, sendo que esta interpretação varia entre as sociedades humanas.
b) As desigualdades, por traduzirem a forma como grupos sociais as percebem e interpretam, são mais difíceis de serem objetivamente investigadas, embora seja de extrema importância entendê-las.
c) As desigualdades referem-se àquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes, quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde.
d) As desigualdades em saúde são diferenças observáveis entre subgrupos de uma população, como por exemplo, de nível econômico, escolaridade, local de residência, sexo, entre outros.
e) As iniquidades em saúde envolvem mais do que apenas desigualdades e implicam num fracasso para evitar ou superar essas desigualdades. Elas têm suas raízes na estratificação social.

28. O estudo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é fundamental para profissionais da saúde, gestores públicos e demais interessados promoverem a saúde e a equidade das populações. Sobre a equidade e sua relação com os determinantes sociais em saúde, é **CORRETO** afirmar:

a) Os DSS não têm relação com a equidade em saúde.
b) A equidade em saúde busca garantir que todos tenham as mesmas condições de saúde, independentemente dos DSS.
c) A equidade em saúde busca reduzir as desigualdades em saúde, considerando os DSS.
d) A equidade em saúde é um conceito irrelevante para a discussão dos DSS.
e) A equidade em saúde é um conceito utópico e impossível de ser alcançado.

29. Conforme Barbosa *et all* (2013), a Política Nacional de Humanização tem como objetivo provocar inovações na produção de saúde, gestão e no cuidado, com ênfase na educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e na formação dos acadêmicos da área de saúde. O estudo foi realizado sobre a Política Nacional de Humanização e a educação de trabalhadores e alunos da área da saúde, no período de 2002 a 2010. Ainda, outros artigos apontam a necessidade de superação da concepção biologicista e valorização dos aspectos culturais dos usuários, pois apontam processos de trabalho marcados pela desvalorização dos trabalhadores e por usuários destituídos de seus direitos. A formação dos profissionais de saúde está pautada em serviços de saúde em que prevalece a padronização de condutas o que dificulta atitudes inovadoras. Assinale a alternativa que contenha **APENAS** a afirmativa INCORRETA.

a) A Política Nacional de Humanização prevê formação para os trabalhadores com encontros presenciais e atividades de ensino a distância, visando formar apoiadores institucionais para a Política Nacional de Humanização.
b) Pela Política Nacional de Humanização, a roda de conversa se constitui como uma estratégia educativa cujo objetivo é permitir que os trabalhadores no primeiro momento repensem suas práticas rotineiras.
c) A Política Nacional de Humanização, confere autonomia regional, assim permite que ocorram movimentos nos serviços de saúde em busca do seu afastamento e busca de outros valores.
d) Pela Política Nacional de Humanização, as inovações podem acontecer levando aos profissionais a oportunidade de discutir sobre atitudes e possibilidades dos usuários conhecerem seus direitos.
e) Pela Política Nacional de Humanização, contempla-se a necessidade da formação de trabalhadores com possibilidade de produzir novos preceitos e novas maneiras de se conformar a vida e o trabalho.

30. "Para implantar a Política de Humanização, um dos desafios é enfrentar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores". Considerando essa assertiva para a implantação da política, qual a alternativa **CORRETA**?

a) Uma Política de Humanização carece de atitudes inovadoras.
b) Uma Política de Humanização, de forma estratégica, ao menos enquanto se estrutura, prevê precarização e baixo investimento em educação permanente.
c) Uma Política de Humanização necessita de um modelo de gestão centralizado e vertical, para que possa se organizar.
d) Uma Política de Humanização compreende a impossibilidade dos trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho.
e) Uma Política de Humanização deve ser feita pelo o Ministério da Saúde, para que seja aplicada de modo uniforme no território nacional, garantindo acesso igualitário pelos trabalhadores do SUS.

31. A expressão: Humanização e o processo de trabalho pressupõe _____.
A incompletude da frase pode ser complementada pelas alternativas abaixo, **EXCETO,**

a) redes de cooperação e participação coletiva do processo de gestão.
b) trabalhadores corresponsáveis, estabelecendo laços solidários.
c) a constituição de uma rede de trabalhadores preparados para analisar e intervir nos seus espaços de trabalho.
d) protagonismo dos trabalhadores.
e) possível manutenção nas situações de trabalho.

