

SAÚDE COLETIVA

1. Em conformidade com o texto sobre vigilância sanitária no Brasil (In: Campos, GWS et al) O "conceito normativo" do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, define a Vigilância Sanitária como:

- Um conjunto de ações pertinentes somente à gestão.
- Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.
- Um conjunto de ações capaz de aumentar a produção científica como membro de equipes.
- Um conjunto de ações capaz de intervir somente na questão cultural do indivíduo.
- Ações para intervir na ampliação do processo e da produção da comunidade

2. Continuando com o texto acima citado, os autores afirmam que a Vigilância exerce papel fundamental junto a outras políticas e na interface com estas para:

- Produção do consumo à população
- Recuperação das atividades oferecidas à população
- Proteção, promoção e recuperação da saúde
- Recuperação das atividades estruturais de gestão.
- Somente a produção do consumo utilizado na gestão.

3. Os autores supracitados referem que as funções de controle sanitário, para serem desenvolvidas, necessitam de suporte técnico e científico com os seguintes formatos de matérias:

- Legais e legislações organizadas nos códigos sanitários.
- De Programas e conferências organizadas.
- De Gestão ativa na comunidade
- De Condições de trabalho
- De Consolidação das intervenções

4. De acordo com o texto de Paim (2006) , indicado para esse processo. A sigla APS também tem o significado:

- Atenção a aposentadorias.
- Atenção para ações exclusiva de Saúde.
- Atenção Primária de Saúde.
- Atenção aos Sistemas da população.
- Atenção à Previdência social.

5. Ao conceber a APS como *estratégia*, o autor Tejada de Rivera (1992) destaca como princípios fundamentais:

- Participação, descentralização, ação multisetorial e tecnologia apropriada.
- Somente descentralização.
- Somente as Tecnologias inovadoras
- Somente descentralização e a história da população
- Somente evidências no Brasil de tecnologia inovadora.

6. Ainda no mesmo texto o autor refere que no Brasil, o Ministério da Saúde tem utilizado a expressão *atenção básica com o intuito de evitar a confusão com a concepção de APS correspondente "atenção primitiva de saúde"*. Desse modo, a *atenção básica de saúde (ABS)* tem sido definida no âmbito oficial, como: (BRASIL, 1998b)

- Apenas conjunto de ações individuais.
- Ações que evitem impactos voltados para a comunidade.
- Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação".
- Um conjunto de ações que vislumbrem o fortalecimento do sistema de informação.
- Ações estratégicas, individuais voltadas para avaliação de satisfação de cada indivíduo.

7. Conforme o texto de Andrade; Barreto; Bezerra (2001) o qual trata sobre Atenção primária e Saúde da família percebemos que em relação a Estratégia Saúde da Família(ESF) os autores afirmam que no Brasil; a implementação da ESF ocorreu claramente como:

- a) Uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.
- b) Uma ação de fortalecimento de vínculos entre a população e os profissionais de saúde.
- c) Uma estratégia para classificar os indicadores no contexto da saúde coletiva
- d) Estratégia para identificar a demanda comunitária.
- e) Uma forma de classificar os riscos à saúde do idoso.

**8.** No mesmo texto os autores citam conceitos importantes que compõe a essência da definição da ESF. Nesse sentido Unidade familiar é compreendida como:

- a) Desenvolvimento das relações interpessoais e comunitárias.
- b) Família nuclear com as relações e suas influências sociais e culturais.
- c) Unidade de desenvolvimento, com experiências e conflitos.
- d) A célula biológica e social, dentro da qual, o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinadas.
- e) A célula para o núcleo estrutural da vida.

**9.** A respeito de Estratégia Saúde da Família, o autor supracitado refere que a descrição das comunidades onde as equipes de ESF atuam é conhecida por:

- a) Espaço para realização de educação em saúde.
- b) Territorialização e adscrição de clientela.
- c) Espaço destinado para roda de conversa com a população.
- d) Espaço destinado a capacitações de agentes comunitários.
- e) Espaço destinado ao lazer da clientela.

