

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

Ao receber a ordem do Fiscal da sala, confira este **CADERNO** com muita atenção, pois nenhuma reclamação sobre o total de questões e/ou falhas na impressão será aceita depois de iniciada a prova. Caso haja algum problema, solicite a **substituição** deste caderno.

Este caderno contém a Prova Objetiva, com **40 (quarenta)** questões, sendo **20 (vinte)** de **Saúde Pública e Coletiva** e **20 (vinte)** de **Conhecimento Específico: Urgência e Trauma**, cada uma constituída de **4 (QUATRO)** alternativas de respostas para cada questão, **sendo apenas uma alternativa CORRETA**.

CONFIRA SE SUA PROVA CORRESPONDE À CATEGORIA PROFISSIONAL PELA QUAL VOCÊ OPTOU QUANDO REALIZOU A INSCRIÇÃO. Caso não seja, solicite a substituição, pois não serão aceitas reclamações posteriores.

Durante a prova, não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de equipamento eletrônico (calculadora, telefone celular, *beep*, *paggers*, entre outros).

Faça na página apropriada, deste caderno, o rascunho do gabarito. O rascunho não será considerado na correção.

Não serão distribuídas folhas suplementares para os rascunhos.

Ao finalizar a **Prova Objetiva**, transfira as respostas para a **Folha de Respostas**, observando o seguinte exemplo:

Questão 01 – letra C	01)	A) <input type="checkbox"/>	B) <input type="checkbox"/>	C) <input checked="" type="checkbox"/>	D) <input type="checkbox"/>
Questão 02 – letra B	02)	A) <input type="checkbox"/>	B) <input checked="" type="checkbox"/>	C) <input type="checkbox"/>	D) <input type="checkbox"/>

Use apenas caneta (tinta preta ou azul) para preencher os quadrinhos da Folha de Respostas. Não utilize corretivo. **NÃO SERÃO ACEITAS RASURAS.**

Sua resposta não será computada se houver marcação de duas ou mais alternativas, **MESMO QUE UMA DELAS ESTEJA CORRETA.**

Não deixe nenhuma questão sem resposta.

Não dobre, amasse ou rasure a **Folha de Resposta**. ELA É A SUA PROVA.

O candidato deverá entregar somente a **FOLHA DE RESPOSTA**, devidamente preenchida e assinada.

O tempo de duração da prova é de **3h e 30 minutos (TRÊS HORAS E TRINTA MINUTOS)**, já incluído o tempo destinado à transcrição das respostas do Caderno de Questões da Prova Objetiva para a **Folha de Respostas e à assinatura da mesma.**

ABRA ESTE CADERNO SOMENTE QUANDO AUTORIZADO

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA

1) O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em si grande complexidade, pelo fato de ser um sistema que deve garantir o direito à saúde, corolário do direito à vida, dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa, sendo considerada a maior política pública inclusiva por se destinar ao atendimento de 207,7 milhões de pessoas.

De acordo com a Lei 8.080/1990, analise as assertivas.

I. Estão incluídas nos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

II. Estão incluídos nos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário.

III. No âmbito do campo de atuação do SUS, não está incluída a execução das ações de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

IV. No âmbito do campo de atuação do SUS, está incluída a execução de ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, bem como a execução de ações de vigilância nutricional e a orientação alimentar.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:
CORRETAS:

- A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
- B) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.
- C) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.

2) A valorização do direito à saúde se deve ao fato de esse ser essencialmente um direito fundamental do homem, considerando-se que a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52).

Com relação à saúde no Brasil e ao Sistema Único de Saúde (SUS), julgue as assertivas, identificando-as com **V** ou **F**, conforme sejam verdadeiras ou falsas.

() A Lei 8080/1990 institui o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo poder público.

() O Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte das ações definidas na Constituição Federal/1988 como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

() O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

() A Constituição Federal/1988 estabelece os princípios, as diretrizes e as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera: nacional, estadual e municipal é feito pela Lei Orgânica da Saúde.

A sequência **CORRETA**, de cima para baixo, é:

- A) F, F, V, F.
- B) V, F, F, V.
- C) V, V, V, V.
- D) V, F, V, V.

3) Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 207,7 milhões de brasileiros são tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação para quem se compromete a entender como funciona esse sistema universal com todas as suas engrenagens e peculiaridades. Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo é complexa (CONASS, 2015).

