

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

01. Sobre o processo que resultou na criação do SUS, analise as afirmativas abaixo:

- I. A articulação de vários setores da Sociedade Civil, organizada a partir da metade dos anos 70 do século XX, foi responsável pelo processo político que resultou na criação do SUS.
- II. Os sucessivos Governos brasileiros da segunda metade da década de 70 e dos anos 80 do século XX são responsáveis pelas formulações, que resultaram na criação do SUS.
- III. O processo que resultou na criação do SUS foi um movimento acadêmico iniciado na 8ª Conferência Nacional de Saúde sob a liderança de Sérgio Arouca que se completou em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal.
- IV. O CEBES, a ABRASCO e o MOPS foram três dos principais Coletivos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.
- V. A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência teve um importante papel no processo da reforma sanitária que resultou na criação do SUS.

Estão CORRETAS

- A) I, III e V. B) I, II e III. C) I, IV e V. D) II, III e IV. E) II, III e V.

02. Sobre a Reforma Sanitária, analise as afirmativas abaixo:

- I. A reforma sanitária foi o projeto que objetivou especificamente a criação do SUS.
- II. Além de formular o SUS, a reforma sanitária brasileira visou modificar um campo de conhecimentos.
- III. A concepção ampliada de saúde e o significado de direito à saúde, bem como as propostas de princípios e diretrizes para uma nova instituição de saúde são constituintes do projeto da reforma sanitária brasileira.
- IV. No âmbito institucional, a construção do projeto da reforma sanitária buscou confrontar os problemas de insuficiência, má distribuição, ausência de coordenação, inadequação, ineficiência e ineficácia, características do Sistema Nacional de Saúde.
- V. O projeto da reforma sanitária ocupou a centralidade das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e inspirou a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde.

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) II, III, IV e V. B) I e II. C) I. D) I e IV. E) I, III e V.

03. Sobre a organização da atenção à saúde antes de 1988, analise as afirmativas abaixo:

- I. O Instituto Nacional da Previdência Social foi o primeiro sistema de saúde criado no Brasil mediante a Lei Eloy Chaves e como resultado das lutas sociais dos trabalhadores das ferrovias.
- II. O primeiro sistema de saúde, embora não tenha preconizado a universalidade de acesso aos serviços de todos os níveis de assistência, postulava a integralidade na atenção à saúde.
- III. As Caixas e os Institutos de Aposentadoria e Pensões, bem como o Instituto Nacional da Previdência Social foram as organizações criadas na segunda, terceira e sexta décadas do século XX para atendimento exclusivo às pessoas portadoras de carteira profissional.
- IV. A seletividade na definição da cobertura assistencial e a fragmentação da assistência foram algumas das características contra as quais o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se levantou de maneira crítica, ao mesmo tempo em que propôs a criação do SUS.
- V. Antes do SUS, foi criado o Sistema Nacional de Saúde e, com este, programas de cobertura assistencial que propiciaram acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) II e V.
 B) I e IV.
 C) IV e V.
 D) II e III.
 E) I, III e IV.

04. Quanto às definições constitucionais relacionadas ao SUS, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A Constituição Federal de 1988 autoriza tanto o Estado quanto o Mercado a atuar na assistência à saúde.
- II.** Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS deve ser constituído, exclusivamente, de serviços públicos.
- III.** A Constituição Federal de 1988 trata a atenção à saúde como de relevância pública.
- IV.** A Constituição Federal de 1988 define o SUS como responsável direto pela formulação e execução das ações de saneamento.
- V.** Um dos preceitos constitucionais concernentes à atribuição do SUS é a responsabilidade direta pela formulação e execução das ações de proteção ao meio ambiente.

Estão CORRETAS

- A) I e V. B) II e III. C) IV e V. D) I e III. E) III e IV.

05. Considerando o que é preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8080/90 sobre a organização das ações e serviços, analise as afirmativas abaixo:

- I.** Um serviço que propicia as devidas informações sobre a condição/situação de saúde a uma pessoa ou a um coletivo demonstra uma prática que se fundamenta no princípio da integralidade.
- II.** A organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, é um dos princípios fundamentais da organização dos serviços do SUS.
- III.** O princípio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, potencializa o princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, principalmente quanto à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- IV.** A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral é um princípio, que fundamenta a organização humanizada das ações e serviços de saúde.
- V.** O longo tempo de espera dos usuários para um serviço de referência é um problema, que afeta negativamente a continuidade assistencial e atesta um distanciamento do princípio da equidade.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, II e V. B) II, III, IV e V. C) I, IV e V. D) I e III. E) III, IV e V.

06. Sobre as corretas relações entre os princípios que fundamentam a organização da assistência à saúde, leia as assertivas abaixo:

- I.** A regionalização e a hierarquização para organização da rede de serviços de saúde estão diretamente articuladas ao princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e, portanto, dissociado do princípio da integralidade da assistência.
- II.** A condição indispensável para a aplicabilidade do princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie exige a efetivação do princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem o qual se configura a situação de exclusão.
- III.** O princípio da integralidade de assistência deve ser entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- IV.** A adequada regionalização e hierarquização para organização da rede de serviços de saúde adquirem maior potência, quando é precedida pelo princípio da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
- V.** A adoção do princípio da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática é extremamente importante para a organização de serviços de acordo com o princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, mas irrelevante para o princípio que fundamenta a organização das redes de serviços de saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, IV e V. B) I e III. C) II, III e IV. D) I, II e III. E) III e IV.