**10.** Em conformidade com os autores acima citados os mesmos referem que na verdade, a ESF não foi implantada apenas com o intuito de organizar a Atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente:

- a) Consolidar o programa de assistência à saúde do idoso e estruturar apenas o sistema de informação.

- b) Para implantar o programa de humanização.
- c) Somente para avaliar a realidade política e administrativa.
- d) Avaliar o desenvolvimento histórico da população.
- e) Para estruturar esse sistema público de saúde, reafirmar a nova filosofia de atenção à saúde e consolidar os princípios organizativos do SUS.

**11.** São dispositivos da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8080/90) , EXCETO:

- a) A saúde é um direito fundamental do ser humano;
- b) É dever do Estado garantir a saúde através da formulação de políticas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos;
- c) A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) , em caráter prioritário;
- d) O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;
- e) É dever do Estado assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

**12.** A saúde é um direito de todos e dever do Estado, desenvolvido por uma política social e econômica que visa acima de tudo as ações e serviços para a sua:

- a) Proteção e recuperação;
- b) Promoção e recuperação;
- c) Regionalização, proteção e recuperação;
- d) Promoção, proteção e recuperação;
- e) Promoção, prevenção e centralização.

**13.** Sobre o conceito de Saúde Coletiva, assinale a alternativa correta:

- a) É formada por três disciplinas básicas: ciências sociais e humanas em saúde; epidemiologia e política e planejamento.
- b) É uma especialidade médica que trata de pacientes adultos, atuando principalmente em ambiente hospitalar.

- c) Para essa disciplina, as questões referentes à saúde do público são irrelevantes.
- d) Refere-se a um campo de conhecimento da área da Saúde que se caracteriza pelo estudo de aspectos biológicos da sociedade.
- e) Tem como objeto de estudo, exclusivamente, as relações entre o trabalho e a saúde.

**14.** A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos trabalhadores da saúde bem como da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, definiu que a Atenção Primária a Saúde seria estabelecida:

- a) Pelo planejamento de um bom serviço de nutrição valorizando o poder aquisitivo da população, garantindo a quem tivesse mais dinheiro para comprar alimentos, ter mais prioridade as ações de promoção e proteção de sua saúde.
- b) Pelos principais problemas sanitários da população, valorizando a atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde, pois como proposta mundial iria variar de acordo com a realidade dos diversos países e comunidades.
- c) Pelo processo saúde-doença e seus agravos, para que a população seja atendida com resolutividade, sendo as questões sanitárias secundárias de menor relevância nesse processo.
- d) Pela doença da comunidade, com atendimento específico para cada situação apresentada, com atendimento por especialista, centrado na organização estabelecida pelo médico para cada diagnóstico estabelecido.
- e) Pelo o que é valorizado na APS, como: a doença, a cura, a especificidade de cada um e o domínio pelo profissional da saúde.

**15.** O decreto nº 7.508 de 28/06/2011 que Regulamenta a Lei no 8.080, estabelece que a constituição de uma Região de Saúde, deve conter minimamente, ações e serviços de:

- a) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- b) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e atenção a saúde do trabalhador.
- c) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; vigilância ambiental; e vigilância em saúde.
- d) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.
- e) Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e atenção psicossocial.

**16.** A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que tem como prerrogativa, aprovar a nova Política Nacional de Atenção Básica bem como instituir a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, imprime que pode ser afirmado o que segue corretamente no item:

- a) Todos os profissionais de saúde, membros da equipe saúde da família, sem exceções, deverão cumprir carga horária de 40 (quarenta) horas semanais.
- b) O número de agentes comunitários de saúde deverá cobrir no mínimo 50% da população cadastrada.
- c) Cada equipe de Saúde da Família deverá ser responsável por no máximo 5.000 pessoas.
- d) Cada equipe de Saúde da Família deverá ser responsável por no máximo 5.000 pessoas, além do que é estabelecido legalmente, garantindo assim acesso a todos da comunidade atendida.
- e) A equipe de Saúde da Família deverá ser multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de Enfermagem, e ACS, podendo acrescentar a esta composição, dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal.