Acerca do Sistema Único de Saúde, julgue as assertivas e assinale a afirmativa **INCORRETA**:

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

A) Os recursos federais são transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios por meio dos respectivos fundos de saúde (transferência fundo a fundo), com vistas a incrementar o processo de descentralização dos recursos da saúde e dar maior transparência para a população.

B) O trabalho do Conselho de Saúde não se confunde com o trabalho executivo do gestor de saúde. O Conselho propõe o que deve constar na política de saúde e fiscaliza sua execução e a utilização de recursos financeiros. O gestor de saúde executa a política de saúde.

C) O planejamento da saúde é obrigatório para os Entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, e o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos Entes federativos e nas Regiões de Saúde.

D) A Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais e deve observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

4) A Lei 8.080/1990 disciplina a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços. A Lei 8.142/1990 é fruto de grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela repara os vetos feitos pelo chefe do Executivo à Lei 8.080/1990 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

De acordo com a legislação que regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, bem como o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), analise as assertivas a seguir.

I. Nos termos da Lei 8.142/1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, o município, para o recebimento desses recursos, necessariamente precisa dispor, entre outros, de fundo de saúde, plano de saúde, relatório de gestão e conselho de saúde.

II. A Lei 8.080/1990 determina que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do

artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II. No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; No âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

III. De acordo com a Lei 8.142/1990, a representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isto significa que 50% dos representantes nos conselhos ou nas conferências devem ser usuários do SUS. Tal definição visa garantir à população, geralmente afastada dos processos de decisão na gestão das políticas públicas, uma participação maior e não subordinada aos gestores e profissionais de saúde.

IV. De acordo com a Lei 8080/1990, no que se refere à assistência terapêutica e à incorporação de tecnologia em saúde, o relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, facultativamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso.

V. De acordo com a Lei 8142/1990, o Conselho de Saúde, de caráter temporário e deliberativo, constitui órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:

- A) Apenas a afirmativa V está incorreta.
- B) Apenas as afirmativas II e IV estão incorretas.
- C) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.

5) O Decreto n. 7.508, publicado em 2011, regulamenta alguns aspectos da Lei n. 8.080/1990, entre eles: a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É o dispositivo legal que está sendo observado pelos gestores na organização do SUS, em um processo que dá

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

continuidade ao que foi conquistado em termos de organização, com a implantação do Pacto pela Saúde, editado em 2006.

Julgue as afirmativas a seguir acerca do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

I. Esse decreto define Região de Saúde como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

II. A Região de Saúde deve conter as seguintes ações e serviços de saúde: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

III. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

IV. No que se refere à saúde indígena, nas Regiões de Saúde em que houver população indígena, deverão ser criadas condições para a prestação de assistência à saúde dessa população, no âmbito do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde a definição de regramentos diferenciados de acesso a esta população.

V. Os entes federativos não poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, pois intervirão no acesso e fluxo dos usuários na Região de Saúde, mesmo que estas tenham o consenso das Comissões Intergestoras.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e V são corretas.
- B) Apenas as afirmativas I, II, III e V são corretas.
- C) Apenas as afirmativas I, II, III e IV são corretas.
- D) Todas as afirmativas são corretas.

6) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais,

população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

Sobre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica descritos na Política Nacional da Atenção Básica, analise as afirmativas:

I. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

II. A atenção básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

III. A atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

IV. A atenção básica é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de outros pontos da rede de atenção à saúde, o serviço de atenção básica continua corresponsável.

V. A atenção básica pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e V são corretas.
- B) Apenas as afirmativas I e III são corretas.
- C) Apenas as afirmativas II, III e IV são corretas.
- D) Todas as afirmativas são corretas.

7) Fruto de um acúmulo histórico da sociedade brasileira no processo de elaboração e efetivação do SUS, a Atenção Básica vem sendo reformulada por mudanças periódicas na sua política, a fim de viabilizar a concretização do seu papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde (CONASEMS, 2017).

A respeito da Política Nacional de Atenção Básica, analise as assertivas subsequentes.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

I. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Portanto, não serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, mesmo que observados os princípios e diretrizes previstos em portaria.

