



**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**Chamada de Seleção Pública nº 1/2019 – MPSF/RENASF**

**PROVA OBJETIVA**

**CADERNO DE QUESTÕES**

Número de inscrição do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

**Instruções:**

- ABRA ESTE CADERNO SOMENTE QUANDO AUTORIZADO!
- Registre o seu número de inscrição na capa deste caderno de questões e na folha resposta.
- Verifique se esta prova contém 50 questões e se todas estão legíveis.
- Cada questão possui 5 opções, sendo uma, e apenas uma, a CORRETA.
- O tempo de duração da Prova Escrita de Múltipla Escolha será de 3 (três) horas, incluindo o tempo para preenchimento da folha resposta.
- Não serão considerados os pontos relativos a(às) questão(ões) quando na folha resposta for assinalada mais de uma opção, ou houver rasura, ou marcação a lápis, ou não for assinalada nenhuma alternativa.
- Não haverá substituição da folha resposta, ou de prova, em caso de erro ou rasura efetuados pelo candidato.
- O candidato somente poderá ausentar-se definitivamente do recinto da prova após decorrido 30 (trinta) minutos de seu início.
- Ao terminar a prova, o candidato entregará obrigatoriamente ao Fiscal de Sala, a Folha Resposta e o Caderno de questões.
- Para preencher a Folha resposta de forma adequada, o candidato deverá preencher completamente os alvéolos com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, procedimento de inteira responsabilidade do candidato. A Folha resposta será o único documento válido para correção da prova objetiva.
- Todos os candidatos deverão assinar a lista de presença!
- Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala de prova e somente poderão sair juntos do recinto, após aposição em ata de suas respectivas assinaturas.
- O gabarito da prova objetiva será divulgado no primeiro dia útil após a realização da mesma, no endereço eletrônico das instituições nucleadoras.

01. Sobre os princípios e diretrizes do SUS, expressos na lei 8.080/90, é correto afirmar:

- a) A universalidade se refere ao acesso aos serviços de saúde na atenção básica, pela população, de modo indiscriminado.
- b) A integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de atenção básica, quer sejam preventivos e curativos ou individuais e coletivos.
- c) A preservação da autonomia das pessoas se refere à defesa de sua integridade física e moral.
- d) A descentralização se refere à relação político-administrativa, com direção paritária em cada esfera de governo.
- e) A participação da comunidade se refere ao alto grau de capilaridade do sistema de saúde brasileiro.

02. O processo saúde-doença engloba determinantes e condicionantes, como habitação, trabalho, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o desafio de fortalecer um modelo de atenção à saúde condizente com as necessidades e especificidades de pessoas ou grupos, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, um modelo de atenção à saúde planejado de acordo com as necessidades dos sujeitos e para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. A qual princípio do SUS isso se refere?

- a) Universalidade.
- b) Equidade.
- c) Integralidade.
- d) Descentralização.
- e) Participação comunitária.

03. Sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, marque a opção correta.

- a) A integralidade garante atenção à saúde a todo o cidadão, nos serviços públicos e privados conveniados e em todos os níveis do sistema de saúde.
- b) A equidade preconiza que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde em condições de igualdade e que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade.
- c) A universalidade da atenção incorpora um amplo espectro de intervenções, articulando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.
- d) Hierarquização representa um movimento de oposição à centralização político-administrativa, com redistribuição do poder para esferas mais próximas da população.
- e) O controle social é uma diretriz que cabe exclusivamente à sociedade civil organizada e esta tem a possibilidade de influir sobre as políticas públicas de saúde.

04. Sobre o controle social, analise as afirmações e marque a opção correta.

- a) A lei nº 8.080/90 instituiu os conselhos de saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal.
- b) As conferências de saúde, um dos mecanismos de participação popular, acontecem a cada dois anos.
- c) Os conselhos de saúde possuem regimento próprio e apenas o número de conselheiros é igual para todos os municípios.
- d) Os conselhos de saúde são instâncias de participação permanente com caráter deliberativo e compostos de forma paritária.
- e) Os conselhos de saúde são formados por 25% de usuários, 25% de gestores, 25% de prestadores de serviço e 25% de trabalhadores de saúde.

05. Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) organizaram um serviço de atenção básica à saúde direcionado a trabalhadoras e trabalhadores do sexo, de um determinado município. Para atender às especificidades dessa clientela, algumas adaptações tiveram que ser feitas, como, por exemplo, a adoção do horário noturno de funcionamento. Opositores ao serviço alegam que o custo do serviço é mais alto que o custo de um serviço de Atenção Primária tradicional. Adicionalmente, os profissionais de saúde referem que estão respeitando um princípio doutrinário do SUS cujo objetivo é justamente diminuir as desigualdades. Explicam que, ao se guiarem por esse princípio, reconhecem que apesar de todas as pessoas possuírem o direito de acessar aos serviços de saúde, nem todas conseguem acessá-los igualmente, por diferentes motivos. Organizar os serviços de saúde respeitando esse princípio seria justamente uma forma de tratar desigualmente os desiguais. A qual princípio doutrinário do SUS os trabalhadores estão se referindo ao defender o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) direcionada a trabalhadoras e trabalhadores do sexo desse determinado município?