32. Conforme Vasconcelos (2016), a Educação Popular é uma proposta teórica e prática de condução de processos pedagógicos, consolidada na América Latina a partir da década de 1960, que foi muito importante para a formação de lideranças do movimento político que tomou a frente do processo de criação do SUS e da luta por seu aprimoramento. Das afirmativas abaixo, assinale a **INCORRETA**.

a) A Educação Popular é uma pedagogia centrada na difusão compulsória de informações e condutas, realizada sem preocupação de renovação metodológica acrítica e que Paulo Freire denominaria de educação bancária.
b) A Educação Popular busca sua ampliação, seu aperfeiçoamento e sua construção cotidiana de modo integrado à dinâmica comunitária.
c) A Educação Popular fortalece o modo valorativo dos saberes, das práticas e das prioridades das pessoas em seus contextos territoriais.
d) A Educação Popular orienta repensar a formação dos profissionais de saúde.
e) A Educação Popular vem orientando inúmeras práticas de atenção em saúde e ações de movimentos sociais que se relacionam com os serviços.

33. A articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços de média e alta complexidade é fundamental para o funcionamento do SUS. Qual das alternativas abaixo melhor descreve a importância dessa articulação?

a) A ESF, por ser a porta de entrada do SUS, deve isolar os casos mais complexos, encaminhando-os diretamente para os serviços especializados, sem a necessidade de acompanhamento posterior.
b) A articulação entre os diferentes níveis de atenção garante uma assistência integral ao usuário, otimizando os recursos e evitando a sobrecarga dos serviços especializados.
c) A ESF, por ser a principal responsável pelo cuidado primário, não necessita da articulação com outros níveis de atenção, pois possui todos os recursos necessários para atender as demandas da população.
d) A articulação entre os diferentes níveis de atenção dificulta o acesso do usuário aos serviços de saúde, gerando burocracia e atrasos no atendimento.
e) A ESF deve priorizar o atendimento de casos simples, deixando os casos mais complexos para os serviços especializados, sem a necessidade de comunicação entre as equipes.

34. Ana, 25 anos, gestante de 28 semanas, procura a unidade de saúde da família queixando-se de fortes dores nas costas, inchaço nas pernas e dificuldade para dormir. Durante a consulta, a enfermeira percebe que Ana apresenta um ganho de peso acima do esperado e pressão arterial elevada. Considerando a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar, qual a conduta mais adequada a ser adotada pela equipe de saúde da família?

a) Encaminhar para um acompanhamento nutricional individualizado, orientar sobre exercícios físicos adequados para gestantes e encaminhar para fisioterapia e psicologia.
b) Prescrever medicamentos para dor e inchaço e orientar Ana a realizar repouso absoluto.
c) Agendar uma consulta com o médico para ajuste da medicação anti-hipertensiva e solicitar um exame de sangue para avaliar a função renal.
d) Solicitar um ultrassom obstétrico para avaliar o desenvolvimento fetal e encaminhar Ana para um especialista em dor.
e) Orientar Ana a procurar apenas um profissional de saúde mental para lidar com o estresse e a ansiedade da gravidez.

35. Uma equipe de Saúde da Família (ESF) acompanha Dona Joana, 75 anos, hipertensa e diabética. Durante uma visita domiciliar, a equipe observa que Dona Joana está com ferida no pé direito, edema e queixa de dor intensa. A ferida apresenta sinais de infecção e a paciente relata dificuldade para realizar os curativos adequadamente. Considerando o caso, qual a conduta mais adequada a ser adotada pela equipe de ESF?

a) Orientar Dona Joana a procurar atendimento em um serviço de pronto atendimento para avaliação e tratamento da ferida.
b) Realizar apenas o curativo na paciente, orientando-a sobre os cuidados em casa e agendar nova visita domiciliar.
c) Solicitar uma consulta com o médico da equipe para avaliação e prescrição de antibióticos.
d) Entrar em contato com o serviço de referência para agendar uma consulta com um especialista em feridas.
e) Orientar a paciente a procurar um serviço de pedicure para cuidar da ferida.

36. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), João, visita diariamente as famílias da sua área de atuação. Durante uma visita, encontra o Sr. Felipe, 68 anos, que se queixa de dores articulares intensas e dificuldade para realizar atividades do dia a dia. O Sr. Felipe é hipertenso e diabético, e utiliza diversos medicamentos. Ao conversar com a família, João observa que a casa é inadequada, com piso irregular e falta de barras de apoio no banheiro. Considerando o caso, qual a conduta mais adequada a ser adotada pelo ACS João?

a) Orientar o Sr. Felipe a procurar apenas o atendimento médico para avaliação das dores articulares.
b) Informar à equipe de saúde sobre a situação doSr. Felipe e solicitar uma visita multiprofissional.
c) Agendar uma visita domiciliar com a enfermeira da equipe para realizar os cuidados de enfermagem.
d) Orientar a família a realizar adaptações na casa para garantir a segurança do Sr. Felipe.
e) Solicitar um exame de imagem para investigar a causa das dores articulares.