**17.** Vários eventos contribuíram largamente para o desenvolvimento do setor saúde, assim marque a alternativa correta relacionada a

Conferência Internacional que teve como proposta “a criação de ambientes saudáveis”

- a) Conferência de Adelaide, realizada na Austrália em 1988.
- b) A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa.
- c) A Conferência de Sundsvall realizada na Suécia em 1991
- d) A Conferência de Jacarta realizada na Indonésia em 1998.
- e) A Conferência de Willian realizada no Canadá em 1996.

**18.** No conjunto dos Princípios da Promoção da Saúde, um vem ocupando espaço significativo nas políticas sociais, sendo que este tem como objetivo, garantir acesso universal à saúde estando relacionado à justiça social, valorizando as necessidades diferenciadas. As informações referem-se:

- a) A Universalidade
- b) A Equidade
- c) A Intersetorialidade
- d) A Sustentabilidade
- e) A Integralidade

**19.** Considerando que a saúde coletiva propõe outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, como descrito no capítulo: Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva, no qual Carvalho e Ceccim (2006) referem que “a saúde coletiva privilegia, nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão e as ações da saúde coletiva têm como eixo norteador, respectivamente:

- a) Práticas de saúde, as políticas, os saberes, a ênfase na integralidade e necessidades sociais.
- b) Necessidades sociais, as práticas, as técnicas, os instrumentos e ações de saúde.
- c) As políticas, as práticas, as técnicas, os instrumentos e as necessidades sociais.
- d) As técnicas, as práticas de saúde, as ações de saúde, a ênfase na integralidade e os instrumentos.
- e) As ações de saúde, as políticas, as técnicas, as necessidades sociais e os instrumentos.

**20.** Conforme descrito por Akerman e Feuerwerker (2006) , “a saúde coletiva pode ser vista como metadisciplina articuladora, ao trazer para organização e gestão da Estratégia Saúde da Família os conceitos”:

- a) Território, área de risco, busca ativa de caso, acolhimento, vínculo e responsabilização.
- b) Responsabilidade compartilhada, esferas de governo, financiamento, ações intersetoriais, acolhimento, vínculo.
- c) Corresponsabilidade, esferas diferentes de governo, território, área de risco, financiamento, vínculo.
- d) Necessidade de integração, linhas de cuidado, esferas de governo, disciplinaridade, área de risco, responsabilização.
- e) Ações intersetoriais e extrasetoriais, necessidade de integração, responsabilidade.

**21.** De acordo com as cartas das conferências internacionais de Promoção da Saúde e a literatura da área técnica, “a valorização da saúde como produto social, cujo enfoque de determinação social da saúde, coloca como princípio e objetivo promoção da saúde” (WESTPHAL, 2006):

- a) Acolhimento.
- b) Humanização.
- c) Integralidade.
- d) Equidade social.
- e) Vínculo.

**22.** A portaria n 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ,de acordo com esta portaria para assegurar resolutividade na rede de atenção, dentre os cinco fundamentos três são considerados como lógica fundamental da organização da rede de atenção à saúde, são eles:

- a) Qualidade, suficiência e acesso.
- b) Economia de escala, qualidade e acesso.
- c) Disponibilidade de Recursos, qualidade e acesso.
- d) Economia de escala, Disponibilidade de Recursos e suficiência.
- e) suficiência, Economia de escala, Disponibilidade de Recursos.



**23.** Nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, (2008) , no seu item 4 trata das Diretrizes, e este está composto de 4 subitens, dentre os quais o subitem 4.1 cujo título Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT, destaca que “em se tratando das DCNT, elas têm sua especificidade, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida das pessoas e suas famílias, neste contexto, destaca:

- a) O controle integrado, a ação integrada com outros setores, tomada de decisão baseada em evidências científicas.
- b) A ação integrada com outros setores, tomada de decisão baseada em evidências científicas, diagnóstico precoce.
- c) Exames complementares, Exames laboratoriais, a ação integrada com outros setores.
- d) Monitoramento dos fatores de risco, a ação integrada com outros setores, tomada de decisão baseada em evidências científicas,
- e) Encaminhamentos às especialidades, monitoramento dos fatores de risco, o controle integrado.