- a) Equidade.
- b) Justiça.
- c) Universalidade.
- d) Igualdade.
- e) Integralidade.

06. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambos os princípios e as diretrizes definidas neste documento. Assinale a opção que traz responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

- a) Manter atualizado, mensalmente, o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos, dentre outros, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vigente.
- b) Verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais.
- c) Organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) entre os diversos pontos de atenção, de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.
- d) Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para a formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.
- e) Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para a gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, além de garantir direitos trabalhistas e previdenciários.

07. A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento se fundamenta nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde. A APS orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais. Analise as assertivas abaixo e assinale aquela que apresenta corretamente um atributo essencial da APS:

- a) A coordenação do cuidado, que implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, garantindo aos indivíduos o acesso constante aos serviços de saúde.
- b) A integralidade, que possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias.
- c) A universalidade é o atributo que garante o acesso aos serviços de saúde e estabelece a APS como serviço de referência para o atendimento de grupos prioritários e suas necessidades em saúde.
- d) A equidade está relacionada à garantia de igualdade de condições a todos os indivíduos para o acesso e a utilização dos serviços de saúde na APS, relacionando-se diretamente à integralidade e à universalidade da atenção.
- e) A territorialização utilizada para o planejamento das ações de saúde, que possibilita a identificação dos aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos e dos principais problemas de saúde em determinada área.

08.A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma denominação empregada para distintos modelos de organização e oferta de serviços de saúde no mundo. Desde a Conferência de Alma-Ata, alguns países têm adotado a APS como estratégia para organizar o sistema de saúde e para a sociedade promover saúde, com vistas a garantir a integralidade e a participação social. Com base nessa afirmação, é CORRETO afirmar que essa abordagem de APS se caracteriza como:

- a) APS seletiva.
- b) APS focalizada.
- c) APS abrangente ou integral.
- d) APS de primeiro contato com médicos não especializados.
- e) APS comunitária e social.

09. Quanto ao modelo de Estratégia de Saúde da Família, é CORRETO afirmar:

- a) A “unidade familiar” representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contiguidade geográfica.
- b) A “comunidade” é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo é determinado.
- c) A “equipe de Apoio Matricial” é responsável pelo cadastro familiar e classificação do risco familiar e individual.
- d) A “equipe de Saúde da Família” é a responsável pelo atendimento básico e integral às famílias.
- e) Os “Agentes Comunitários de Saúde” devem fornecer apoio especializado em áreas específicas, como saúde mental e reabilitação.

10.Quanto ao Apoio Matricial, é CORRETO afirmar:

- a) Seu propósito fundamental é detectar doentes já em seus primeiros sintomas para a rápida instituição do isolamento.
- b) É a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos de risco ou não risco.
- c) Objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e aos profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde.
- d) É um instrumento de abordagem familiar que possui o objetivo de avaliar a anatomia da família.
- e) São os profissionais que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.

11.A Estratégia Saúde da Família é reconhecidamente estabelecida como estruturante e prioritária para a política de saúde brasileira, com base numa proposta de mudança do modelo tradicional de atenção à saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina. Esse modelo biomédico, a ser desconstruído na proposta da Estratégia Saúde da Família, tem como características:

- a) Ser fragmentado, tecnicista, hospitalocêntrico e centrado no processo saúde-doença, numa perspectiva ampla.
- b) Ser fragmentado, tecnicista, centrado na doença e baseado no trabalho multiprofissional.
- c) Ser tecnicista, hospitalocêntrico, centrado na doença e se preocupa com o contexto familiar, social e cultural.
- d) Ser fragmentado, tecnicista, hospitalocêntrico e centrado na doença.
- e) Ser fragmentado, hospitalocêntrico, centrado na doença e incluir práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

12. Um secretário de saúde inaugurou uma nova Unidade de Saúde da Família e pretende implantar equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB), em um bairro com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com população estimada de 10.000 habitantes. Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), analise as afirmativas abaixo e marque a alternativa correta:
- a) A PNAB determina que a população adscrita por equipe de Saúde da Família (eSF) tenha entre 2.500 e 5.000 pessoas.
  - b) A PNAB determina um parâmetro para a cobertura populacional das equipes, mas é facultada ao gestor local a variabilidade no número de pessoas cobertas, de acordo com as especificidades do território.
  - c) As eSF e eSB não poderão ser implantadas, pois o modelo prioritário de equipes determinado na PNAB são as equipes de Atenção Básica (eAB).
  - d) O secretário poderá implantar 02 eSF e 02 ESB, pois as ESB fazem parte da equipe mínima da atenção básica e sua implantação é obrigatória.
  - e) O secretário, para fazer jus ao recebimento de recursos financeiros, poderá implantar no máximo 3 equipes de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal.
13. A coordenação do cuidado é uma das diretrizes que caracteriza a organização dos serviços ofertados na Atenção Básica. Sobre esta diretriz, marque a alternativa que contém a afirmação verdadeira:
- a) Considera as necessidades da população adscrita nos campos da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
  - b) A coordenação do cuidado corresponde a um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade.
  - c) A coordenação do cuidado corresponde a ações de cuidado executadas pela equipe de Saúde da Família, que auxilia a autonomia das pessoas em relação à tomada de decisão sobre sua própria saúde.
  - d) A Clínica Ampliada é capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, que resolvem a grande maioria dos problemas de saúde da população.
  - e) A coordenação do cuidado tem como objetivos principais elaborar, acompanhar, organizar e responsabilizar-se pelo cuidado e o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

14. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Primária à Saúde. Esta tese não é recente, o Relatório Dawson, publicado em 1920, já mencionava os Centros de Atenção Primária à Saúde como o foco central do processo de regionalização no Reino Unido. Para consolidar este papel, a APS deverá ser a ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS. Sobre o papel da APS de ordenador do cuidado, marque a alternativa correta:
- a) A APS caracteriza-se pela organização de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por sistemas de apoio e logística, que buscam garantir a integralidade do cuidado.
  - b) A APS se caracteriza pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, o que coloca a comunidade em uma relação mútua de confiança e humanizada.
  - c) A APS deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as na Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para o planejamento e programação das ações e dos serviços de saúde.
  - d) A APS corresponde à oferta de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação.
  - e) A APS tem o papel de promover a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde.
15. A Atenção Primária à Saúde (APS) se refere a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a maioria das necessidades de saúde individuais e coletivas de uma população. No Brasil, a APS, no processo de implantação do SUS, passou a ser denominada de Atenção Básica, que tem como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família. Sobre os diferentes tipos de abordagem da APS, marque a alternativa correta:
- a) A APS seletiva consiste em um conjunto de serviços para enfrentar limitado número de problemas de populações pobres.
  - b) A APS abrangente se refere ao ponto de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde mais para a maioria das pessoas.
  - c) A abordagem que enfatiza a APS como primeiro nível de atenção oferta serviços ambulatoriais especializados e ações de promoção e prevenção da saúde.
  - d) A abordagem de saúde e de direitos humanos está fundamentada na declaração de Alma-Ata e tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado e a participação social.
  - e) A APS abrangente enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a determinação social e política da saúde.

16. A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como a falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa direção, pode-se afirmar que:
- a) A equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve aproximadamente 50% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento.
  - b) Através da ESF, tem-se como resultado positivo uma maior quantidade de problemas de saúde resolvidos por meio da intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital.
  - c) As equipes da ESF estabelecem uma maior proximidade com os usuários, possibilitando que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde.
  - d) A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).
  - e) Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 2.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.
17. Uma paciente de 52 anos de idade compareceu à unidade se queixando de cefaleia e dor lombar. Foi acolhida pela enfermeira da equipe, que abordou sobre a cefaleia; conversaram sobre prevenção de câncer de colo e mama. Encaminhou para avaliação médica para consulta. Durante a consulta, a paciente relatou estar nervosa e que as dores pioram quando o marido chega em casa bêbado e está preocupada com a situação financeira. Foram abordadas as condições socioeconômicas e ciclo de vida familiar. Para definir o plano terapêutico para essa família, este caso foi discutido na reunião de equipe. Qual das alternativas abaixo melhor representa a atuação da equipe de Saúde da Família?
- a) Inserção comunitária.
  - b) Prevenção quaternária.
  - c) Promoção de saúde.
  - d) Integralidade do cuidado.
  - e) Abordagem familiar.

18. Sobre os tipos de equipes da Estratégia Saúde da Família, regulamentados pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, assinale a alternativa correta:
- a) A equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e é composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem também fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
  - b) A equipe da Atenção Básica (eAB) é composta, minimamente, por dois médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem e agentes de combate às endemias. Poderão agregar os profissionais de saúde bucal.
  - c) A equipe de Saúde Bucal (eSB) é constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal (TSB) e/ou auxiliar de saúde bucal (ASB); e estes podem compor tanto as equipes de Saúde da Família (eSF) como as de Atenção Básica (eAB). Organiza-se na modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal) ou modalidade II (cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal).
  - d) O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) deve ser uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por diferentes profissionais da saúde, prestando atendimento em unidades físicas independentes, sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.
  - e) A estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS) é vital para a Atenção Básica. Os agentes devem ser cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde inscrita no SCNES, com um número máximo de 750 pessoas na microárea sob sua responsabilidade. O número de ACS por equipe é pré-fixado (entre 4 e 6), sendo que o gerente administrativo da unidade deve ser o supervisor direto dos agentes.
19. As principais evidências da importância e do impacto da Estratégia Saúde da Família são demonstradas por meio de indicadores gerenciais e assistenciais. Marque a única opção correta em relação aos bons resultados da ESF:
- a) Melhor acesso aos serviços de saúde, incluindo o odontológico, para populações mais carentes; redução da mortalidade geral; diminuição das hospitalizações por doenças agudas; expansão da infraestrutura dos serviços de saúde.
  - b) Melhor acesso aos serviços de saúde, incluindo o odontológico, para todas as populações; redução da mortalidade geral; expansão dos casos de hospitalizações por diagnóstico precoce; expansão, ainda que tímida, da infraestrutura dos serviços de saúde.
  - c) Melhor acesso aos serviços de saúde, não incluindo o odontológico, para todas as populações; redução da mortalidade infantil e adulta, incondicionalmente; diminuição das hospitalizações por doenças agudas; expansão da infraestrutura dos serviços de saúde.
  - d) Melhor acesso aos serviços de saúde em toda a rede; redução da mortalidade infantil e adulta, incondicionalmente; diminuição dos casos de hospitalizações desnecessárias; expansão, ainda que tímida, da infraestrutura dos serviços de saúde.
  - e) Melhor acesso aos serviços de saúde, incluindo o odontológico, para populações mais carentes; redução da mortalidade infantil; diminuição dos casos de hospitalizações desnecessárias; expansão da infraestrutura dos serviços de saúde.