II. São atribuições comuns a todos os profissionais da saúde: realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.

III. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

IV. Compete ao Ministério da Saúde desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas Unidades Básicas de Saúde.

V. A Atenção Básica tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Apenas as afirmativas I e IV estão incorretas.
- B) Apenas as afirmativas II, III e V estão incorretas.
- C) Apenas as afirmativas I, IV e V estão incorretas.
- D) Todas as afirmativas estão incorretas.

8) As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Entre as atribuições dos membros das equipes de Saúde da Família, podem-se citar:

I. Prever nos fluxos da rede de atenção à saúde, entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

II. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

III. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Básica.

Assinale a alternativa que se relaciona com essas atribuições **CORRETAMENTE**:

- A) São todas restritas ao profissional de enfermagem.
- B) Duas delas cabem exclusivamente ao profissional de enfermagem.
- C) São comuns a todos os membros da equipe.
- D) O médico não participa de nenhuma dessas atribuições.

9) O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

A respeito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, julgue as assertivas.

I. O NASF contribui para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos, quanto sanitários e ambientais, dentro dos territórios.

II. O NASF pode auxiliar a Equipe de Saúde da Família na realização de grupos educativos ou terapêuticos por ciclo de vida ou mesmo condição de saúde, mas cada um dos profissionais também possui a potência de contribuição em áreas temáticas específicas, como reabilitação, assistência farmacêutica, saúde mental, entre outros.

III. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Aplicado à Atenção Básica, isso significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território, com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

IV. O NASF se constitui como porta de entrada do Sistema para os usuários e de apoio às equipes de Saúde da Família. A sua constituição pressupõe um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes de Saúde da Família, uma vez que são elas que conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar situações em que precisarão de apoio.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
- B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
- C) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.

10) A Promoção da Saúde, compromisso constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), vincula-se à concepção expressa na Carta de Ottawa, documento em que 35 países ratificaram como ações de saúde aquelas que objetivem a redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida (Ciênc. saúde coletiva, 2016).

Com relação à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), julgue as assertivas, identificando-as com **V** ou **F**, conforme sejam verdadeiras ou falsas.

() Fundamenta-se nas Cartas das Conferências Internacionais e compreende-se a 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 redes de proteção social.

() A PNPS foi aprovada no conjunto de iniciativas do Pacto pela Saúde e é consenso que ela deve estabelecer relação com as demais políticas públicas, incluindo aquelas do setor Saúde: a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra, entre outras.

() Entre as responsabilidades das esferas de gestão, cabe ao gestor municipal o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações

de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão.

() Incentiva articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais e atividades físicas tais como: urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança.

() A PNPS considera a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, entendendo que as formas como elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades independem da vontade ou da liberdade individual, e não estão condicionadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem.

A sequência **CORRETA**, de cima para baixo, é:

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

11) A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública que busca provocar transformações nos modos de cuidar e de fazer gestão. Sendo assim, está em constante processo de reinvenção, seja desestruturando relações de poder dentro do sistema de saúde, ou baseando-se em diferentes experiências do Sistema Único de Saúde (SUS) que dá certo. A PNH aposta e acredita na mudança, entendendo que o sujeito constrói o mundo enquanto constrói a si mesmo (BRASIL, 2008).

No que se refere à Política Nacional de Humanização (PNH) é **CORRETO** afirmar, **EXCETO**.

A) Nos serviços de urgência e emergência em prontos-socorros, prontos-atendimentos e de assistência pré-hospitalar, deve-se acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo-se o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

B) Humanização é definida pela PNH como a busca do aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, e fundamenta-se na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, nos desejos e interesses dos atores do campo da saúde.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

C) A PNH, em seu modo de fazer, agencia o cuidado e a gestão em saúde fundamentada em três princípios, a partir dos quais se desdobra como política pública de saúde. São estes: transversalidade; indissociabilidade entre atenção, gestão e protagonismo; e corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

D) A PNH dispõe que sejam estimuladas práticas resolutivas, eliminando-se ações intervencionistas desnecessárias, e que o conceito de clínica ampliada seja suprimido, uma vez que desconsidera as necessidades individuais e, por isso, estreita o vínculo entre a equipe de referência e o indivíduo.