**24.** O documento que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, é:

- a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- b) Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007
- c) Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
- d) Decreto nº 7508, de 28 de junho d 2011.
- e) Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

**25.** A Lei 8080/1990, em seu Art. 13. descreve “A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- a) I – Recursos financeiros III profissional de ensino médio, II ciência e tecnologia, IV recursos humanos, V saneamento e ecologia
- b) . I – Alimentação e nutrição, III profissional de ensino superior, II ciência e tecnologia, IV recursos humanos, V saneamento e ecologia
- c) I - Alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador.
- d) I - Recursos humanos, III profissional de ensino superior, II ciência e tecnologia, IV recursos humanos, V saneamento e ecologia.
- e) I – Recursos externos, II – Saneamento básico, III Profissional de membro do grupo, IV vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.

#### **ATENÇÃO A SAÚDE DO ADULTO E IDOSO**

**26.** No estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de saúde (Silva et al, 2010), esta foi concebida e modelada para prontuário eletrônico na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, subsidiada no modelo de 8 eixos de classificação de fenômenos de enfermagem, inseridas na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem-CIPE. Essas classificações das práticas de enfermagem têm por finalidades:

- a) promover comportamento de responsabilidade profissional e criar visibilidade de representação social.
- b) atender diferentes demandas considerando aspectos da situação socioeconômico-cultural e padronizar a linguagem profissional.
- c) discutir a permanência de adoção de posicionamento profissional e reordenar o conjunto de índice de produtividade da enfermagem.
- d) demonstrar a situação real de demandas e promover cuidados preventivos, paliativos e curativos.
- e) promover cuidados preventivos, paliativos e curativos e padronizar a linguagem profissional.

**27.** A classificação etiológica do diabetes mellitus envolve o Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional e outros tipos específicos de DM, cada tipo com especificidade fisiopatológica diferenciada na forma de se desenvolver, ocasionando diferenciação no cuidado e terapêutica para o controle, considerando ser uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia. Ainda como classificação as Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015), cita duas categorias referidas como pré-diabetes, são elas:

- a) DM lipoatrófico e Glicemia de jejum alterada.
- b) Glicemia de jejum alterada e DM neonatal transitório.
- c) DM mitocondrial e tolerância a glicose diminuída.
- d) Glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída.
- e) Tolerância à glicose diminuída e resistência à insulina tipo A e B.

**28.** O Caderno de Atenção Básica: ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, traz entre as suas discussões: Incontinência Urinária. A Incontinência Urinária (IU) ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais freqüentemente com o aumentar da idade, principalmente, nas mulheres, na perimenopausa. As causas crônicas podem ser divididas em quatro grupos, e possuem seus sintomas que são respectivamente:

a)

<b>ESFORÇO</b>	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal).
<b>URGÊNCIA</b>	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes,

	ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.
<b>SOBREFLUXO</b>	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfinteriana.
<b>FUNCIONAL</b>	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.

b)

<b>URGÊNCIA</b>	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal).
<b>ESFORÇO</b>	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.
<b>SOBREFLUXO</b>	Escape de urina

	(quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfincteriana.
FUNCIONAL	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.

c)

ESFORÇO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal).
URGÊNCIA	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.
FUNCIONAL	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a

	função esfincteriana.
SOBREFLUXO	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.

d)

ESFORÇO	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfincteriana.
URGÊNCIA	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.
SOBREFLUXO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal).
FUNCIONAL	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição

	psicológica ou barreiras no ambiente.	Diabetes (2014-2015), as recomendações para os valores de 5,7% e 6,4% e o valor $\geq$ 6,5% indicam respectivamente: a) Diabetes Mellitus e Alto risco para o desenvolvimento de diabetes. b) Baixo risco para o desenvolvimento de diabetes e Diabetes Mellitus tipo 1. c) Alto risco para o desenvolvimento de diabetes e Diabetes Mellitus Tipo 2. d) Baixo risco para o desenvolvimento de diabetes e Diabetes Mellitus. e) Alto risco para o desenvolvimento de diabetes e Diabetes mellitus.	
e)	ESFORÇO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal).	
URGÊNCIA	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.	<p><b>30.</b> Para o controle ideal da Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) recomenda Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco para tomada de decisão terapêutica. Na avaliação clínica o exame físico minucioso é um dos procedimentos que deve ser realizado, no qual está recomendada a obtenção do índice tornozelo braquial (ITB) que pode ser útil para avaliar evidências de obstrução, neste contexto, os valores do ITB recomendado pelas referidas VI Diretrizes são: acima de 0,90, 0,41–0,70; 0,71–0,90; 0,00–0,408,9 estes valores são considerados:                  a) Normal; Obstrução leve; Obstrução moderada; Obstrução grave.                  b) Obstrução leve; Normal; Obstrução moderada; Obstrução grave.                  c) Normal; Obstrução grave; Obstrução moderada; Obstrução leve.                  d) Obstrução leve; Obstrução moderada; Obstrução grave; Normal.                  e) Obstrução grave; Obstrução leve; Obstrução moderada; Normal.</p>	
SOBREFLUXO	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfinteriana.		
FUNCIONAL	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	<p><b>31.</b> No texto Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel (Mássimo; Souza; Freitas, 2015), trata-se de um estudo que teve como objetivo “compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vida de pessoas selecionadas a partir da amostra do Vigitel, 2010, em Belo Horizonte, Minas</p>	

**29.** Em 2009 a hemoglobina glicada (Hb1Ac) foi um dos critérios de diagnósticos do diabetes mellitus. Nas Diretrizes Sociedade Brasileira de



Gerais”, nos resultados emergiram duas categorias: Promoção da saúde:

uma prática ainda distante e a cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença. Em relação a primeira categoria com base nos resultados e discussão dos mesmos, afirma-se:

a) Promoção da saúde em cada faixa etária é modulada pelas representações de idade e hereditariedade relacionadas às DCNT.

b) Nas três faixas etárias analisadas, os sujeitos pensam e promovem saúde de formas diferentes.

c) Intervenções preventivas em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as estratégias de mudança de estilos de vida na população em geral.

d) A preocupação e a capacidade de cuidado vão evoluindo e melhorando conforme a idade vai aumentando.

e) Investigações clínicas e epidemiológicas tornaram possível a identificação de diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo

a) A , B, C estão corretas.

b) C,D,E estão corretas.

c) B,D,E estão corretas.

d) A,B,D estão corretas.

e) A, C, E estão corretas.

**32.** A consulta de enfermagem é o momento que oportuniza o profissional e o cliente vivenciar a relação de promoção da saúde. De acordo com Curcio, Beck e Lima (2012) no capítulo sobre “Subsídios para a consulta de enfermagem ao paciente com Diabetes Mellitus”, uma das etapas da consulta de enfermagem é o planejamento e implementação da assistência de enfermagem, nesta etapa a ação mais importante é:

a) Determinação o quanto as metas de cuidados foram alcançadas.

b) Verificação se a assistência prescrita facilitou a tomada de decisão quanto a mudança de comportamento.

c) Processo educativo para o controle metabólico adequado

d) Auxiliar o exame físico e a coleta de dados do histórico de enfermagem.

e) Identificação das necessidades, dos problemas e das preocupações do cliente.

**33.** As atividades do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas atividades de vida diária (AVD). Na saúde do idoso as AVDs são avaliadas para que se obtenham parâmetros do grau de funcionalidade global, a qual é a capacidade de funcionar sozinho ou de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo, neste sentido, as AVDs, de acordo como Moraes (2012) podem ser classificadas de acordo com o grau de complexidade em básicas, instrumentais e avançadas, as quais são assim denominadas respectivamente:

a) Atividades relacionadas ao autocuidado, Atividades relacionados a independência, Atividades relacionados dependência parcial.

b) Atividades relacionadas ao domicílio, Atividades relacionadas ao autocuidado, Atividades relacionadas à integração social.

c) Atividades relacionadas a comunicação, Atividades relacionadas ao humor, Atividades relacionadas a cognição.

d) Atividades relacionadas a mobilidade, Atividades relacionadas ao autocuidado, Atividades relacionadas à integração social.

e) Atividades relacionadas ao estado de saúde, Atividades relacionadas ao lazer, Atividades relacionadas à integração cultural.