20. Após ler o caso abaixo, escolha a opção correta em relação à conduta da equipe da ESF: GTM, 46 anos, solteira, sem filhos, católica, nunca trabalhou. Compareceu à Unidade Básica acompanhada pela irmã. A acompanhante refere que a paciente não consegue dormir, após seu irmão morrer de câncer, e solicitam consulta e mudança de medicação. Há seis dias mostra-se agitada, conversando sozinha e cantando alto, refere muitos internamentos psiquiátricos e uso de antipsicóticos e ansiolíticos. Nada sabe informar sobre a gravidez de sua mãe, não realizou pré-natal, pois “não havia nada disso na época”, sua mãe lhe teve em casa com as “cachimbeiras”, sem dificuldades. Sempre foi uma criança “estranha”, nunca teve muitos amigos, conversava pouco, gostava de ficar sozinha. Na escola, destacava-se, sempre foi muito inteligente e aplicada. Não se lembra de doenças na infância. Sua primeira crise aconteceu aos 16 anos, após a morte do avô materno que morava em sua casa; passou a falar sozinha, referia ver o avô, conversar com ele e fazer o que ele mandava, tentou o suicídio uma vez, motivando sua primeira internação. Passou alguns anos entre internamentos prolongados e poucos dias de contato familiar. Foi encaminhada a um hospital-dia na capital, passava o dia na instituição, dormindo na casa de outra irmã; esse acompanhamento foi curto por falta de estrutura física e social da irmã. A mãe a levou de volta para o interior, sendo acompanhada pelo CAPS da cidade vizinha desde 2006. Na família, há caso semelhante, de uma tia paterna que foi internada e fez uso de medicação controlada. Sua vida hoje se resume a assistir à missa na TV e ficar no quarto cantando ou dormindo (Entrevista realizada com ajuda da acompanhante). Apresentado risos desmotivados, movimentos repetitivos, higiene preservada, pouco interage, balbuciando palavra desconhecidas e em tom muito baixo, ansiosa, pensamentos desconexos, sem alterações da sensopercepção, não lembra fatos da vida, desorientada no tempo e no espaço, julgando erroneamente as situações, não se percebe doente. Após ser avaliada na Unidade Básica, a paciente foi medicada e agendada consulta com equipe do matriciamento.

- a) A conduta da equipe da ESF foi errada, pois se trata de um caso sério, deve ser encaminhado imediatamente ao hospital psiquiátrico ou CAPS mais próximo.
- b) A conduta foi adequada, pois o caso é responsabilidade do ESF, tendo como suporte uma equipe matricial.
- c) O tratamento mais adequado seria encaminhá-la a uma residência terapêutica, pois se trata de uma paciente crônica com dificuldade de ressocialização.
- d) É provável que o município não conte com um serviço especializado, a ESF não pode se responsabilizar por esse acompanhamento.
- e) Esse caso não deve incluir o odontólogo na equipe, porque foge de sua especificidade profissional.

21. Em 21 de setembro de 2017, mediante a portaria nº 2.436, foi aprovada a edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que introduziu a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, entre elas: o número de agentes comunitários de saúde necessários, a carga horária dos médicos e a forma de financiamento. Considerando a nova PNAB, é correto afirmar que:
- a) A nova PNAB prevê que a composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com o número máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo-se somar no mínimo 40 horas/semanais, para as chamadas equipes de Saúde da Família (eSF).
  - b) A nova PNAB reforça a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por ACS, em todas as áreas de abrangência da ESF
  - c) A nova PNAB incorporou atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS, tais como: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo.
  - d) A nova PNAB reforça, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário seja atendido apenas na área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.
  - e) A nova PNAB exige que faça parte da equipe da ESF o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
22. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, revisada em 2017, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. Considerando a atuação do Nasf-AB, é correto afirmar que:
- a) O Nasf-AB se caracteriza como um serviço de saúde para onde os usuários são encaminhados pela equipe de Saúde da Família, oferecendo um conjunto de serviços especializados.
  - b) Os Nasf-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica).
  - c) A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf-AB dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como, por exemplo, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular.
  - d) A composição do Nasf-AB é uma decisão compartilhada entre o gestor municipal e as equipes de Saúde da Família, sendo flexível para adequar sua composição ao contexto singular de cada município.
  - e) Os Nasf-AB não foram incluídos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ e ainda não utilizam o novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), mais conhecido como e-SUS AB

23. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) busca provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Neste sentido, marque a alternativa correta quanto as Diretrizes da PNPS:

- a) Estimular as ações de promoção da saúde restritas à Estratégia Saúde da Família e Programa Saúde na Escola (PSE), com vistas ao desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde.
- b) Desencorajar a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde.
- c) Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas verticalizadas de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.
- d) Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.
- e) Divulgar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde prioritariamente aos profissionais de saúde, considerando metodologias tradicionais de ensino.

24. Em 2014, foram revisados os 8 (oito) temas prioritários da Agenda da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Estes servem como dispositivo indutor para o fortalecimento de ações de promoção em todas as esferas do SUS. Marque a alternativa que apresenta temas prioritários da PNPS.

- a) Formação e educação permanente; inclusão social; orientação e diversidade sexual.
- b) Epidemias e a volta de doenças erradicadas; alimentação saudável e adequada; aquecimento global e efeito estufa.
- c) Práticas corporais e atividade física; avanço e combate à depressão; e crise mundial econômica.
- d) Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; e desigualdade social no Brasil.
- e) Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável; e promoção da mobilidade segura e sustentável.

25. A promoção da saúde envolve a participação social e o desenvolvimento de habilidades individuais, como uma parte fundamental das suas diretrizes. Este aspecto permite a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário. Assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde recomenda o desenvolvimento de ações que estimulem:

- a) A incorporação da categoria gênero na avaliação de políticas de saúde, o que permite mostrar uma nova dimensão da desigualdade social.
- b) A realização de campanhas de vacinação e de educação em saúde no território, permitindo uma interação direta dos usuários com o sistema de saúde.
- c) A gestão em saúde, a organização da logística medicamentosa e a priorização do regulamento do atendimento à saúde.
- d) A promoção da mobilidade segura, utilizando como uma das estratégias a promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas.
- e) Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos do uso irracional de medicamentos e sua associação com o álcool.

26. A atual Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi redefinida e divulgada através da Portaria nº 2.446/14. Esse documento define, dentre outros elementos, os valores fundantes no processo de efetivação da PNPS. Marque a alternativa que expressa a definição de um desses valores:

- a) Felicidade é entendida enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas, a partir do reconhecimento de potencialidades.
- b) Intersetorialidade se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns.
- c) Sustentabilidade diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental.
- d) Territorialidade diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime.
- e) Equidade é quando as práticas e as ações de promoção de saúde são baseadas na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos.

27. Ao longo das últimas décadas, no Brasil, o debate sobre a avaliação em promoção da saúde tem mobilizado diferentes instituições, grupos de pesquisa, órgãos governamentais e setores da sociedade civil. Mesmo com os avanços advindos da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2014, ainda persistem desafios no que diz respeito à elaboração de estratégias avaliativas capazes de favorecer a análise da implementação da PNPS em suas múltiplas dimensões, nas diferentes regiões do país (MAGALHÃES, 2016). Nesse sentido, marque a alternativa que se configura em um dos desafios para a avaliação de ações e programas de promoção da saúde:

- a) O reconhecimento do papel prioritário da Estratégia Saúde da Família.
- b) A ampliação dos recursos financeiros para implementação de projetos e programas de promoção da saúde em todo o país.
- c) A presença de uma cultura avaliativa consolidada no Brasil.
- d) A observação e interpretação dos efeitos de programas de promoção da saúde levam tempo, pois nem sempre são imediatos.
- e) A criação de programas que foram extintos completamente, como aqueles, em 2009, a saber: o programa Vida no Trânsito, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola.

28. A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Considerando o texto apresentado, avalie as asserções que se seguem:

I- Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, o paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas, seja realizado por meio da construção e da gestão compartilhadas.

#### PORQUE

II- Ao falar de Promoção de Saúde no Brasil, fala-se, intrinsecamente, do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos desafios cotidianos expostos pelas iniquidades históricas, que apontam responsabilidades não apenas para o setor saúde, mas para todos os envolvidos na construção de políticas públicas.

Acerca dessas asserções, assinale a opção correta:

- a) As duas asserções são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira asserção é uma proposição verdadeira, e a segunda, uma proposição falsa.
- d) A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda, uma proposição verdadeira.
- e) Tanto a primeira quanto a segunda asserções são proposições falsas.

29. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS:

- a) Solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social.
- b) Universalidade, integralidade, equidade, controle social, intersetorialidade e intrasetorialidade.
- c) Felicidade, integralidade, respeito à diversidade, ética, justiça social e equidade.
- d) Autonomia, empoderamento, equidade, solidariedade, justiça social e ética.
- e) Territorialidade, gestão compartilhada, autonomia, corresponsabilização, universalidade, equidade, ética e justiça social.

30. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, reafirma o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. É princípio teórico-metodológico orientador da Política Nacional de Educação Popular em Saúde:

- a) Universalidade.
- b) Equidade.
- c) Integralidade.
- d) Longitudinalidade.
- e) Amorosidade.

31. Segundo Carvalho e Ceccim (2012), da segunda metade do século XX até os dias atuais, pode-se falar de um conjunto de iniciativas indutoras de mudanças na formação em saúde no Brasil. Para tanto, movimentos buscaram superar as práticas educativas tradicionais focalizadas, essencialmente, na clínica, na especialização precoce e na cura das doenças, para inaugurar novo modelo de ensino-aprendizagem mais próximo da vida cotidiana das pessoas e das necessidades de saúde da população. Sobre essas iniciativas indutoras de mudanças na formação e educação na saúde no Brasil, é correto afirmar:

- a) A rede de Integração Docente-Assistencial (IDA), na década de 1980, fundamentada pelo modelo flexneriano de formação em saúde, foi considerada precursora do modelo de integração ensino-serviço que temos atualmente e consistia na interseção entre ensino e serviços de saúde, por meio de projetos de extensão interprofissionais, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva.
- b) Na década de 1990, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) apresentou uma proposta de formação médica não mais orientada pelas doenças e pela intervenção das especialidades, mas dirigida pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, ciências sociais e biológicas. A construção da proposta contou com a articulação de docentes e gestores do sistema de saúde, porém sem a participação de profissionais e de estudantes.
- c) As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, lançadas no início dos anos 2000, romperam com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação na área e afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.
- d) O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) fortaleceu o ensino na saúde, por meio do investimento financeiro na ampliação do número de vagas ofertadas na graduação, compra de equipamentos e reforma de clínicas-escola, privilegiando os espaços pedagógicos intramuros. Na ocasião do seu lançamento, o Pró-Saúde contemplou os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Nutrição.
- e) O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), criado pelo Ministério da Educação (MEC), em 2003, tem como principal objetivo proporcionar aos estudantes e aos docentes universitários a vivência e a experimentação da realidade do SUS, em período de férias letivas universitárias.

32. Programa criado para promover a reorientação da formação profissional, por meio da integração ensino-serviço-comunidade, tendo como estratégia pedagógica a criação de um grupo tutorial composto pelo estudante de graduação da área da saúde, trabalhador do serviço (preceptor) e docente (tutor), para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, tendo as necessidades dos serviços como orientadoras da produção de ações, conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas para o SUS. A descrição acima se refere ao:

- a) Profaps.
- b) Pró-Saúde.
- c) Provab.
- d) PET-Saúde.
- e) ProgeSUS.

33. Sobre Educação Interprofissional em Saúde (EIP), é correto afirmar:

- a) Atividade que envolve membros de duas ou mais profissões que aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de avançar na perspectiva da colaboração, como prerrogativa para a melhoria na qualidade da atenção à saúde.
- b) Na EIP, é estimulado o desenvolvimento de competências individuais como um dos pilares para o efetivo trabalho em equipe, na produção dos serviços de saúde e promoção do cuidado.
- c) Estratégia pedagógica voltada, especificamente, para estudantes de graduação na área da saúde.
- d) As diversas profissões que atuam na área da saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, habilidades e conhecimentos requeridos para, efetivamente, atuarem na perspectiva multiprofissional para uma atenção ao paciente segura, resolutiva e com alta qualidade.
- e) Organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, não reconhecem a EIP como uma estratégia pedagógica para o desenvolvimento de habilidades necessárias para a prática colaborativa e uma força de trabalho em saúde pronta para agir.

34. O trabalho em equipe interprofissional pode ser definido como:

- a) Duas ou mais profissões que aprendem entre si, para melhorar a qualidade do cuidado, por meio da promoção de uma abordagem interdisciplinar.
- b) Uma intervenção que envolve diferentes profissões de saúde que trabalham em conjunto para resolver problemas e prestar serviços.
- c) Uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, na qual o reconhecimento da dependência das áreas predomina frente à competição e à fragmentação.
- d) Profissionais de saúde de diferentes áreas que prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo o cuidado multiprofissional de pessoas índices nos diversos níveis da rede de serviços.
- e) Aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde.

35. A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tem como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta última constituiu grande avanço ao fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). Assim, considerando a relevante atuação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), é correto afirmar que a estas se atribuem:
- a) Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.
  - b) Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.
  - c) Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação.
  - d) Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros relacionados à Educação Permanente em Saúde, no âmbito estadual.
  - e) Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho do Colegiado de Gestão Regional e propor alterações caso seja necessário.
36. O termo educação e saúde, utilizado ainda hoje como sinônimo de educação em saúde, pode ter se originado das Campanhas Sanitaristas realizadas pelo Estado brasileiro nas primeiras décadas do século XX, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação, ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos; e a saúde, dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças. Considerando que a Educação em Saúde é uma prática potente no contexto de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, compreende-se como:
- a) A produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.
  - b) Conjunto de práticas do setor, que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.
  - c) Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.
  - d) Uma estratégia de aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares.
  - e) Uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, em que os profissionais precisam identificar estratégias para gerar mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva.