37. A qualificação profissional na área da saúde é um processo contínuo e fundamental para a garantia da qualidade da assistência prestada à população. Nesse contexto, a Educação Permanente e a Educação Continuada emergem como conceitos centrais, embora apresentem nuances e objetivos distintos. Marque a alternativa que apresenta a principal diferença entre a Educação Permanente e a Educação Continuada no contexto da saúde.

a) A Educação Permanente é mais focada na atualização de conhecimentos, enquanto a Educação Continuada busca a transformação das práticas profissionais.
b) A Educação Continuada é um processo individualizado, enquanto a Educação Permanente é um processo coletivo e interdisciplinar.
c) A Educação Permanente é restrita aos profissionais da saúde, enquanto a Educação Continuada pode ser destinada a qualquer profissional.
d) A Educação Continuada está mais relacionada à formação inicial, enquanto a Educação Permanente se concentra na formação continuada.
e) A Educação Permanente é um processo formalizado e institucionalizado, enquanto a Educação Continuada é informal e espontânea.

38. A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho. Partindo dessa afirmação, assinale a alternativa que **NÃO** representa um princípio da EPS.

a) Aprendizagem contínua e cotidiana.
b) Relação entre teoria e prática, com foco na resolução de problemas concretos.
c) Fortalecimento do trabalho em equipe e da construção coletiva do conhecimento.
d) Desenvolvimento de habilidades técnicas, desconsiderando o aspecto humano da atenção à saúde.
e) Valorização da diversidade e da participação social.

39. Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), no nível estadual e local, a Gestão Federal lançou o PRO EPS-SUS, via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. De acordo com essa Portaria, analise as alternativas abaixo e marque a **INCORRETA.**

a) O objetivo do PRO EPS-SUS é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.
b) O planejamento das atividades do PRO EPS-SUS para os municípios e DF deverá estar disposto no Plano Municipal de Saúde, cabendo ao município detalhar as ações previstas para execução.
c) A Incorporação de estratégias que possam viabilizar as ações de EPS nos serviços de saúde, como as tecnologias de informação e comunicação e modalidades formativas que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde, pode ser considerada como uma diretriz do PRO EPS-SUS.
d) O repasse financeiro do EPS-SUS será direto aos municípios e DF, para ações de EPS nos territórios.
e) Os atores responsáveis pela discussão de EPS nos estados e DF têm como atribuição a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), os quais deverão ter: a previsão de duração de no mínimo dois anos; ser construído coletivamente pelo Estado e os Municípios e ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite.

40. Em relação à Política de Educação Popular em Saúde, Resolução nº 9, de 2 de dezembro de 2013, assinale a alternativa **INCORRETA**, quanto ao Eixo 1: Participação, Controle Social e Gestão Participativa.

a) A Política de Educação Popular em Saúde deve apoiar a implementação e fortalecimento de espaços de participação na saúde, com formas de organização e gestão orientadas pela educação popular em saúde.
b) A Política de Educação Popular em Saúde deve implementar instâncias (área técnica, comitê) de Educação Popular em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma articulada às políticas de promoção da equidade.
c) A Política de Educação Popular em Saúde deve fortalecer a articulação da Educação Popular em Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde.
d) A Política de Educação Popular em Saúde pretende findar a inserção das ações de Educação Popular em Saúde nos Planos Municipais de Saúde e Contratos Organizativos da Ação Pública em Saúde (COAP).
e) A Política de Educação Popular em Saúde deve estimular ações e processos de educação popular em defesa do SUS, da promoção da equidade e do direito à saúde.

41. A Resolução nº 9, de 2 de dezembro de 2013, estabelece 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), define que compete às Secretarias Estaduais de Saúde, **EXCETO**,

a) Definir estratégias e plano de ação para implementação do Plano Operativo da PNEP-SUS no âmbito estadual.
b) Extinguir o debate intersetorial junto aos Conselhos e espaços instituídos de controle social (nacional, estaduais e municipais) das políticas públicas.
c) Conduzir a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
d) Promover a inclusão do Plano Operativo da PNEP-SUS no Plano Estadual de Saúde.
e) Promover a inclusão do Plano Operativo da PNEP-SUS no Plano Plurianual (PPA).

42. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS e, em seu anexo, define conceitos essenciais que fundamentam a integração e o funcionamento coordenado dessas redes. Sobre os conceitos abordados no anexo da Portaria, analise as afirmativas a seguir:

(1) A "Rede de Atenção à Saúde" é caracterizada por sua capacidade de promover a integralidade do cuidado, sendo formada por pontos de atenção que atuam de maneira interdependente e articulada, organizados para atender à continuidade do cuidado dos usuários.
(2) O conceito de "Atenção Primária à Saúde" se refere ao primeiro nível de contato dos usuários com o SUS, sendo o principal coordenador do cuidado e único responsável por encaminhar os pacientes diretamente para serviços de maior complexidade.
(3) O "Ponto de Atenção à Saúde" é compreendido como qualquer unidade de atendimento que presta serviços de saúde à população, sem preocupação com coordenação com outros pontos da rede, mas que deve estar incluído na RENAME.
(4) A "Integralidade do Cuidado" é um dos princípios que orientam a RAS, sendo entendido como a necessidade de garantir ao usuário um atendimento que leve em consideração as múltiplas dimensões de suas necessidades de saúde, coordenando os diferentes níveis de atenção.

Marque a alternativa que contenha as afirmativas **CORRETAS**.

a) Apenas 1 e 4.
b) Apenas 2 e 3.
c) Apenas 1 e 3.
d) Apenas 2 e 4.
e) Apenas 1, 3 e 4.

43. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece princípios fundamentais para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, os quais têm como objetivo promover uma rede de cuidados integrada, eficiente e centrada no usuário. Com base nos fundamentos da RAS expostos na Portaria, analise as afirmativas a seguir:

(1) A RAS visa implementar uma abordagem centrada na integralidade do cuidado, com ênfase na continuidade do atendimento entre diferentes níveis de atenção, promovendo um sistema articulado e sem fragmentação.

(2) A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o núcleo estratégico da RAS, desempenhando o papel de coordenadora do cuidado e integradora dos diferentes níveis de atenção, garantindo que o paciente não necessite passar por serviços de alta complexidade.
(3) Um dos fundamentos da RAS é a descentralização administrativa dos serviços, permitindo que cada ponto de atenção funcione de forma independente e autônoma para melhor atender às necessidades locais e especializadas de cada unidade de saúde.
(4) A RAS busca garantir a centralidade do cuidado no indivíduo, o que significa oferecer um atendimento personalizado, considerando as particularidades de cada paciente e adaptando o serviço às suas necessidades específicas.

Marque a alternativa que contenha as afirmativas **CORRETAS**.

a) Apenas 1 e 4.
b) Apenas 2 e 3.
c) Apenas 1, 2 e 4.
d) Apenas 3 e 4.
e) Apenas 2, 3 e 4.

44. A Lei Orgânica da Saúde e a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) conferem à Vigilância Sanitária um papel abrangente na proteção da saúde pública. Considerando as atribuições e o escopo de atuação da Vigilância Sanitária, analise as assertivas abaixo.

(1) A Vigilância Sanitária abrange o controle de todos os bens e serviços, que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, incluindo a etapa de pós-consumo, visando a eliminação e a prevenção de riscos.
(2) A ANVISA possui atribuição exclusiva para regulamentar e fiscalizar alimentos, medicamentos, produtos de higiene pessoal e saneantes, mas não abrange serviços de diagnóstico ou atividades de engenharia genética, sobre os quais cabe regulamentação e fiscalização pela ANS.
(3) Entre os objetivos do SNVS, está a implementação de uma rede de monitoramento pós-comercialização, destinada à avaliação contínua dos riscos sanitários de produtos médicos e hospitalares, como parte do Projeto Hospitais Sentinela.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

a) Apenas 1 é verdadeiro.
b) Apenas 3 é verdadeiro.
c) Apenas 1 e 3 são verdadeiros.
d) Apenas 2 e 3 são verdadeiros.
e) 1, 2 e 3 são verdadeiros.

45. A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi um marco no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), permitindo maior autonomia e capacidade de regulamentação. Com base na Lei nº 9.782/99 e no contexto do SNVS, analise as assertivas a seguir:

(1) A ANVISA possui a competência exclusiva de regulamentar, controlar e fiscalizar todos os produtos e serviços que envolvem risco à saúde pública, incluindo medicamentos, alimentos, cosméticos e produtos hospitalares.
(2) O Termo de Ajuste e Metas é um instrumento jurídico utilizado para pactuar responsabilidades e compromissos entre os gestores do SUS e tem como um de seus principais objetivos fortalecer o SNVS por meio do apoio técnico e financeiro às unidades federativas.