12) A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, dispõe sobre as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Sobre a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) descrita na referida Portaria, é **CORRETO** afirmar, **EXCETO**:

A) Define-se a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

B) A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

C) O Sistema de Governança na RAS consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde

D) Linhas de Cuidado é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

13) No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”.

Com relação às Redes de Atenção à Saúde (RAS) estabelecida em Decreto Presidencial de 2011, assinale a alternativa **INCORRETA**:

A) Os serviços considerados portas de entrada às ações e aos serviços de saúde das Redes de Atenção à Saúde incluem: serviços de atenção de urgência e emergência, serviços clínicos de internação hospitalar e serviços de atenção psicossocial.

B) A integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

C) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

D) Ao usuário do SUS, será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

14) Para afirmar os princípios do SUS, é imprescindível a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. A aposta na construção de redes de produção de saúde passa, necessariamente, pela construção de arranjos de gestão que possibilitem o compartilhamento do cuidado e a pactuação de compromissos e responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2009).

Tendo como base o texto acima, analise as cinco diretrizes apresentadas abaixo, que orientam a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde.

I. Acolhimento: implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

II. Clínica Ampliada: propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade.

III. Garantia dos direitos dos usuários: orienta-se pelas conquistas já asseguradas em lei. Ampliam os mecanismos de sua participação ativa e de sua rede sócio-familiar nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral.

IV. Gestão participativa: centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder.

V. Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde: incentiva o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

Marque a alternativa **CORRETA**.

Sabe-se que essas diretrizes foram formuladas:

- A) Para melhorar o desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade.
- B) Pela Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde.
- C) Pela Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS).
- D) Pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST)

15) A Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, dispõe sobre a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A NR 32 de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde institui, entre outros, os seguintes critérios, **EXCETO**:

- A) Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- B) Em caso de exposição acidental ou incidental a agentes biológicos, medidas de proteção para o trabalhador devem ser adotadas imediatamente,

mesmo que não previstas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

C) O uso de luvas substitui o processo de lavagem das mãos, ficando facultativa a lavagem das mesmas antes e depois do uso das luvas.

D) Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória, com emissão de documento de liberação para o trabalho.

16) O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, públicos ou privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da Organização Mundial de Saúde e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

São objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, **EXCETO**:

- A) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.
- B) Restringir o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente.
- C) Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.
- D) Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente.

17) O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos. Não foi por acaso que a Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde.

São características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização que configuram a Cultura de Segurança, **EXCETO** a:

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

A) Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

B) Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.

C) Cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós).

D) Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

18) A Constituição Federal de 1988 define que, sem prejuízo dos “serviços assistenciais”, deve ser atribuída prioridade às atividades preventivas (inciso II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo se incluem as vigilâncias. Em seu art. 200, estabelece as competências para o Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda, estabelece uma gradação de responsabilidades entre ações a serem executadas diretamente pelo SUS e outras em que deve participar e/ou colaborar (DE SETA, M., 2006).

São aspectos comuns às vigilâncias do campo da saúde, **EXCETO**:

A) São um conjunto de ações ou de práticas que consideram os riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.

B) Não consideram em seu escopo a complexidade do processo saúde-doença; contudo, a busca pela melhoria das condições de vida das pessoas.

C) Na sua operacionalização, referem-se a territórios delimitados.

D) Em termos de política pública, assumem um caráter intersetorial.

19) A disseminação de informações e recomendações que possam contribuir para a institucionalização e o aprimoramento das práticas da vigilância em saúde de forma integrada à rede de serviços de saúde em todos os municípios do país é, em última instância, uma medida para a melhoria da saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

Considerando as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças de importância na saúde pública, assinale a alternativa **INCORRETA**:

A) Uma notificação negativa indica que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão

alertas para a possibilidade de ocorrência de determinados eventos e evitar a subnotificação.

B) A Ficha Individual de Notificação é preenchida para cada paciente, quando da suspeita de problema de saúde de notificação compulsória, ou de interesse nacional, estadual ou municipal.

C) O encerramento das investigações referentes aos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados de dengue deve ocorrer até o prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de notificação.

D) O óbito suspeito por dengue é um evento de notificação imediata. Na sua ocorrência, a vigilância epidemiológica deve ser notificada no máximo em até 24 horas.