37. O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ofertado aos atores do Sistema Único de Saúde (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes), para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS. As práticas de ensino e aprendizagem, na perspectiva da educação permanente em saúde, têm como objetivo a produção de conhecimento, a partir dos problemas construídos na experiência do cotidiano dos cenários de formação, que, muitas vezes, são os serviços de saúde e os territórios. Assim, entre as vantagens do COAPES para o fortalecimento da integração ensino-serviço, destaca-se:

- a) Clarificar o papel dos serviços de saúde e instituições de ensino, sendo o primeiro um espaço de trabalho, no qual estudantes podem adquirir seus conhecimentos sem se comprometerem com os problemas do cotidiano da equipe de saúde; e, instituições de ensino, responsáveis pela formação, sendo exclusiva a estas a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento das habilidades e competências dos estudantes.
- b) Se valer do regime burocrático de formalização de decisões entre o setor saúde e educação, em defesa da formação para o SUS.
- c) Ter potencialidade e instrumentos para garantir a melhoria dos indicadores de saúde, sendo esta uma das suas metas principais.
- d) Estabelecer a inserção dos estudantes no SUS por meio de uma determinação jurídica-legal nos serviços de saúde que carecem de quantitativo adequado de profissionais, contribuindo para a melhoria do acesso à saúde.
- e) Pode ser uma ferramenta essencial para que as políticas e reformas dos setores da educação e da saúde assegurem não somente acesso aos cenários de práticas aos cursos de saúde, mas eficiência, qualidade e acessibilidade aos cuidados e aos utilizadores dos serviços.

38. "Para que haja uma efetiva integração das ações, é importante que os profissionais da AB trabalhem com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde". O presente trecho destaca uma proposta de atuação das equipes de Atenção Básica à Saúde para integração das ações com:

- a) Vigilância em Saúde.
- b) Equipes de Consultório na rua.
- c) Programa Melhor em Casa.
- d) Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.
- e) Centros de Referência em Assistência Social.

39. A vigilância sanitária é definida como dever do Estado e integra as competências do SUS, conforme a Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990. Escolha a opção que melhor explicita o papel da vigilância sanitária no SUS:
- a) Avaliar o gerenciamento de recursos dos serviços de saúde.
  - b) Avaliar e classificar as condições de saúde do trabalhador.
  - c) Avaliar a manipulação de alimentos, bebidas e águas minerais, isoladamente, sem participação do Ministério da Agricultura.
  - d) Investigar casos de doenças crônicas e comportamentos de risco à saúde na comunidade.
  - e) Controlar a prestação de serviços direta e/ou indiretamente relacionados à saúde nos territórios.
40. No âmbito do Sistema de Vigilância à Saúde, a atribuição de desenvolver ações voltadas a promover o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de propor e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde é da:
- a) Vigilância ambiental.
  - b) Vigilância epidemiológica.
  - c) Vigilância sanitária.
  - d) Vigilância em saúde do trabalhador.
  - e) Notificação compulsória de doenças.
41. Entre 1990 e 2015, a redução na razão de mortalidade materna, no Brasil, foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Essa redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde. Mas ainda está longe da meta de 30/100 mil idealizada. Sobre este assunto (mortalidade materna), marque a opção correta:
- a) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e/ou violência, mesmo que não interfiram na evolução gestacional, parto ou puerpério.
  - b) Morte materna pode ser definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez.
  - c) Mulheres gestantes que morrem por doença causada pelo HIV não podem ser definidas como óbito materno.
  - d) A taxa de mortalidade materna no Brasil aumentou na última década.
  - e) Em torno de 92% das mortes maternas são por causas não modificáveis, como por hipertensão arterial, hemorragias ou infecções.
42. No âmbito dos modelos avaliativos em saúde, pode-se definir quatro atributos essenciais para o estabelecimento de um marco de referência para a avaliação de serviços da Atenção Primária à Saúde, que são eles:
- a) Acessibilidade; longitudinalidade; universalidade e coordenação da atenção.
  - b) Acessibilidade; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção.
  - c) Acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e universalidade.
  - d) Acessibilidade; longitudinalidade; integralidade e universalidade.
  - e) Acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção.

43.A avaliação da Atenção Básica de Saúde é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão. Assim, a avaliação deste nível de atenção envolve os seguintes componentes:

- a) Medir; associar; emitir juízo de valor e tomar decisão.
- b) Medir; comparar; emitir juízo de valor e tomar decisão.
- c) Medir; comparar; emitir juízo de valor e qualificar.
- d) Medir; associar; emitir juízo de valor e qualificar.
- e) Medir; qualificar; emitir juízo de valor e tomar decisão.