(3) O Projeto Hospitais Sentinela, desenvolvido pela ANVISA, visa monitorar eventos adversos e queixas técnicas, contribuindo para a segurança sanitária e para a regulação do mercado de produtos de saúde.

A partir das informações apresentadas, identifique as afirmativas **CORRETAS**.

a) Apenas 1 é verdadeiro.
b) Apenas 2 é verdadeiro.
c) Apenas 1 e 3 são verdadeiros.
d) Apenas 2 e 3 são verdadeiros.
e) 1, 2 e 3 são verdadeiros.

46. Maria, 45 anos, chegou cedo à UPA, queixando-se de dores abdominais moderadas e náuseas. Após passar pela triagem, foi classificada como caso de risco baixo, sendo orientada a aguardar atendimento; contudo, pouco depois, um paciente, vítima de politrauma grave, deu entrada na unidade, sendo classificado como prioridade máxima, o que exigiu atendimento imediato da equipe de emergência. Devido à gravidade do novo caso, Maria teve seu atendimento postergado e foi atendida somente após a estabilização do paciente politraumatizado. Ao ser avaliada, Maria foi diagnosticada com gastrite aguda e recebeu o tratamento adequado, tendo sido encaminhada para seguimento do seu caso na Unidade Básica de Saúde. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, a conduta respeitou diretamente o princípio do SUS denominado:

a) Integralidade.
b) Igualdade.
c) Universalidade.
d) Imparcialidade.
e) Equidade.

47. João, 52 anos, funcionário de uma fábrica, chegou à UPA com sintomas de intoxicação por produtos químicos após um acidente no local de trabalho. Durante o atendimento, foi constatado que, o acidente ocorreu por falhas nas medidas de segurança da empresa. Além disso, a família de João não estava ciente das condições de risco a que ele era exposto diariamente.
Considerando as disposições legais acerca da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), analise as afirmativas a seguir.

I. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
II. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
III. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam, exceto no que se refere às ações de urgência e emergência.

Está **CORRETO** somente o que se afirma em:

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

48. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Brasil enfatiza uma abordagem intersetorial e multidisciplinar para enfrentar o impacto desses eventos na saúde pública. Dentro desse contexto, analise as afirmativas a seguir sobre as diretrizes e ações propostas pela política e assinale a alternativa **CORRETA**.

I. A política prioriza a criação de ambientes saudáveis e seguros, além de reforçar a corresponsabilidade da população na prevenção de acidentes e violências, incluindo o estímulo a comportamentos não violentos.
II. O atendimento pré-hospitalar é uma medida opcional na política, destinada principalmente a áreas urbanas com alta concentração populacional, não sendo priorizado para municípios de menor porte, sendo responsabilidade constitucional dos municípios de maior porte.
III. Para assegurar a recuperação e reabilitação de vítimas de acidentes e violências, a política propõe a organização de uma rede regionalizada de atendimento, que inclui assistência multiprofissional e apoio às famílias das vítimas.
IV. A capacitação de profissionais da saúde e de outras áreas, como educação e segurança pública, é um ponto central da política, que incentiva o desenvolvimento de currículos especializados em atendimento de emergência.

a) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
b) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
c) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
d) Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.
e) Todas as afirmativas estão corretas.

49. O Projeto Terapêutico se refere a casos clínicos, os quais podem ser precários ou integrais, estritamente biomédicos ou também acolhedores, ainda, pode assumir diferentes modos de configuração da clínica e do cuidado. Sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) torna-se fundamental que se estabeleça um plano terapêutico que seja executado de forma multiprofissional na relação com o usuário. Pelo processo de trabalho do projeto terapêutico singular, pretende-se encontrar explicações acerca do processo saúde-doença de uma pessoa e, principalmente, indicar caminhos para o cuidado de casos complexos ou difíceis. Considerando as informações compartilhadas assinale a alternativa **CORRETA**.

a) PTS é um exercício concentrado exclusivamente em diagnósticos oficiais, pois garante resultados baseados em evidências.
b) O PTS se baseia em doenças consagradas e desconsidera os problemas de saúde a serem enfrentados, diminuindo a possibilidade de erro médico.
c) Não pressupõe construção coletiva, pois o plano terapêutico se torna mais seguro quando elaborado somente pela equipe de saúde, em geral por um(a) único(a) profissional, especialista no núcleo de saber em questão.
d) Um PTS não pode ser elaborado para um caso considerado simples ou comum, deve sempre ser a escolha de se fazer um PTS para um caso complexo e desafiador.
e) Para compor um PTS, devem contemplar o contexto de vida e trabalho, a situação econômica, a história de vida, a situação familiar, as crenças, os desejos, as convicções, as frustrações, enfim, tudo aquilo que tem relação com a saúde, ou que dá sentido à saúde na vida.