20) A proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como forma de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que se fez por meio de discussões dos gestores do SUS, foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial que dispôs sobre a organização do SUS, de forma articulada e em regiões de saúde. O objetivo precípua da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País (CONASS, 2015).

Considerando o livro “As redes de atenção à saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes, analise as assertivas.

I. A transição epidemiológica que se fez no mundo desenvolvido e que vem se fazendo, de forma desacelerada, nos países em desenvolvimento indica um crescimento relativo forte das condições crônicas, especialmente das doenças crônicas.

II. As mortes por causas externas estão, em sua maioria, relacionadas ao fenômeno da violência, que não deixa de ser uma condição crônica.

III. Para que a RAS cumpra seu papel, é prescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

IV. As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

V. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RAS.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
- B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
- C) Apenas as afirmativas II, IV e V estão corretas.
- D) Apenas as afirmativas III, IV e V estão corretas.

URGÊNCIA E TRAUMA

21) O Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência.

A este respeito, analise as assertivas:

I. Em situações de emergência, a classificação de risco à saúde é um instrumento de assistência utilizada no sentido de se estabelecer a prioridade do atendimento de acordo com a gravidade de cada caso.

II. A classificação de risco nos serviços de urgência e emergência é uma atividade complexa, que depende tanto das habilidades e competências de profissionais como também de fatores externos e subjetivos, como o ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal e comunicação.

III. O acolhimento com classificação de risco no Brasil é uma modalidade em processo de construção e implantação, a qual faz parte da proposta do Humaniza SUS; portanto, necessita de avaliações contínuas para melhorias.

IV. A metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria na qualidade dos serviços de urgência e emergência, que permite e estimula modificações positivas nas práticas em saúde.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:

- A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
- B) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.

22) O acolhimento do usuário no serviço de urgência e emergência é ação primordial para avaliação da situação de saúde do mesmo. O ato de acolher é entendido pelo Programa Nacional de Humanização (PNH) como recepção do usuário, desde a sua chegada, e responsabilizar-se integralmente pelo usuário, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, quando necessário. (MS, 2.006).

Sobre o acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, podemos afirmar, **EXCETO**:

- A) As tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.
- B) O Acolhimento com Classificação de Risco se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde.
- C) É um instrumento de diagnóstico de doença, uma vez que identifica os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- D) É um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

23) A metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de melhoria na qualidade dos serviços de urgência e emergência, que permite e estimula modificações positivas nas práticas em saúde. Mas, segundo o conteúdo do Ministério da Saúde sobre “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Um paradigma ético-estético no fazer saúde”, 2.004, esse processo encontra alguns pontos críticos, dentre os quais se podem citar:

Analise as assertivas.

I. Conhecer a opinião e as expectativas das pessoas que recebem atendimento no serviço de acolhimento com classificação de risco é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde.

II. Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

III. Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas demandados pelos usuários.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:

- A) Apenas a afirmativa I está correta.
- B) Apenas a afirmativa II está correta.
- C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
- D) Apenas a afirmativa III está correta.

24) A atenção às urgências vem, ao longo dos últimos anos, passando por reformulações e sendo estruturada a partir de discussões governamentais e não governamentais, por entidades de classe, representações sociais e associações focadas nas urgências, emergências e traumas.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.048, instituindo o regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência.

Sobre esta Portaria, é correto afirmar, **EXCETO**:

- A) Normatiza as ações em âmbito pré e intra-hospitalar, define e caracteriza as atividades de regulação médica de urgência, tanto no aspecto técnico como gestor, define papéis e pré-requisitos, estabelece treinamento para o exercício das atividades de regulação e de atendimento às situações de urgência e emergência.
- B) Amplia a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes serviços, torna mais resolutiva a atenção às urgências e permite diagnóstico das dificuldades da rede, possibilitando correções.
- C) Consolida a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar existente e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada.
- D) Normatiza que, para a abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências, não haverá necessidade de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre os princípios vigentes e a necessidade de sua criação.

25) A Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, foi o precursor da Política Nacional de Atenção às Urgências, contendo todos os elementos que foram desenvolvidos nas portarias seguintes. Entre eles, a integração dos níveis de assistências na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência e a regionalização.

Sobre a Portaria 2.048/2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, é **INCORRETO** afirmar.