**34.** Entre os modelos de atenção a saúde, Moraes (2012) apresenta o Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC), desenvolvido por Mendes (2011). De acordo com Moraes esse modelo está fortemente ligado no modelo proposto por Wagner (1998), conhecido como Modelo de Atenção Crônica (MAC), o qual representa uma solução multidimensional para um problema complexo e está composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos, que são:

a) sistema de atenção a saúde e a comunidade.

- b) sistema de atenção ao idoso frágil e sistema institucional.
- c) instituição de longa permanência e hospital dia.
- d) sistema de atenção a saúde e hospital geriátrico.
- e) sistema de atenção ao idoso e comunidade.

**35.** Na consulta de enfermagem para pessoa com hipertensão arterial sistêmica-HAS, é recomendado o exame físico, no qual os aspectos relevantes são recomendados no caderno de atenção básica – Hipertensão Arterial Sistêmica n 37 (BRASIL, 2013), a avaliação das extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem:

- a) Coarctação da aorta e insuficiência cardíaca congestiva.
- b) Doença artéria periférica e insuficiência cardíaca congestiva.
- c) Coarctação da aorta ou doença arterial periférica.
- d) Doença artéria periférica e insuficiência cardíaca.
- e) Doença arterial e insuficiência cardíaca.

**36.** A portaria nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009 aborda a política nacional de Atenção integral à saúde do homem, e no seu Art. 4º menciona os objetivos desta Política. Assim leia e análise os objetivos abaixo:

- I- Implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, excluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
- II- Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- III- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores apenas na área urbana, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;

Conforme a avaliação dos objetivos acima aponte a alternativa correta:

- a) Apenas a I é correta
- b) Apenas a II é correta
- c) Apenas III é correta
- d) São corretas a I e II
- e) São corretas a I e III

**37.** A Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, traz este trecho:

“Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.” Este trecho se refere de qual item da política:

- a) Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa.
- b) Provimento de Recursos capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
- c) Estímulo à participação e fortalecimento do controle Social
- d) Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS.
- e) Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas.

**38.** Ainda sobre o Caderno de Atenção Básica: ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, outro tema abordado é o HIV e o envelhecimento, e sobre a prevenção a esta população é correto afirmar:

- a) A realização das ações de prevenção nas Unidades Básicas de Saúde não permitirá uma capilarização de ações, possibilitando que um número maior de pessoas idosas sejam orientadas e acessem os insumos.

- b) Uma exceção das medidas preventivas é: Articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações.
- c) Não é importante e necessário reforçar o acolhimento destes segmentos populacionais no serviço como um direito de cidadania.
- d) O Marco referencial para a implementação de ações de prevenção está baseado apenas na avaliação das vulnerabilidades individuais, desconsiderando a social e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos.
- e) São consideradas medidas preventivas: 1) Testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional. 2) Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades desse grupo, na rede de Atenção Básica. 3) Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e a lubrificantes.

**39.** O artigo científico de Moura, et al (2014) cujo o assunto é: Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família, explana a seguinte idéia: *“Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) apontaram que, em 2010, o número total de consultas médicas para homens entre 20 e 59 anos de idade apresentado ao gestor do SUS e registrado no sistema foi de 3.217.197, o que resulta numa média de 0,06 consulta/homem/ano”*. Qual o significado que autor do artigo científico, dá a este trecho? Marque a alternativa correta:

- a) Há um baixo atendimento ao homem, situação se configura como consequência da histórica priorização da população feminina e infantil pelo próprio setor saúde e também pela dificuldade de verbalização das necessidades de saúde, do próprio homem, no contexto da assistência, que se encontra enraizada à própria noção de invulnerabilidade.
- b) Há um alto atendimento ao homem porque eles buscam e costumam chegar aos serviços de saúde sem intercorrências graves. Segundo a visão dos profissionais de saúde, os homens buscam os serviços para fins preventivos.
- c) Há um alto atendimento ao homem porque hoje há uma política nacional que normatiza e

- garante o atendimento, e assim houve mudança no cenário do atendimento e esta clientela, sendo mais elevado do que o atendimento feito para as crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de saúde.
- d) Há um baixo atendimento ao homem porque eles são menos vulneráveis aos problemas de saúde por isso não necessitando de uma política específica que facilite e amplie o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS
- e) Nenhuma das alternativas acima são corretas.