50. Considere os relatos que estão na tabela e os aspectos que caracterizam o Projeto Terapêutico Singular, descritos no enunciado da questão anterior, para analisar"reflexões profissionais"apontadas ao final, como verdadeiras ou falsas:

Relatos de usuárias de serviços de UBS e seus territórios de abrangência	
Usuária A	"Sou uma pessoa muito agitada, muito, muito. Agora eu consigo, com a meditação, parar, eu consigo recuar. Porque quem é muito agitado e quer resolver de qualquer jeito não resolve da melhor maneira, né? Você tem que esperar o outro querer e decidir também (...) por ser uma pessoa muito agitada, às vezes a gente 'atropela' (...) acho que eu consigo, agora, enxergar e analisar. Meditar faz a gente se enxergar como ser humano" (EBM, Meditação, atividade interna, unidade R).
Usuária B	"A gente fica com a mente diferente. Porque não fica pensando só naqueles problemas que a gente já passou, naqueles que tá passando, então você consegue se desligar de alguns problemas e se voltar um pouco para si, porque às vezes nós nos esquecemos, deixamos de movimentar nosso corpo, de usar nossa mente" (EAC, Lian Gong, igreja, unidade V).
Usuária C	"No começo eu ainda sentia dores, né? Eu andava com bengala, tenho artrose nos dois joelhos (...) aí eu comecei a praticar (...) e eu aplico [recebe aplicações de medicamento] uma vez por semana (...). A [médica da UBS] indica pra gente fazer o Qi Gong, ela indica muitos pacientes dela; é que eu, como passo pela psicóloga [da UBS], então ela que me indicou, mas a doutora apoia (...). Resolveu bastante pra mim; depois de uns três meses eu deixei a bengala" (EL, Qi Gong, atividade interna, unidade T).

Projeto Terapêutico Singular
O projeto terapêutico se refere a casos clínicos, os quais podem ser precários ou integrais, estritamente biomédicos ou também acolhedores, ainda, pode assumir diferentes modos de configuração da clínica e do cuidado. Sobre o projeto terapêutico singular (PTS) torna-se fundamental que se estabeleça um plano terapêutico que seja executado de forma multiprofissional na relação com o usuário. Pelo processo de trabalho do projeto terapêutico singular, pretende-se encontrar explicações acerca do processo saúde-doença de uma pessoa

I. ( ) Muitas vezes não sabemos de fato o que está mesmo em jogo naquela vida e acabamos por repetir rótulos como "resistente" ou "refratário", atitude que recobre tudo o que ele é para nós, porque já traçamos um "perfil provisório" do usuário. **Reflexão 01.**

II. ( ) Somente relações terapêuticas mediadas pelo compartilhamento e acolhimento de tais falas podem abrigar reposicionamentos de uns com relação aos outros, pois abre-se espaço para as singularidades. **Reflexão 02.**

III. ( ) A ideia de sujeito então dá vida ao indivíduo, que agora é passivo, é apenas um "objeto" que sofre a ação. **Reflexão 03.**

IV. ( ) O singular neste caso está ligado a uma subjetividade, isto é, uma forma específica de significar e interagir com o mundo. **Reflexão 04.**

V. ( ) O singular significa que o projeto terapêutico será formulado considerando a subjetividade da pessoa e os processos de subjetivação que ela vive, e para ter possibilidade de acerto, precisa ser sempre compartilhado com ela. **Reflexão 04.**

Assinale a alternativa **CORRETA**.