07. Sobre a organização das ações e serviços de saúde, analise as afirmativas abaixo:

- I. A organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde tem, no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, criado pelo Decreto 7508/11 um instrumento, que se orienta pelo princípio da descentralização político-administrativa e pelo princípio que se expressa em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- II. A potencialidade do COAP é legalmente conferida pelo artigo 199 da Constituição Federal de 1988 cujo teor é o da orientação à conformação do sistema de saúde para superar a fragmentação assistencial que se estende desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão.
- III. O artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde vincula o COAP necessariamente ao princípio da integralidade da assistência de maneira a ser possível a sua operacionalização pela Comissão Intergestores Regional.
- IV. Uma dificuldade à regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde é dada pela relação antagônica entre o arranjo institucional de gestão compartilhada preconizada pelo decreto 7508/11 e o princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- V. A Comissão Intergestores Regional tanto deve ser formuladora quanto avaliadora da execução do COAP; essa avaliação deve ser registrada no Relatório de Gestão e ser objeto de apreciação e acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, II e III. B) I, IV e V. C) III e IV. D) I, III e V. E) I e V.

08. Sobre o planejamento do SUS, analise as afirmativas abaixo:

- I. O COAP é o instrumento de planejamento que registra e celebra o acordo entre gestores do SUS para a definição de regiões de saúde cujos principais critérios são: estar na mesma Unidade Federativa, possuir serviços de atenção primária, atenção psicossocial, urgência e emergência.
- II. Para a definição das regiões de saúde, é de fundamental importância que se tenha uma descrição geográfica da distribuição das ações, serviços e das pessoas que neles trabalham, e também da capacidade instalada, dos investimentos necessários e o desempenho a partir dos indicadores de saúde.
- III. De acordo com o Decreto 7508/11, a elaboração do COAP deve ser feita em sequência ao planejamento regional integrado, a partir dos planos de saúde de cada instância gestora envolvida no processo de criação de uma região de saúde.
- IV. As etapas de elaboração do COAP são as seguintes: elaboração do mapa da saúde; definição das ações e serviços de saúde e das responsabilidades pela referência e contrarreferência do usuário; definição dos medicamentos; pactuação das metas, das responsabilidades de cada gestor e das responsabilidades orçamentárias e financeiras.
- V. Um dos aspectos mais importantes ao desenvolvimento do SUS é a possibilidade de os pequenos municípios integrem o COAP de uma região de saúde, sem possuir ações e serviços de atenção primária.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, III e IV. B) II, III e IV. C) I e IV. D) I e II. E) I e V.

09. Sobre o processo histórico da Atenção Básica, analise as afirmativas abaixo:

- I. O mecanismo administrativo financeiro instalado entre os anos de 1982-83, chamado de Ações Integradas de Saúde, propiciou a criação e o desenvolvimento de vários programas, como também o fortalecimento de outros existentes nas Unidades Básicas.
- II. O Programa Saúde da Família foi o primeiro arranjo institucional no âmbito do SUS, ou seja, em 1990, criado pelo Ministério da Saúde para responder a uma emergência causada por uma epidemia de cólera na Amazônia.
- III. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários para enfrentar, com sucesso, os problemas relacionados à mortalidade infantil em algumas áreas do Nordeste brasileiro.
- IV. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, a partir do êxito do PACS e da urgência para enfrentar os graves problemas decorrentes da ausência de profissionais em muitos municípios brasileiros.
- V. As Equipes de PSF, constituídas nos anos iniciais do Programa, eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, II e III. B) I, II e IV. C) I e III. D) I e II. E) I, III, IV e V.

10. Leia as assertivas abaixo que dizem respeito ao processo histórico da Atenção Básica:

- | |
|--|
| <p>I. A mudança administrativa ocorrida em 1993 permitiu ao PSF sair da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.</p> <p>II. Quando o PSF passou a ser financiado pela tabela de procedimentos do SIA-SUS, começou a perder o caráter de programa para adquirir o de estruturador e instrumento de reorganização da atenção básica em particular e do SUS como um todo.</p> <p>III. O êxito tanto do PSF quanto do PACS na resolução dos problemas de saúde concorreu para a mudança da norma operacional básica em 1996 e, com ela, a criação da forma de financiamento que considera o quantitativo total dos habitantes do município, segundo os dados do IBGE. Essa forma de financiamento foi denominada de piso da atenção básica e concorreu para o fortalecimento e expansão do PSF.</p> <p>IV. Em 1998, o DataSUS criou o Sistema de Informação da Atenção Básica para ser usado no cadastro, famílias vinculadas às Equipes do PSF a fim de coletar e processar dados concernentes a esse cadastro, a condições de moradia e saneamento, à situação de saúde, à produção e composição das equipes de saúde, tendo como orientação teórica os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária.</p> <p>V. O Programa de Saúde Bucal, criado em 2001, ampliou a potência de ofertas de serviços do PSF; em 2006, foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, foram criadas as Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.</p> |
|--|

Estão CORRETAS

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| A) I e II, apenas. | D) I, II, III, IV e V. |
| B) II e IV, apenas. | E) III e V, apenas. |
| C) II, III, IV e V, apenas. | |