**40.** Conforme o Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença Crônica Obesidade de Brasil (2014), a obesidade, além de ser um fator de risco para uma série de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, possui evidências convincentes que permitem afirmar que também aumenta o risco para desenvolvimento do câncer. São diversos os mecanismos que explicam esse maior risco das pessoas com excesso de peso e o câncer, é entre eles está:

- a) Um deles é que o câncer tem como causa a diminuição da secreção pancreática de insulina e uma diminuição da ação da insulina ou resistência à insulina nos órgão periféricos, resultando em hiperglicemia e glicotoxicidade.
- b) Um deles é que o câncer se desenvolve exclusivamente a partir de um vaso sanguíneo bloqueado, frequentemente pela formação de uma placa aterosclerótica ou pela presença de um coágulo que chega através da circulação de uma outra parte do corpo.
- c) Um deles indica que as próprias células de gordura produzem fatores pró-inflamatórios que podem agredir células saudáveis e transformá-las em células precursoras de câncer.
- d) Um deles é que as pessoas com excesso de peso apresentam menor concentração de hormônios que estimulam a proliferação celular e inibem a apoptose (morte programada das células), e isso também pode provocar a iniciação de um câncer.
- e) Nenhuma das alternativas acima são corretas.

**41.** Conforme o Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença Crônica Obesidade de Brasil (2014), cita que a circunferência da cintura permite identificar a localização da gordura corporal, já que o padrão de distribuição do tecido adiposo em indivíduos adultos tem relação direta com o risco de morbimortalidade. A classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura é:

- a) Valor de circunferência da cintura: Mulheres >80,0 cm e Homens >94,0 cm.
- b) Valor de circunferência da cintura: Mulheres >80,0 cm e Homens <94,0 cm.
- c) Valor de circunferência da cintura: Mulheres <70,0 cm e Homens >94,0 cm.
- d) Valor de circunferência da cintura: Mulheres >80,0 cm e Homens <94,0 cm.
- e) Valor de circunferência da cintura: Mulheres <60,0 cm e Homens <90,0 cm.

**42.** Segundo o caderno de Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica de Brasil (2013), traz Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS. Sobre este assunto análise as afirmações abaixo:

I - Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

II - Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 5.000 mg de sódio).

III - Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi).

Após análise das afirmações acima aponte a alternativa correta:

- a) I, II, III, são corretas.
- b) I e III são corretas
- c) I e II são corretas.
- d) Apenas a I é correta.
- e) Apenas a III é correta.

**43.** A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) é

um projeto desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000. Nichiata et al (2012) apresentam em seu artigo as características da CIPESC® descritas a seguir. Marque a alternativa incorreta.

a) Frente à grande diversidade de termos utilizados pelos componentes da enfermagem, acredita-se ser a CIPESC®, uma ferramenta potente para a padronização da linguagem em Enfermagem em Saúde Coletiva (ESC).

b) Constitui-se num meio/instrumento do trabalho do enfermeiro, ao sistematizar os elementos de sua prática, possibilitando dar visibilidade exclusivamente do ponto de vista assistencial.

c) A CIPESC® compreende que o processo saúde-doença resulta da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais reproduzem-se, em termos de suas condições de trabalho e vida.

d) O inventário possui termos que podem expressar práticas de enfermagem ancoradas na ótica do processo saúde-doença.

e) A CIPESC® é um instrumental pedagógico potente para a formação e qualificação de enfermeiros brasileiros comprometidos com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**44.** A funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada de forma minuciosa, utilizando-se todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar o seu desempenho em todas as atividades de vida diária. A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal e sim às incapacidades mais frequentes no idoso (MORAES, 2012). O comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades e, por conseguinte, as grandes síndromes geriátricas. Dentre elas, podemos citar:

a) Incapacidade cognitiva, Instabilidade postural, Imobilidade, Incontinência e Incapacidade comunicativa.



b) Incapacidade física, incapacidade social, incapacidade alimentar, Incontinência e Incapacidade comunicativa.

c) Incapacidade cognitiva, Instabilidade postural, Imobilidade, Incontinência e Incapacidade socioafetiva.

d) Incapacidade física, incapacidade social, incapacidade alimentar, Incompetência e Incapacidade comunicativa.

e) Incapacidade cognitiva, Instabilidade postural, mobilidade prejudicada, Incontinência e processo comunicativo alterado.