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

51. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências estabelece diversas diretrizes para monitoramento e prevenção de acidentes e violências no Brasil. Sobre as ações previstas na política, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) A política prevê a criação de um sistema nacional padronizado para coleta de dados de atendimento hospitalar, incluindo os atendimentos em pronto-socorro e ambulatórios, com o objetivo de melhorar a vigilância epidemiológica de acidentes e violências.
b) As ações preventivas e de sensibilização da política estão restritas às áreas de saúde e segurança pública, devido à complexidade de monitorar outros setores.
c) A política desestimula a criação de consórcios intermunicipais, pois considera que a estrutura de atendimento em saúde deva ser organizada unicamente em âmbito estadual.
d) A Política Nacional enfatiza a importância do atendimento pré-hospitalar, mas considera o atendimento hospitalar e a reabilitação secundários, focando prioritariamente em ações de prevenção.
e) A política não abrange ações para capacitação de profissionais da saúde, uma vez que se foca mais nas estruturas de atendimento do que na formação de profissionais.

52. De acordo com a Lei nº 7508/2011, o planejamento em saúde deve ser regionalizado para atender às necessidades específicas das populações locais. O indicador de saúde mais adequado para avaliar a eficácia da regionalização no atendimento ao SUS é:

a) Taxa de cobertura da Atenção Básica.
b) Índice de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.
c) Percentual de atendimentos de média e alta complexidade realizados fora da região de residência do paciente.
d) Número de Centro de Atenção Psicossocial em cada município.
e) Percentual de partos realizados por cesariana.

53. A Lei nº 7508/2011 prevê a elaboração de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) para definir responsabilidades e metas entre os entes federativos. Destaca-se que, um dos indicadores que podem ser utilizados para monitorar o cumprimento das metas estabelecidas no COAP é:

a) Taxa de abandono do tratamento de tuberculose.
b) Número de atendimentos em pronto-socorro.
c) Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito.
d) Índice de vacinação contra gripe em crianças de até 5 anos.
e) Percentual de realização de exames preventivos de câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos.

54. Segundo Minayo (2006), o território em saúde é um lugar de entendimento do processo de adoecimento, em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e as significações culturais. Sobre o processo de territorialização em saúde, marque a alternativa que **NÃO** condiz com esse processo.

a) A territorialização em saúde se restringe à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde.
b) A territorialização em saúde é um processo de habitar e vivenciar um território.
c) A territorialização em saúde é uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populares.
d) A territorialização em saúde é um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.).
e) A territorialização em saúde é um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

55. Uma das primeiras atividades da nova turma de residentes em saúde da família é o processo de territorialização em saúde. Considerando o processo de territorialização em saúde, analise as assertivas abaixo:

I. No processo de territorialização em saúde, o diagnóstico permitirá que a equipe de saúde identifiqueos problemas do território onde atuam, a partir dos quais realizarão o planejamento das ações. Mas, pode acontecer o inverso: que a equipe identifique problemas e depois faça a territorialização para buscar as soluções correspondentes, a partir da compreensão deles no contexto do território.
II. No processo de territorialização em saúde, os formulários permitem a padronização da coleta dos dados, facilitando sua sistematização e análise. Esses instrumentos são padronizados e devem ser seguidos na íntegra em todos os territórios de saúde, sem modificações ou adaptações, isso garante a forma uniforme da territorialização.
III. O movimento do território é dinâmico, por isso não há a necessidade de ser observado e analisado permanentemente, para que se percebam suas transformações e relações.
IV. O processo de territorialização em saúde deve ocorrer concomitante com as demais atividades da equipe de saúde. Pense que, ao sair no território para realizar uma visita domiciliar, por exemplo, você já pode coletar e registrar informações a partir da sua observação durante o trajeto.

Estão **CORRETOS,** apenas, os itens:

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

56. As Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC), também denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), constituem um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que abrange tradições de cuidado de diferentes culturas, bem como práticas complementares que não fazem parte destas tradições. A incorporação dessas medicinas e práticas aos sistemas nacionais de saúde é objeto de uma estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS), e corresponde, no Brasil, à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Considerando a PNPIC supracitada e o contexto atual, assinale a alternativa **INCORRETA.**

a) Um de seus fundamentos é a coexistência de diferentes racionalidades médicas na sociedade contemporânea, existindo diferentes paradigmas do Oriente e Ocidente.
b) A PNPIC abrange três sistemas complexos, respectivamente: Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Medicina Antroposófica.
c) As práticas corporais das PICs acrescentam a perspectiva da unicidade corpo-mente.
d) As práticas meditativas estão presentes nas PICs, têm origens diversificadas e caracterizam-se por procedimentos regulares e definidos na produção de relaxamento psicofísico e aprendizado voltado à prática autônoma.
e) A PNPIC baseou-se no paradigma da normalidade/patologia, está ligada à priorização de abordagens medicamentosas e cirúrgicas, excluindo as medicinas ditas holísticas, referidas ao paradigma da vitalidade, contudo comportam uma multiplicidade de outras práticas de cuidado e autocuidado.