44.Com base na Política Nacional de Atenção Básica (2017), é correto afirmar que o planejamento em saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, é:

- a) Uma atribuição privativa do gerente de Atenção Básica, que realiza a territorialização, o diagnóstico situacional, o planejamento e programação local a serem executados pelas equipes da Unidade Básica de Saúde.
- b) Uma atribuição comum a todos os profissionais que atuam na equipe de Saúde da Família, sendo que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) deve participar junto às equipes a que está vinculado.
- c) Um processo que se inicia na análise de situação de saúde, cujas informações devem ser fornecidas exclusivamente pelos agentes comunitários de saúde e pelos líderes comunitários.
- d) Uma atribuição compartilhada exclusiva entre equipe de saúde bucal e equipe do NASF-AB, quando se trata da realização de diagnóstico, com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território.
- e) Corresponde à territorialização e adscrição da população, que permitem o planejamento e a programação centralizada, com foco somente nas ações setoriais.

45.No processo de planejamento na Atenção Básica podem ser adotados critérios subjetivos e objetivos para a priorização de problemas de saúde da população. Comumente, são utilizados como critérios objetivos para definição de prioridades: a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade e os custos necessários para solucionar o problema, que são oriundos do Método CENDES-OPAS. Em relação à análise da situação de saúde para identificação de prioridades de intervenção na área de abrangência da Unidade de Saúde, é correto afirmar:

- a) A magnitude é relacionada ao tamanho do problema na população e pode ser mensurada através das taxas de incidência, prevalência e da mortalidade.
- b) Vulnerabilidade se trata da avaliação do impacto social e econômico do problema.
- c) Transcendência se refere à disponibilidade de tecnologia para intervir sobre o problema.
- d) Quanto menor magnitude, transcendência, vulnerabilidade e o custo do problema, maior é a chance de ele ser priorizado.
- e) A magnitude, transcendência e vulnerabilidade operam de forma inversamente proporcional ao problema, enquanto o custo opera em proporção direta.

46. Ao se realizar o planejamento na Estratégia Saúde da Família, com base no enfoque estratégico situacional de Carlos Matus, a análise de situação de saúde, com vistas à identificação e descrição dos problemas de saúde do território é realizada no denominado:

- a) Momento estratégico.
- b) Momento normativo.
- c) Momento tático-operacional.
- d) Momento participativo.
- e) Momento explicativo.

47. De acordo com a Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma das diretrizes do programa é desenvolver a cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Neste sentido, para a Contratualização e Certificação das equipes de Atenção Básica foram selecionados, no terceiro ciclo do PMAQ, 11 indicadores de desempenho distribuídos em quatro grupos: acesso e continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade da equipe de atenção básica e abrangência da oferta de serviços. Para o monitoramento do acesso e continuidade do cuidado, assim como para a resolutividade da equipe de Atenção Básica, foram selecionados, respectivamente, os seguintes indicadores:

- a) Percentual de atendimentos de consulta agendada e percentual de encaminhamentos para serviço especializado.
- b) Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida e média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante.
- c) Percentual de encaminhamentos para serviço especializado e percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica.
- d) Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea e percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica.
- e) Cobertura de primeira consulta odontológica programática e média de recém-nascidos.

48. Com o propósito de obter maior efetividade das ações do Sistema Único de Saúde, na Atenção Básica, o Ministério da Saúde (MS), desde o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004), tem buscado ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços prestados nas últimas duas décadas. Para dar seguimento, verificar, monitorar, estimular, qualificar, recompensar e garantir bons resultados, o MS tem utilizado alguns instrumentos de avaliação: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade da Atenção Básica do Acesso e da Qualidade (AMAQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Considerando o 3º ciclo do PMAQ-AB, este é constituído por fases imprescindíveis que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. Podemos afirmar corretamente que são fases do PMAQ-AB:

- a) Adesão e contratualização; desenvolvimento; cooperação institucional; certificação; recontratualização.
- b) Adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; recontratualização.
- c) Adesão; contratualização; autoavaliação; monitoramento; certificação.
- d) Adesão e contratualização; certificação; recontratualização; desenvolvimento.
- e) Adesão; contratualização; apoio institucional; monitoramento; avaliação externa; certificação.

49. Constitui “uma ferramenta de pactuação de recursos (ações e serviços de saúde) instituída no âmbito do SUS, para a definição da programação da atenção à saúde e a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e nos municípios brasileiros”. O texto se refere a(o):

- a) Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- b) Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- c) Plano Municipal de Saúde (PMS).
- d) Programação Anual de Saúde (PAS).
- e) Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM).

50. Constitui instrumento do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja-SUS) que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, pois indica as ações selecionadas como prioritárias e detalha os objetivos, as metas e recursos necessários para orientar os coordenadores dessas atividades, além da execução orçamentária e financeira, na respectiva esfera de gestão. Pode-se afirmar corretamente que este instrumento é o(a):

- a) Contrato Organizativo de Ação Pública.
- b) Pacto de Gestão do SUS.
- c) Pacto em Defesa do SUS.
- d) Programação Anual de Saúde.
- e) Relatório Anual de Gestão.