**45.** O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Todavia, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso (LACAS; ROCKWOOD, 2012). Fried (2001) definiu algumas exigências para o diagnóstico de síndrome de fragilidade, baseadas na presença de alguns critérios, quais são eles?

a) ganho de peso, fadigabilidade, fraqueza, sono prejudicado e lentificação da marcha.

b) perda de peso, osteoporose, fraqueza, baixo nível de atividade física e marcha anserina.

c) perda de peso, fadigabilidade, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

d) perda de peso, fadigabilidade, fraqueza, sono prejudicado e marcha apráxica.

e) ganho de peso, fadigabilidade, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

**46.** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Com relação ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica marque a resposta incorreta.

a) A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial

(PA) pela medida casual. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.

b) A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório.

c) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes.

d) O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 10/20 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente.

e) A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

**47.** Para a tomada da decisão terapêutica na hipertensão arterial sistêmica, é necessária a estratificação do risco cardiovascular global, que levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco clássicos cardiovascular adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares. Marque a questão que apresenta fatores de risco clássicos cardiovascular adicionais.

a) Idade (homem  $> 65$  e mulheres  $> 75$  anos), Tabagismo, Etilismo, Dislipidemias: triglicérides  $\geq 150$  mg/dl; LDL colesterol  $> 100$  mg/dl e HDL  $< 40$  mg/dl, Diabetes melito, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens  $< 55$  anos e mulheres  $< 65$  anos

b) Idade (homem  $> 65$  e mulheres  $> 75$  anos), Tabagismo, Etilismo, Dislipidemias: triglicérides  $\geq 150$  mg/dl; HDL colesterol  $> 100$  mg/dl e HDL



< 40 mg/dl, Diabetes melito, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

c) Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos), Tabagismo, Sedentarismo, Dislipidemias: triglicérides  $\geq$  150 mg/dl; HDL colesterol > 100 mg/dl e HDL < 40 mg/dl, Diabetes melito, tipo I, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 65 anos e mulheres < 75 anos

d) Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos), Tabagismo, Dislipidemias: triglicérides  $\geq$  150 mg/dl; LDL colesterol > 100 mg/dl e HDL < 40 mg/dl, Diabetes melito, tipo I, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 65 anos e mulheres < 75 anos

e) Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos), Tabagismo, Dislipidemias: triglicérides  $\geq$  150 mg/dl; LDL colesterol > 100 mg/dl e HDL < 40 mg/dl, Diabetes melito, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

**48.** A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas. Marque a alternativa que aponta os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

a) Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

b) Essa política tem como princípios a factibilidade e coerência, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e

aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

c) Essa política tem como princípios a integralidade e viabilidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

d) Essa política tem como princípios a responsabilidade e união, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

e) Essa política tem como princípios a humanização e a equidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

**49.** Atualmente a obesidade é classificada como Doença Crônica não Transmissível - DCNT e integra o grupo de Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANTs, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). No Brasil, é um dos fatores de maior risco para o adoecimento de adultos. Para diagnosticar a obesidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota o IMC. Conforme a classificação da OMS para o peso em normal (18,5 – 24,9), sobrepeso (25 – 29,9) e obesos de classes I (30 – 34,9), II (35 – 39,9) e III (= /> 40), é correto se classificar um paciente com 1,70 m de altura e 110 Kg como

a) normal.

b) sobrepeso.

c) obeso classe I.

d) obeso classe II.

e) obeso classe III.

**50.** Em relação ao Diabetes Mellitus (DM), segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

I- Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia.

II- A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos "DM insulino dependente" e "DM

insulino independente" devem ser eliminados dessa categoria classificatória.

III- O DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina.

IV- O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles.

Assinale a sequência correta.

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