57. Conforme Galvanese (2017), quando pesquisadores se propõem a utilizar práticas corporais e meditativas associadas à promoção da saúde em um contexto da atenção primária em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se narrativas de profissionais entrevistados atribuindo suas produções práticas, tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como em espaços do território, às convergências entre seus percursos formativos profissionais/complementares às iniciativas políticas municipais, de formação e educação continuada em Práticas Integrativas e Complementares (PICs). De acordo com o contexto, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) O acesso a bens culturais é facilitado pelo próprio contexto de realização dos grupos. Mesmo nessas ocasiões, o trabalho de acompanhar a apropriação desses bens pelos praticantes é incorporado às práticas por meio de momentos de conversa.
b) O apoio à criação de laços de convivência foi oferecido intencionalmente em práticas abertas à participação comunitária e caracterizadas pelo emprego de linguagens lúdicas. Nessas ocasiões, as relações entre os praticantes são favorecidas pela música ou dança e foram trabalhadas nos encontros por meio de vivências de sinergia e harmonização intencional de movimentos.
c) O termo “práticas corporais” referem-se a um conceito em construção, que abarca a perspectiva do cuidado ampliado, ao integrar às abordagens do corpo suas dimensões culturais, sociais, lúdicas, de autoconhecimento e de crítica aos modos de vida contemporâneo, assim descrita na PNPS (Política Nacional de Promoção a Saúde).
d) A percepção corporal, a exploração das possibilidades de movimento, a sinergia com o grupo e a sintonia com a música são observadas também em práticas que abordaram as relações entre saúde, cultura e cidadania.
e) Sobre as PICs, foi identificado por meio de narrativas dos profissionais e fragmentos as seguintes práticas: Qi Gong, Lian Gong, Tai Chi; assim como, Yoga e Meditação, ancorados em sistemas filosóficos próprios. Ademais, identificou-se danças Circulares, com tradições de movimento de vários povos; Capoeira, patrimônio cultural imaterial de raiz afro-brasileira; Eutonia e Método Feldenkrais, criados em resposta a limitações de perspectivas da medicina diante de alguns problemas de saúde.

58. O Brasil regulamentou e expandiu o uso de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a qual tem sido implementada na Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza por um conjunto de ações, individuais ou coletivas, envolvendo a manutenção; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a promoção e a proteção da saúde; e a prevenção de agravos, visando redução de danos ou de sofrimentos que prejudiquem as chances de viver de modo saudável. Assim, espera-se que os sujeitos na APS sejam considerados na sua singularidade, integralidade, complexidade e para além. Baseado nessa assertiva, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) A APS amplia a corresponsabilidade dos indivíduos quanto ao cuidado da sua saúde.
b) A APS pressupõe a qualificação do acolhimento, a construção do vínculo entre profissional e usuário.
c) Cabe à APS momentos de orientação quanto a hábitos de vida saudáveis
d) No âmbito da APS, deve-se promover a autonomia com o incentivo ao autocuidado
e) A APS deve se distanciar da inserção sociocultural, em benefício das técnicas baseadas em evidências científicas.

59. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), disposta no Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), define: Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) A PNSTT avança para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador.
b) A PNSTT avança na transversalidade das ações de saúde do trabalhador, mas o trabalho não é considerado como um dos determinantes do processo saúde-doença.
c) A PNSTT avança para a ênfase na vigilância.
d) A PNSTT visa a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores.
e) A PNSTT avança na redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

60. Sobre a organização das ações de saúde direcionadas ao(à) trabalhador(a), nas diversas instâncias da rede SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) O processo saúde-doença dos(as) trabalhadores(as) é construído socialmente.
b) O(a) trabalhador(a) é sujeito da saúde e possui saberes e conhecimentos sobre seu trabalho e sobre as repercussões deste sobre sua saúde, que devem ser considerados no planejamento e na execução das ações de saúde.
c) É dispensável a participação dos(as) trabalhadores(as), da comunidade e do controle social em todas as instâncias e etapas da organização das ações e serviços de saúde.
d) A integralidade das ações de saúde pressupõe que as ações preventivas e curativas são indissociáveis, porém com primazia das ações de promoção e da vigilância em saúde.
e) A articulação intra e intersetorial das políticas e práticas de saúde na perspectiva da transversalidade é fundamental para a garantir cuidado resolutivo e de qualidade.