11. A PNAB 2011 e a PNAB 2017 estão expressas nas assertivas abaixo:

- | |
|--|
| <p>I. A aplicabilidade do princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, possibilita a efetivação da regionalização e hierarquização para organização da rede de serviços de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade de verificação do grau da universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.</p> <p>II. A territorialização, estabelecida nas portarias PNAB 2488/2011 e 2436/2017, dá o sentido às Equipes de Saúde da Família para a possibilidade de verificação da efetivação dos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, da igualdade da assistência à saúde e da integralidade da assistência.</p> <p>III. As Portarias PNAB 2488/2011 e 2436/2017 apresentam distinções substanciais quanto aos princípios, diretrizes e funções na rede de atenção à saúde.</p> <p>IV. A PNAB 2436/17 supera o caráter de indeterminação da Portaria 2488/2011 quanto à composição da Equipe multiprofissional em saúde da família.</p> <p>V. Enquanto a PNAB 2488/2011 apenas definiu os conceitos e as competências das Equipes do NASF, a PNAB 2436/17 também previu modalidades e cargas horárias dos profissionais.</p> |
|--|

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- | | | | | |
|------------|---------------|-------|------------|--------------|
| A) I e IV. | B) I, IV e V. | C) V. | D) I e II. | E) III e IV. |
|------------|---------------|-------|------------|--------------|

12. Sobre as PNABs 2011 e 2017, analise as afirmativas abaixo:

- | |
|--|
| <p>I. A normatização da organização dos fluxos de um contínuo assistencial, instituída tanto pela PNAB 2488/11 quanto pela Portaria PNAB 2436/17, favorece uma importante condição ao plano municipal de saúde para a elaboração do planejamento integrado e, conseqüentemente, ao COAP.</p> <p>II. A responsabilidade comum às gestões do SUS das três esferas de governo com o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, conforme preceito da PNAB 2436/17, contribui para a elaboração do COAP.</p> <p>III. As Secretarias Municipais de Saúde são prioritariamente responsáveis pela criação e organização das ações e serviços da atenção básica. A PNAB 2436/17 também define para os gestores dessa esfera de governo a responsabilidade pela divulgação periódica dos relatórios de indicadores da atenção básica, com o intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação.</p> <p>IV. A PNAB 2436/17 amplia a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, ao definir que estas elaborem a organização do fluxo das pessoas, inserindo-as numa linha de cuidado assistencial.</p> |
|--|

- V. A PNAB 2436/17 extinguiu os padrões essenciais e ampliados para as ações e serviços que haviam sido definidos pela PNAB 2488/11, considerando o vácuo quanto à definição de ambos os parâmetros.

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

- A) I e II.
 B) I, II e III.
 C) III e IV.
 D) III.
 E) III e V.

13. Sobre as PNAB e a Vigilância da Saúde, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A atividade de cadastramento de famílias e seus membros pelos Agentes Comunitários de Saúde, preconizada pelas PNABs de 2011 e de 2017, é de fundamental importância para a produção de análises que subsidiem o planejamento, o estabelecimento de prioridades e estratégias, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pública, portanto a vigilância da saúde.
- II.** De igual importância para a vigilância da saúde, é a ação de realização da busca ativa e de notificação de doenças, de agravos de notificação compulsória, de outros agravos e situações de importância local que deve ser realizada por todos os profissionais, segundo os instrumentos normativos acima mencionados;
- III.** As atividades de acompanhamento de grupos populacionais expostos a riscos ambientais por profissionais de uma Equipe de Saúde da Família ou de Unidades de Atenção Básica também se constituem em ações da vigilância da saúde.
- IV.** As atividades dos profissionais de uma Equipe de Saúde da Família ou de Unidades de Atenção Básica em programas que tomam as doenças crônicas não transmissíveis como objeto de trabalho também possuem elementos constitutivos da vigilância da saúde.
- V.** A operacionalização de ações do âmbito da Vigilância da Saúde na atenção básica não foi preconizada pela PNAB 2488/11, e sim pela PNAB 2436/17.

Estão **CORRETAS** apenas

- A) I, II e V.
 B) II e V.
 C) I, III, IV e V.
 D) I, II, III e IV.
 E) I, III e V.

14. Leia as assertivas abaixo que tratam da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

- I** A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma especificidade do SUS, que se desdobra da atribuição de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde definida no artigo 200 da Constituição Federal de 1988.
- II.** A organização das atividades administrativas e operacionais para a instituição da Política Nacional deve ser orientada pelo princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, que fundamenta as diretrizes da descentralização tanto no sentido da municipalização quanto da regionalização.
- III.** As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço dirigem as suas atividades, exclusivamente para os municípios, como preceitua a Constituição Federal de 1988 no artigo 200 que trata das atribuições do SUS.
- IV.** Educação Permanente também é um termo que exprime um conceito pedagógico equivalente ao conceito de educação continuada praticada antes do SUS.
- V.** Estudos reflexivos voltados para o fortalecimento do SUS conceituam a educação permanente em saúde nas relações que se estabelecem entre a gestão, a atenção à saúde, o controle social e o ensino.

Estão **CORRETAS** apenas

- A) I, III e V.
 B) II e IV.
 C) I, II e V.
 D) I, III e IV.
 E) I e V.