- A) As normas para a organização dos serviços de atenção às urgências são de relevância pública, conforme preceitos da legislação constitucional e de criação do Sistema Único de Saúde.
- B) Municípios que realizam apenas a Atenção Básica devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço.
- C) Os profissionais do Programa de Saúde da Família estão isentos de atender quaisquer urgências nas unidades básicas de saúde, uma vez que estas equipes pautam por ações promocionais, essenciais para a melhoria de qualidade de saúde e vida da população.
- D) São unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências aquelas que funcionam nas 24 horas do dia, devendo ser habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da Média Complexidade.

26) Referindo-se ao conteúdo da Portaria 2.048/2002, destaca-se que a mesma busca consolidar todas as estratégias para a implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Brasil, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno.

Quanto ao conjunto de ações e serviços da Rede de Urgência e Emergência necessárias descritos pela portaria supracitada, analise as assertivas:

I. Quanto aos profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel a Ambulância do Tipo A deve conter 2 profissionais, sendo um o motorista, e o outro, um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

II. A Ambulância de Transporte Médico (Tipo E) deve compor-se por veículo motorizado aquaviário,

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Poderá ser equipado, como indicado, para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

III. As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

IV. As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada ano e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. Devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:

- A) As afirmativas I, II, III, e IV estão corretas.
- B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
- C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
- D) Apenas a afirmativa III está correta.

27) Os Núcleos de Educação em Urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tem como integrantes as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual (BRASIL, 2002).

São objetivos estratégicos dos Núcleos de Educação em Urgências, **EXCETO**:

- A) Ser espaço interinstitucional, combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências.
- B) Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando impactos objetivos em saúde populacional.
- C) Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência.

D) Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais.

28) O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado (BRASIL, 2002)

Nas transferências e transporte inter-hospitalar, de acordo com a Portaria 2.048/2002, é correto afirmar, em relação às responsabilidades e atribuições do serviço ou do médico solicitante, **EXCETO**:

- A) Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema local/regional.
- B) Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte.
- C) Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.
- D) Utilizar o conceito de "vaga zero", quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos local/regional o torne imperativo.

29) A qualidade das ações empreendidas no âmbito da assistência à saúde depende, essencialmente, da estrutura oferecida, sendo que a qualificação dos profissionais exerce um papel fundamental para proporcionar a resolutividade exigida. Assim, a capacitação dos profissionais que atuam na área deve estar alicerçada em objetivos estratégicos consistentes com foco na educação continuada.

São princípios norteadores ou objetivos estratégicos dos Núcleos de Educação em Urgências, **EXCETO**:

- A) A organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema regional de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade.

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

B) A promoção da saúde com o objetivo de reduzir a mortalidade no âmbito locorregional, e o uso de indicadores capazes de avaliar o impacto de intervenções sobre a saúde coletiva, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências.

C) A educação continuada como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social.

D) A transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações-problema, extraídas do espaço de trabalho e do campo social.

30) A Classificação de Risco com uso do Protocolo tem sido utilizada para otimizar a priorização do atendimento nas portas de entrada de urgências. De acordo com o Artigo “Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester” (Souza CC., et al, 2011), analise e julgue as assertivas, identificando-as com **V** ou **F**, conforme sejam verdadeiras ou falsas.

() Profissionais da área apontam convergências entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a unidade de urgência e a finalidade do trabalho nesse local, revelando insatisfação com a procura excessiva de pacientes, cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência ou emergência.

() Pode-se afirmar que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros.

() As principais queixas apresentadas pelos pacientes, no momento da classificação de risco, confirmam os achados da literatura de que os hospitais de urgência atendem os casos de urgência, propriamente ditos, e aqueles caracterizados como não urgências.

() A disposição em fluxogramas direcionadores, estabelecida no protocolo de Manchester, facilita a avaliação do enfermeiro, oferecendo maior segurança e neutralidade ao processo de classificação.

A sequência **CORRETA**, de cima para baixo, é:

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

31) A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, de acordo com a Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011, dar-se-á pela execução de cinco fases. O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação, que deverão ser realizados pelo Grupo Condutor e pelo Ministério da Saúde.

Sobre a Portaria nº 1.600/2011 é **INCORRETO** afirmar:

A) A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem a finalidade de articular e integrar o conjunto de tudo aquilo que serve para prover os serviços de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, no âmbito do SUS.

B) Os usuários com quadros agudos devem ser atendidos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS, podendo ser transferidos para serviços de maior complexidade, dentro de um sistema regulado, organizado em redes regionais, formando elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

C) Somente as portas de entrada hospitalar das urgências devem utilizar o Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato.

D) O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, garantindo atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

32) A Rede de Urgência e Emergência, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Marque a assertiva **CORRETA**.

Segundo a Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- A) Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; SAMU; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas e Hospitalar.
- B) Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU e Centrais de Regulação; UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Serviços de Média e Alta Complexidade e Atenção Domiciliar.
- C) Promoção, proteção e vigilância; Atenção Básica; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Domiciliar.
- D) Promoção, proteção e vigilância; Atenção Primária à Saúde; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar.

33) De acordo com as normativas editadas pela Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), é **INCORRETO** afirmar:

- A) A Rede de Atenção às Urgências prioriza as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.
- B) O componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência é constituído exclusivamente por Pronto-Socorro e Unidades de Tratamento Intensivo tipos II e III.
- C) Cabe ao SAMU a responsabilidade pelo componente Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região e pelas transferências de pacientes graves da região.
- D) A retaguarda de atenção domiciliar no território demandará avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo a desospitalização em tempo oportuno.

34) Conforme a Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011, cabe ao componente Sala de Estabilização, **EXCETO**.

- A) Atender às necessidades assistenciais de estabilização de paciente grave/crítico em municípios distantes e/ou isolados, considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. Organizar-se-á de forma articulada, regionalizada, em rede e com funcionamento 24 horas.
- B) Realizar atendimento domiciliar de estabilização do paciente crítico/grave em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso.
- C) Funcionar em conformidade com protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.
- D) Referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

35) O Ministério da Saúde desenvolveu sistemas nacionais de informações que permitem a identificação dos casos de causas externas nos óbitos, na atenção hospitalar e ambulatorial e por fichas de notificação compulsória. Os dados referentes a esses sistemas estão disponíveis na internet e cada vez mais são utilizados no auxílio ao trabalho dos gestores e na melhoria da qualidade da Saúde Pública. Outros setores também cooperam no conhecimento da magnitude da ocorrência de causas externas (BRASIL, 2008).

Os sistemas de informações têm por objetivo subsidiar a vigilância e auxiliar na tomada de decisões. Enumere a primeira coluna de acordo com a segunda, visando identificar esses objetivos e conceituá-los.

1ª Coluna

1. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM):
2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
3. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)
4. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

2ª Coluna

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

() Coleta, transmite e dissemina dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica. Em relação a causas externas, notifica acidentes por animais peçonhentos e acidentes do trabalho. Notificação e investigação a violência doméstica, sexual, entre outras.

() Constituído por dois componentes: a) Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência. Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e a análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas.

() O instrumento de coleta de dados é a declaração de óbito. Adota-se a causa básica de óbito para registro do tipo de causa externa, a partir da declaração do médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

() Registra todas as internações realizadas pelo SUS. Para causas externas, é a partir do diagnóstico principal que se registra a natureza da lesão e, do diagnóstico secundário, o tipo de causa externa. Coleta mais de 50 variáveis, além de gerar múltiplos indicadores.

A sequência **CORRETA**, de cima para baixo, é:

- A) 3, 4, 2, 1
- B) 3, 1, 4, 2
- C) 4, 2, 1, 3
- D) 2, 4, 1, 3

36) O aumento das manifestações violentas nas Américas, o aparecimento de formas modernas e modernizadas de fazer violência e a mudança na percepção da população provocam efeitos sociais e no desenvolvimento de uma nação. Por essas razões, o estudo e a intervenção sobre os determinantes sociais da violência são prioridades para a Organização Pan-Americana da Saúde, com a finalidade de diminuir as iniquidades em saúde derivadas dos comportamentos violentos (BRASIL, 2008).

Com base no “Painel de Indicadores do SUS nº 5: Prevenção de violência e cultura da paz, 2008”, pode-se afirmar que, **EXCETO**:

A) O tema da violência assume grande importância para a Saúde Pública em função de sua magnitude,

gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade, nos últimos anos.