15. Leia as assertivas abaixo que tratam da Educação Popular em Saúde:

- I.** Criada em novembro de 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde resulta de esforços, trabalhos e reivindicações oriundas das Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 2004, 2008 e 2011.
- II.** A Política Nacional de Educação Popular em Saúde se fundamenta nos princípios do diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
- III.** Os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde estabelecem nexos diretos com o princípio da participação da comunidade.
- IV.** A estrutura da Política Nacional de Educação Popular em Saúde é dada pelos eixos da participação, controle social e gestão participativa; da formação, comunicação e produção de conhecimento; do cuidado em saúde; da intersetorialidade e dos diálogos multiculturais.
- V.** A Portaria 2761/13 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde de modo centralizado, no Ministério da Saúde, por dez anos, a fim de consolidar o Plano Operativo em elaboração dialogada com as Secretarias Municipais de Saúde.

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) I, II, III e IV.
- B) I, II, IV e V.
- C) I e IV.
- D) I e III.
- E) V.

16. Leia as afirmativas abaixo:

- I.** A redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde pela Portaria 2446/2014 manteve os eixos operacionais preconizados pela portaria de 2006.
- II.** As características da intersetorialidade, integração dos serviços de saúde enquanto aproximam a Política Nacional de Promoção da Saúde da PNAB 2488/11 distanciam da PNAB 2436/17.
- III.** A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Vigilância da Saúde estabelecem nexos intrínsecos, tanto no plano conceitual quanto no operacional.
- IV.** A articulação entre a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde exige na prática necessariamente a mediação da PNAB.
- V.** PNAB, Vigilância da Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Educação Popular articulam-se conceitual e operacionalmente, porque se fundamentam e se orientam nos princípios e diretrizes do SUS.

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) I, II e III.
- B) I e IV.
- C) III, IV e V.
- D) III e IV.
- E) I, III e V.

17. Leia as assertivas abaixo que tratam da Política Nacional de Humanização na Atenção e na Gestão da Saúde, PNH.

- I.** A PNH se propõe a confrontar os problemas relacionados às dificuldades com as dimensões sociais e subjetivas, presentes no trabalho em saúde e no processo de trabalho em equipe.
- II.** Trata-se de uma Política específica do SUS que busca confrontar os problemas os quais afetam negativamente a descentralização e a regionalização, mesmo tendo alcançado ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social.
- III.** A proposta de organização e coordenação da PNH favorece o modo ascendente no planejamento e orçamento preconizado pela Lei Orgânica da Saúde.
- IV.** Trata-se de uma Política, que direciona as suas orientações para todos os âmbitos da atenção e da gestão.
- V.** A PNH afirma que as dificuldades dos profissionais para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho em saúde e no processo de trabalho em equipe decorrem dos problemas relacionados com a descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) I e II.
- B) I, III e IV.
- C) I, II e IV.
- D) I e III.
- E) I e V.

18. Ainda sobre a PNH, analise as afirmativas abaixo:

- I.** Dada a valorização da relação intersubjetiva, a Política Nacional de Humanização prioriza a superioridade do vínculo, do acolhimento e da responsabilização frente aos recursos tecnológicos, oriundos dos conhecimentos filosóficos, científicos e dos equipamentos.
- II.** Quanto mais e melhor se processar o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e a resolutividade entre o usuário e os profissionais que cuidam de sua saúde, mais fortalecidos serão os princípios da universalidade de acesso, da igualdade na assistência e da integralidade assistencial, que fundamentam a Política Nacional de Humanização.
- III.** Em se cumprindo a intencionalidade de redução de filas e do tempo de espera nos serviços, a Política Nacional de Humanização terá fortalecido o princípio da universalidade de acesso que o fundamenta.
- IV.** A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, a relevância do vínculo, acolhimento e responsabilização e o destaque ao cuidado centrado na pessoa exemplificam a intrínseca relação entre a PNH, a PNAB 2011 e a PNAB 2017.
- V.** A PNAB, 2017, explicita os padrões essenciais e ampliados para a avaliação das ações e serviços da atenção básica, enquanto a Política Nacional de Humanização não apresenta, com nitidez, os resultados que poderão ser alcançados.

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) I, II, III e IV. B) III e IV. C) I e II. D) IV. E) V.

19. Quanto à PNH, analise as afirmativas abaixo:

- I.** As diretrizes específicas da PNH e as diretrizes das PNABs 2011 e 2017 se distanciam, visto que a primeira tem como objeto a intersectorialidade e a descentralização, e as duas outras tomam como objeto de normatização o trabalho na atenção primária.
- II.** Tanto a PNAB 2011 quanto a PNAB 2017 apresentam as suas diretrizes de forma conceitual, enquanto a PNH foca na atitude e na instrumentalidade técnica.
- III.** PNH e PNABs 2011 e 2017 se distanciam pela ênfase que a primeira confere às tecnologias de relacionamento, enquanto a segunda e a terceira focam nas atribuições dos profissionais.
- IV.** Com a diretriz que ressalta a responsabilidade do profissional para se comprometer com o trabalho em equipe, a PNH se dirige à consciência de quem opera e de quem administra os serviços do SUS.
- V.** Devido ao interesse de direcionar suas orientações para os serviços dos três níveis de complexidade do SUS, a PNH não estabelece nexos com as demais Políticas específicas do SUS.

Está CORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) I. B) III e IV. C) V. D) I, II, IV e V. E) II e IV.