B) Às ações de vigilância agregam-se novos temas relevantes, como a vigilância epidemiológica de doenças não transmissíveis, os acidentes e violências, a vigilância ambiental e de saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e a Política Nacional de Promoção da Saúde, resultado das atuais transformações na sociedade contemporânea e da transição epidemiológica.

C) As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade. Sua presença, cada vez maior, tem contribuído para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, em especial dos adolescentes e jovens, além do aumento dos cuidados e custos decorrentes para a Saúde e a Previdência, o absenteísmo no trabalho e na escola e a desestruturação familiar e pessoal.

D) Apesar de toda a complexidade e multicausalidade desses fenômenos, as violências e os acidentes são passíveis de serem prevenidos e evitados, contudo as abordagens interdisciplinares e intersetoriais, que passam, principalmente, pela inclusão dos cidadãos na definição e implementação de políticas públicas, não têm surtido o impacto desejado.

37) No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011).

Sobre o processo de transição epidemiológica, é **INCORRETO** afirmar que:

A) O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT.

B) Ocorre a substituição sucessiva da morbimortalidade decorrente de doenças crônicas e causas externas pelas doenças infecciosas e parasitárias.

C) As estimativas sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar são resultantes de DCNT como: diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico.

D) Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, o custo individual de uma

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

doença crônica ainda é alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.

38) As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As mais comuns são: circulatórias, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Corresponderam a 63% de todas as mortes no mundo, ou seja, cerca de 36 milhões de pessoas, como no ano de 2008. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% dos óbitos (BRASIL, 2011)

Doenças não transmissíveis são as que mais matam em todo o mundo atualmente. Baseando-se nesta afirmação, conclui-se que, **EXCETO**:

A) A epidemia de DCNT exerce alta carga em termos de sofrimento humano e inflige sério dano ao desenvolvimento social e econômico. As mortes e incapacidades têm crescido, demandando intervenção imediata.

B) A prevalência de DCNT e o número de mortes têm expectativa de aumento substancial no futuro, devido ao crescimento e envelhecimento populacional, em conjunto com as transições econômicas e as resultantes mudanças do comportamento e dos fatores de risco ocupacionais e ambientais.

C) As ações de promoção da saúde, embora eficazes para a prevenção de DCNT, não são custo-efetivas. Prevenir o tabagismo e o uso nocivo do álcool e manter hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física, podem reduzir o risco de DCNT.

D) A urbanização está relacionada positivamente ao aumento da prevalência das DCNT, pela maior exposição aos fatores de risco, especialmente sedentarismo e dieta pouco saudável, além da maior exposição à violência.

39) A transição epidemiológica provoca mudanças nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Os destaques no controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no Brasil, refletem nas seguintes afirmativas, **EXCETO**:

A) A taxa de mortalidade por DCNT apresentou uma tendência de redução de cerca de 20% entre 1996 e 2007, sendo observadas reduções maiores nas doenças cerebrovasculares, isquêmicas e respiratórias crônicas.

B) Redução da prevalência de tabagismo no Brasil: em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (INAN, 1.990); em 2010, o VIGITEL observou uma prevalência de 15,1% (BRASIL, 2011).

C) Redução de investimentos na organização do sistema de vigilância de DCNT, estruturado por meio de um processo de capacitação de equipes médicas de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e a definição de indicadores.

D) Investimento no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022.

40) A proporção de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estimando-se 14% em 2025. Esta mudança demográfica corresponde a uma transição epidemiológica que resulta em um importante crescimento da demanda aos serviços sociais e de saúde (GARCIA et al., 2002).

A esse respeito, analise as assertivas.

I. Busca-se promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

II. A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso.

III. A valorização da educação em saúde dos profissionais de saúde em relação aos aspectos referentes à promoção e prevenção, necessidade de novas instâncias de cuidados, as marcantes deficiências qualitativas e quantitativas da força de trabalho em saúde e o desenvolvimento de programas e políticas custo-efetivas são elementos a serem

CÓDIGOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
307 – 308 – 309 – 310 – 311	Área de Concentração: Urgência e Trauma: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Serviço Social

considerados no desenvolvimento dos futuros modelos tecno-assistenciais em saúde.

A partir da análise efetuada, conclui-se que:

- A) Apenas a afirmativa III está correta.
- B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
- C) Apenas a afirmativa I está correta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.