20. Leia as assertivas abaixo que tratam de três grandes ações reguladas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

- I.** As Políticas de Saúde das populações indígenas, negra e do campo, floresta e águas estabelecem nexos com os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e da igualdade de acesso.
- II.** Dada a especificidade cultural e étnica da população indígena, a sua Política específica contraria as Leis Orgânicas da Saúde.
- III.** Para debater a saúde indígena, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, respectivamente, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde.
- IV.** A atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, PNASPI, conseguiu romper com o paradigma da tutela imposto inicialmente à pessoa indígena pelo Serviço de Proteção ao Índio e considerá-la, à luz da Constituição Federal de 1988, como sujeitos de plena capacidade civil.
- V.** A PNASPI se orienta pelas determinações da Constituição Federal que reconhecem nos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, III, IV e V. B) III e IV. C) V. D) I, II, IV e V. E) II e IV.

21. Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, analise as afirmativas abaixo:

- I. A Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde, cujos principais resultados foram a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; a elaboração da Resolução 196/ 96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.
- II. A presença marcante e a qualidade do movimento social negro na 8ª, 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde e a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial contribuíram para a formulação, aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e implantação da PNSIPN pelo Ministério da Saúde.
- III. Todos os esforços contribuíram para adequar a formulação da PNSIPN aos princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da igualdade da assistência, da descentralização político-administrativa e do controle social.
- IV. Todos os esforços para a formulação da PNSIPN não foram suficientes para o Ministério da Saúde reconhecer o racismo institucional nas instâncias do SUS.
- V. Apesar de todos os esforços para formulação e aprovação da PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, a institucionalização pelo Ministério da Saúde foi concretizada apenas em 2009.

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

- A) I, IV e V.
- B) III e IV.
- C) IV.
- D) I, II, III e V.
- E) II e IV.

22. Sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, PNSIPCFA, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, analise as afirmativas abaixo:

- I. A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011 aprovou a então PNSIPCF, que foi regulamentada no mesmo ano pelo Ministério da Saúde; este, no entanto, a alterou em 2014, para incorporar os povos das águas.
- II. A PNSIPCFA se dirige aos povos e às comunidades, que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais, dentre outros.
- III. A PNSIPCFA e a PNSIPN não estabelecem conexões entre si, exceto quanto ao fato de terem que ser operacionalizadas pelos serviços de atenção básica.
- IV. A PNSIPCFA e a PNSIPN oferecem às práticas convencionais, que se desenvolvem no SUS o diálogo com o raciocínio popular e o dos povos tradicionais.
- V. A PNSIPCFA define um modelo de atenção próprio, que se caracteriza por espaço etno-cultural, dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, denominado de Distrito Sanitário Especial Indígena.

Estão **CORRETAS** apenas

- A) I, II, III e V.
- B) III e IV.
- C) I, II, IV e V.
- D) II e IV.
- E) II e V.

23. Sobre os processos da Política Nacional de Saúde Mental, PNSM, analise as afirmativas abaixo:

- I. O II Encontro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, 1987), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro, 1987), a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 2001) e a Lei nº 10.216/02 de autoria do então deputado Paulo Delgado foram elementos do Projeto da Reforma Psiquiátrica que deu forma e sentido à PNSM, aprofundando nesta os princípios e diretrizes do SUS.
- II. A Lei nº 10.216/02 de autoria do então deputado Paulo Delgado regulamentou os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.
- III. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e o Programa de Volta para Casa são equipamentos constitutivos da Rede de Atenção Psicossocial, que buscam substituir o modelo manicomial marcado por internações psiquiátricas.

- IV.** A incorporação do Hospital Psiquiátrico, das Comunidades Terapêuticas e das Unidades Ambulatoriais Especializadas às RAPS e também a supressão do uso do termo “substitutivo” para os equipamentos extra-hospitalares por determinação do Ministério da Saúde por meio da nota técnica nº11/19 exigem a observação/verificação da tendência no sentido do aumento das internações psiquiátricas ou dos dispositivos inspirados no Projeto da Reforma Sanitária.
- V.** Dada a especificidade e a diversificação tecnológica, a PNSM orienta a separação desse campo de práticas assistenciais com os do nível da atenção básica para assegurar a universalidade do acesso e a eficiência técnica.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, III, IV e V. B) I, II, III e IV. C) I, II, IV e V. D) II, III e IV. E) II e V.

24. Sobre os processos relacionados à redução de danos, analise as afirmativas abaixo:

- I.** Em 2005, o Ministério da Saúde determinou, por meio da Portaria 1028, a regulação das práticas de redução de danos mediante uma portaria, em sequência aos desdobramentos das mobilizações frente aos problemas da morbimortalidade pelo HIV/AIDS e das reivindicações feitas no campo da saúde mental.
- II.** A Portaria 1028/01 orienta a abstinência quanto ao uso de substâncias que causem dependência e práticas sexuais, visto que os esforços de trabalho devem ser dirigidos a facilitar o aumento da autonomia da pessoa em tratamento.
- III.** A reflexão sobre a execução das atividades de redução de danos induz à articulação entre a Portaria 1028/05, a Política Nacional de Acolhimento, a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a PNAB 2011 e a 2017 bem como a Vigilância em Saúde.
- IV.** A Nota Técnica nº 11/19 do Ministério da Saúde tem posição contrária à legalização das drogas, defende estratégias de tratamento pautadas na abstinência, portanto é contrária à redução de danos.
- V.** A Portaria 1028/05 declara que, em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, estabelecendo nexos com o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Estão CORRETAS apenas

- A) I, II e III.
 B) I e III.
 C) I, IV e V.
 D) II, III e IV.
 E) I, III, IV e V.

25. Sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, analise as afirmativas abaixo:

- I.** A institucionalização da PNPIC em 2006 foi reivindicada pela 8ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde.
- II.** Os esforços de profissionais e gestores não estão produzindo resultados de expansão das práticas integrativas, visto que, em 2006, eram vinte e seis procedimentos e, atualmente, são dezenove.
- III.** A PNPIC guarda relação direta com a Vigilância da Saúde, com a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a Educação Popular, com a Política Nacional de Humanização e com a PNAB 2011 e 2017.
- IV.** A PNPIC demonstra relações intrínsecas com os princípios da universalidade do acesso, da igualdade, da integralidade da assistência e da participação da comunidade.
- V.** A expansão dos procedimentos integrativos e complementares faz parte de um esforço internacional protagonizado pela Organização Mundial de Saúde.

Estão CORRETAS apenas

- A) I e II.
 B) I, II e III.
 C) IV e V.
 D) I, III, IV e V.
 E) I e V.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Falar sobre saúde pública no Brasil e não fazer referência à Reforma Sanitária é como pular os principais capítulos de uma história.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** O movimento, iniciado na década de 1970, foi um marco na defesa social e política de um sistema de saúde que pôde ser acessado por toda a população.
- II.** O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das ideias e fez com que diversos jovens estudantes comesçassem a se incorporar nessa nova maneira de conceber a saúde.
- III.** A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, ocorreu no período da Nova República, sendo marcada pela necessidade de mudanças. A comissão organizadora foi presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

27. O SUS nasceu no bojo das lutas pela redemocratização do país, como a principal expressão do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, movimento, que tinha por objetivo o alcance de uma verdadeira revolução social, fundada no horizonte do socialismo, que se implantaria a partir da reforma da saúde.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** Embora o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira almejasse a constituição de um sistema de saúde estatal, tal como consta no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a correlação de forças dadas naquela conjuntura permitiu a inclusão da iniciativa privada no interior do SUS, o que nos legou um sistema que se intitula “único”, mas que é complementado pela iniciativa privada.
- II.** Desde antes e até hoje, muitas são as disputas que se colocam em torno do SUS, o que talvez impeça sua efetiva consolidação enquanto sistema de saúde universal. A própria concepção de universalidade entra em questão quando setores do mercado colocam em discussão a proposta de “cobertura universal à saúde”, numa tentativa de fragmentar o direito e dar sequência ao processo de mercantilização da saúde.
- III.** Em tempos de “pós-verdade” e “fake news”, urge reafirmar o valor fundamental da nossa democracia e do nosso Sistema Único de Saúde, nascido, justamente, neste mesmo contexto democrático. A democracia e o SUS nasceram em uma relação de intrínseca dependência.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

28. Durante o último triênio, o Ministério da Saúde passou a atuar ostensivamente pelo enfraquecimento do SUS. É óbvio que se esse padrão de gestão permanecer ao longo dos anos, as possibilidades de fortalecimento do SUS estarão profundamente comprometidas.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** O governo federal vem utilizando uma estratégia tenaz para constranger o SUS. Um movimento em pinça contra o SUS. Uma das duas pinças ataca o SUS por dentro: esquia do Ministério da Saúde assumir papel de coordenação e liderança do SUS, desmonte de políticas tripartites com êxito comprovado (Política Nacional de Atenção Básica, Política de Saúde Mental, Política Nacional de Assistência Hospitalar, Políticas Integral de Atenção à DST/AIDS, Vigilância Sanitária e controle de epidemias, etc.), restrição financeira (EC 95/2016, etc.), diminuição progressiva do apoio a estados, municípios, hospitais universitários.

- II.** A outra pinça vem transformando o Ministério da Saúde em agente do crescimento do mercado da saúde, tendo grande parte das autoridades sanitárias funcionado como lobistas do setor privado. A equipe de dirigentes que assumiu o Ministério da Saúde recentemente (em 2018), majoritariamente é composta por especialistas em gestão empresarial e em negócios.
- III.** Há uma progressiva ampliação da responsabilidade social dos Municípios pela prestação de serviços e controle de epidemias. O Ministério da Saúde repete a estratégia da omissão utilizada por parte dos estados da federação nas primeiras décadas de implementação do SUS.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

29. Quase tudo sobre nossa vida cotidiana pode ser um determinante social quando se trata de saúde e bem-estar. Sobre o DSS, analise as afirmativas abaixo e coloque V nas Verdadeiras e F nas Falsas:

- () Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana”. Ao moldarem as condições de vida, os DSS certamente irão influenciar, de maneira direta ou indireta, nossa situação de saúde.
- () O diagnóstico das iniquidades sociais refletidas em saúde geral significa o reconhecimento de “diferenças” específicas de saúde da população na prevalência de doenças, ou acesso a cuidados de saúde, particularmente aquelas diferenças que são “evitáveis e injustas”, quando consideradas à luz da justiça social, da ética e dos direitos humanos.
- () O combate à iniquidade, ou seja, a promoção da equidade pode significar apenas “- eu tenho acesso a um médico ou a um dentista!” – ou, ainda, acesso a outros profissionais ou serviço de saúde.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-V B) F-F-F C) F-F-V D) V-F-F E) V-V-F

30. Na “Declaração do Rio de Janeiro (2011) sobre Determinantes Sociais da Saúde”, a Organização Mundial da Saúde e seus Estados-Membros prometeram medidas em cinco áreas cruciais para abordar as iniquidades que influenciam os DSS. Sobre suas promessas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Melhor direção para o desenvolvimento econômico e social, com um olhar para seus impactos na saúde.
 B) Maior participação social na formulação de políticas e sua efetiva implementação.
 C) Maior reorientação do setor da saúde para reduzir as iniquidades.
 D) Monitoramento do progresso e aumento da responsabilidade de todos os envolvidos, especialmente das organizações sociais.
 E) Fortalecimento da governança global e colaboração entre setores governamentais e da sociedade civil.

31. As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** Esses determinantes não incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, no entanto a educação, a situação econômica, o emprego e o trabalho decente, o direito à habitação e um meio ambiente adequado, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças, são condições fundamentais.
- II.** Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente eficazes no combate às iniquidades em saúde.
- III.** É necessário envidar mais esforços para acelerar o progresso na abordagem da distribuição desigual de recursos na área da saúde, bem como das condições que prejudicam a saúde em todos os níveis.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

32. A integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a Atenção Básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** O mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território circunscrito a uma UBS deve basear a classificação e estratificação de risco, analisando os riscos individuais e coletivos de cada família que deve envolver a análise do perfil epidemiológico.
- II.** Os vazios sanitários deverão ser analisados nas ações da AB em relação à VS.
- III.** Precisam de cuidados em saúde mais articulados, com estabelecimento de vínculo para possibilitar um cuidado humanizado às pessoas em situação de vulnerabilidade e seus contatos, tais como em situação de rua; aquelas em uso de álcool, tabaco e outras drogas; as privadas de liberdade; pessoas vivendo com HIV e os povos indígenas.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

33. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde (MS, 2018), na perspectiva de classificar o território por risco e vulnerabilidade, a microárea do ACS pode ser menor ou maior em termos populacionais, a depender do grau de risco das famílias presentes no território da equipe de saúde. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com o número máximo de _____ pessoas.

Assinale a alternativa que preenche CORRETAMENTE a lacuna do texto acima.

- A) 1000
- B) 750
- C) 2000 a 3.500
- D) 1.500
- E) 2.000

34. Sobre a integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a Atenção Básica (AB), analise as assertivas abaixo e coloque V nas Verdadeiras e F nas Falsas.

- () A PNAB traz como possibilidade, e não obrigatoriedade, a vinculação do usuário que pode ser atendido fora de sua área de cobertura.
- () É importante considerar no arranjo das práticas de saúde na AB a centralidade na pessoa, na família e na comunidade, sendo que o enfrentamento à enfermidade deve fazer parte dessas práticas, reduzindo-as a esses aspectos.
- () Nos casos de doenças e agravos que possam ocasionar sequelas, complicações, incapacidades ou óbitos, é imprescindível o acompanhamento qualificado e integral ao longo de todo o tratamento, deixando o controle da alta ou cura a cargo da equipe da atenção secundária/terciária.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-V
- B) F-F-F
- C) F-F-V
- D) V-F-F
- E) V-V-F

35. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde (MS, 2018), os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares, doenças crônicas respiratórias, diabetes mellitus e as neoplasias, possuem fatores de risco comuns e modificáveis.

Esses fatores de risco são:

- A) tabagismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e atividade física insuficiente.
- B) tabagismo, consumo abusivo de álcool, obesidade e poluição.
- C) hipertensão, obesidade, stress, histórico familiar.
- D) stress, colesterol alto e hipertensão.
- E) inexistentes entre as doenças crônicas respiratórias e as demais doenças citadas.

36. Ainda sobre a integração entre AB e VS, analise as assertivas abaixo:

- I.** Parte significativa das equipes de AB do país tem sua capacidade resolutiva limitada, por não poder contar, em tempo oportuno, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

- II.** A distribuição de cotas mensais de exames e consultas especializadas por UBS, sem análise prévia de critérios epidemiológicos e clínicos, ou desconsiderando os protocolos existentes, ainda é hegemônica no Brasil.
- III.** O Tratamento Diretamente Observado é uma situação em que a supervisão da dose medicamentosa a ser tomada pelo paciente precisa ser controlada e supervisionada pela equipe da UBS. O exemplo mais corriqueiro é na hipertensão arterial sistêmica.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

37. A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário.
- II.** É muito comum, nos serviços ambulatoriais, que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabem levando usuários a tornarem-se conhecidos como “poliqueixosos” (com muitas queixas), pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.
- III.** Da forma como foram elaboradas as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, a clínica ampliada não pode ser exercida pelos seus profissionais. O NASF, talvez, tenha uma maior possibilidade de enfrentamento frente ao engessamento da AB.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

38. Analise a seguinte frase:

“Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde”.

Diante da perspectiva da clínica ampliada, analise as assertivas abaixo:

- I.** O usuário deve ser responsabilizado pelas escolhas diárias que o levaram a adoecer.
- II.** Será mais fácil, então, para o usuário evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento.
- III.** O usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos, o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

39. A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, está organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo e coloque V nas Verdadeiras e F nas Falsas:

- () A Regulação do Acesso à Assistência, em especial, consiste na ordenação e qualificação dos fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, de modo a otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis e promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços.

- () Quanto ao sistema de informação disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo complexo regulador, por meio de módulos que permitem a regulação do acesso de consultas, exames, procedimentos de média e alta complexidade, bem como a regulação das internações de urgência e cirurgias eletivas.
- () Constatada a necessidade de complementação da rede de saúde, deverá ser observada a preferência que as entidades privadas com fins lucrativos têm em participar do sistema de saúde (Lei 8080/1990, art. 24 e 25).

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-V
 B) F-F-F
 C) F-F-V
 D) V-F-F
 E) V-V- F

40. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados, que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** São constituídos por vários subsistemas, tendo como objetivo geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões.
- II.** Um de seus objetivos específicos, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença.
- III.** Ao se analisarem os SIS, observa-se que o usuário está fragmentado entre as diversas bases de dados existentes. Um exemplo é a informação sobre o número de partos realizados. Têm-se informações disponíveis no SIH/SUS e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. Ambos produzem a mesma informação, mas o quantitativo de partos apresentado no SIH/SUS é diferente do quantitativo de parto apresentado no SINASC.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

41. São considerados pontos fortes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS todos os abaixo citados, EXCETO:

- A) O insulamento da atenção hospitalar
 B) As discussões e a produção acadêmica sobre o tema
 C) As ações do Ministério da Saúde nos planos doutrinário, organizacional e operacional
 D) As ações do CONASS: as oficinas e as experiências de redes de atenção à saúde em estados
 E) A difusão das redes de atenção à saúde no ambiente internacional

42. O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

Sobre esse assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios.
- II.** As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre esses estratos sociais permanecem quase inalteradas.

III. Ao se confundirem os níveis de análise e tratar de explicar a saúde dos indivíduos a partir de resultados de estudos realizados com populações, estar-se-ia aceitando o contrário da chamada “falácia ecológica”.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

43. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. O Brasil vive uma situação de saúde que se expressa em uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, com forte predomínio relativo das condições crônicas.

Sobre esse assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** Tradicionalmente, trabalha-se, na análise de situação de saúde, com uma divisão entre doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde.
- II.** Uma complexa situação tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas.
- III.** Essa situação de saúde de tripla carga de doença, com predomínio das condições agudas não pode ser enfrentada com sucesso por sistemas de atenção à saúde fragmentados e voltados para a atenção às condições crônicas.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

44. Na década de 1930, as doenças transmissíveis foram a principal causa de morte nas capitais brasileiras, respondendo por mais de um terço dos óbitos. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje.

Sobre esse assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** No Brasil, a infecção pelo HIV e a AIDS fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, sendo que a AIDS é de notificação compulsória desde 1980, e a infecção pelo HIV, desde 1990.
- II.** No período de 2003 a 2008, no Brasil, o coeficiente de incidência de hepatite A era superior ao das hepatites C e B; entretanto, após esse período, nota-se uma importante tendência de queda, atingindo 1,0/100 mil habitantes em 2018.
- III.** No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 75.717 casos novos da Tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência de 36,2 casos/100 mil hab. Embora, de 2009 a 2018, tenha sido observada uma queda média anual de 1,0%, o coeficiente de incidência aumentou nos anos de 2017 (35,3/100 mil hab.) e 2018 (36,2/100 mil hab.).

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I está incorreta.
- B) Apenas a II está incorreta.
- C) Todas estão corretas.
- D) Apenas a III está incorreta.
- E) Todas estão incorretas.

45. A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) bacteriana. Se não for diagnosticada e tratada oportunamente, pode progredir para formas mais graves.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo:

- I.** É transmitida verticalmente, podendo ocasionar complicações, como aborto, natimorto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e manifestações clínicas de sífilis congênita.
- II.** No período de 2003 a 2017, verificou-se incremento da taxa de incidência de sífilis congênita de 1,7 para 8,6 casos por mil nascidos vivos.
- III.** A taxa de detecção de sífilis adquirida passou de 2,0 para 58,1 casos por 100 mil hab., de 2010 a 2017.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas a I é incorreta.
 B) Apenas a II está incorreta.
 C) Todas estão corretas.
 D) Apenas a III está incorreta.
 E) Todas estão incorretas.

46. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) foi instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo e assinale V nas Verdadeiras e F nas Falsas:

- () Por meio do diálogo, a educação popular em saúde permite a aproximação entre profissionais de saúde, lideranças comunitárias e usuários, além da troca de saberes e conhecimentos acerca de saúde, incorporando, inclusive, as práticas integrativas e complementares.
- () A capacitação permite que profissionais e população usuária se vejam como protagonistas no processo-saúde-doença.
- () Seis princípios orientam a PNEP-SUS: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-V
 B) F-F-F
 C) F-F-V
 D) V-F-V
 E) V-V-F

47. O coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis mede o risco de morrer em decorrência dessas doenças em um determinado espaço geográfico e período de tempo.

Sobre o assunto, analise as assertivas abaixo e assinale V nas Verdadeiras e F nas Falsas:

- () É conceituada como a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, sendo: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.
- () O coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis é um dos indicadores pactuados no Plano Plurianual (PPA) do governo federal para o período de 2016 a 2019.
- () Todas as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil aumentaram a incidência nos últimos 10 anos.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- A) V-V-V
 B) F-F-F
 C) F-F-V
 D) V-F-V
 E) V-V-F

CADERNO 97
- SAÚDE DA FAMÍLIA - INTERIORIZAÇÃO EM SAÚDE –
(SAÚDE COLETIVA)