SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE BIOLOGIA

26) É correto afirmar sobre o Art. 4º do Decreto Nº 88.438, de 28 de junho de 1983 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biólogo:
a) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia CFB/CRB criados pela Lei nº 88.438., de 28 de junho de 1983, e alterada pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1983, constituem, em seu conjunto, uma autarquia federal, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério de Ciência e Tecnologia.
b) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia CFB/CRB criados pela Lei nº 6.684., de 03 de setembro de 1979, e alterada pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982, constituem, em seu conjunto, uma autarquia federal, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério de Ciência e Tecnologia.
c) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia CFB/CRB criados pela Lei nº 88.438., de 28 de junho de 1983, e alterada pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1983, constituem, em seu conjunto, uma organização federal de classe, com personalidade jurídica de direito privado de classe profissional, autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério do Trabalho.
d) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia CFB/CRB criados pela Lei nº 6.684., de 03 de setembro de 1979, e alterada pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982, constituem, em seu conjunto, uma autarquia federal, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério do Trabalho.
e) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia CFB/CRB criados pela Lei nº 6.684., de 03 de setembro de 1979, e alterada pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982, constituem, em seu conjunto, uma autarquia federal, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, vinculada ao Ministério da Previdência Social.

27) De acordo com o Art. 27 do Decreto Nº 88.438, de 28 de junho de 1983 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biólogo, é correto afirmar que para se inscrever no Conselho Regional de sua jurisdição o Biólogo deverá:
a) I - satisfazer as exigências da Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979; II - não estar impedido de exercer a profissão; III - gozar de boa reputação por sua conduta pública; apresentar certidão negativa dos órgãos trabalhistas; e, pagar a taxa anual do registro profissional.
b) I - satisfazer as exigências da Lei nº 88.438, de 28 de junho de 1983**;** II - não estar impedido de exercer a profissão; III - gozar de boa reputação por sua conduta pública; e, pagar a taxa anual do registro profissional.

c) I - satisfazer as exigências da Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979; II - não estar impedido de exercer a profissão; III - gozar de boa reputação por sua conduta pública;
d) I - satisfazer as exigências da Lei nº 88.438, de 28 de junho de 1983**;** II - não estar impedido de exercer a profissão; III - gozar de boa reputação por sua conduta pública.
e) I - satisfazer as exigências da Lei nº 88.438, de 28 de junho de 1983; II - não estar impedido de exercer a profissão; III - gozar de boa reputação por sua conduta pública; apresentar certidão negativa dos órgãos trabalhistas; e, pagar a taxa anual do registro profissional.

28) Em relação às normas de segurança em laboratórios, a definição do termo Sistema Teste é:
a) estrutura complexa (equipamentos e reagentes) de análise laboratorial, que compõem uma série de métodos simples, que juntos formam um sistema;
b) qualquer material encaminhado para exame, análise ou armazenamento, tal como: amostra do S.T, amostra de substancia teste ou de referencia;
c) o conjunto de estratégia de administração orientada a criar consciência de Qualidade e Biossegurança em todos os processos organizacionais escritos em políticas,programas, procedimentos e instruções que devem ser documentadas e comunicadas a todo pessoal pertinente;
d) qualquer animal, microorganismo,sistema celular, químico ou físico ou sua combinação, incluindo sistema ecológico que sejam objetos de estudo;
e) um conjunto de normas que dispõe sobre o funcionamento de laboratórios analíticos que realizam análises em produtos sujeitos à Vigilância Sanitária e dá outras providências

29) Assinale a sequencia correta que traz a classificação sintética dos riscos biológicos-NR32 em relação a Microorganismos Infectantes:
a) Grupo de Risco I – Pouco risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo III – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo IV – Elevado risco individual e comunitário;
b) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário;
c) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário; Grupo V – Sem risco individual e comunitário;
d) Grupo de Risco I – Sem risco individual e comunitário; Grupo II – Pouco risco individual e comunitário;; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo V – Elevado risco individual e comunitário;
e) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário moderado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário; Grupo V – Sem risco individual e comunitário;

30) O laboratório de contenção máxima, que se destina a manipulação de microrganismos da classe de risco onde há o mais alto nível de contenção, além de representar uma unidade geográfica e funcionalmente independente de outras áreas e que requer, além dos requisitos físicos e operacionais dos níveis de contenção 1, 2 e 3, barreiras de contenção (instalações, desenho equipamentos de proteção) e procedimentos especiais de segurança, correspode a laboratórios de:
a) Nível de Biossegurança 5,
b) Nível de Biossegurança 4;
c) Nível de Biossegurança 3;
d) Nível de Biossegurança 2;
e) Nível de Biossegurança 1,

31) Método de Hoffman, Pons e Janer ou de Lutz são métodos utilizados na rotina parasitológica de fezes. Em relação a estes métodos é correto afirmar que:

a) Fundamentam-se em centrífugo-flutuação de cistos, oocistos, ovos leves e larvas em solução de sulfato de zinco, na densidade 1,18g/ml. Para fezes preservadas recomenda-se a densidade de 1,20g/ml. É indicado para a concentração de cistos de protozoários
b) Fundamentam-se no termo hidrotropismo positivo de larvas de nematóides, como as larvas de *S. stercoralis* e de ancilostomídeos. A temperatura da água deve estar entre 40 e 45°C.
c) Exame direto a fresco permite visualizar a motilidade de trofozoítos dos protozoários em fezes recém emitidas, analisadas até 30 minutos após a evacuação. Para a identificação de cistos de protozoários e larvas de helmintos, a preparação deve ser corada com lugol.
d) Utilizados para a pesquisa de cistos, oocistos, ovos e larvas. Fundamenta-se na sedimentação espontânea em água, sendo indicado para recuperação de ovos considerados pesados como os de *Taenia spp*, *S. mansoni* e ovos inférteis de *A. lumbricoides*.
e) Fundamentam-se em centrífugo-sedimentação de cistos, oocistos, ovos e larvas em sistema formalina-éter ouformalina-acetato de etila. É indicado para a concentração de cistos e oocistos de protozoários.

32) O Método de exame microscópio usado para pesquisa de fungos (leveduriformes e particularmente filamentosos) em material biológico na presença de muco, restos celulares, pelos, unhas, etc., refere-se ao:
a) Direto sem coloração em solução salina
b) Indireto com coloração em solução salina
c) Direto com coloração em solução salina
d) Direto sem coloração em Hidróxido de potássio
e) Direto com coloração em Hidróxido de potássio

33) Meio de cultura rico e não seletivo, permite o crescimento da grande maioria das bactérias aeróbias e facultativas. Quando incubado em CO_2 dá suporte também ao crescimento dos microaerófilos. Pode-se observar halos esverdeados com colônias alfa-hemolíticas. Estamos referindo o meio:
a) Ágar MacConkey (MC)
b) Ágar chocolate (AC)
c) Ágar Iogurte (AI)
d) Ágar sangue (AS)
e) Ágar Hecktoen Enteric (HE)

34) A Norma Regulamentadora 26 do Ministèrio do Trabalho e Emprego tem como objetivo fixar as cores que devem ser usadas nos locais de trabalho para a prevenção de acidentes. Em relação às cores Azul e Laranja, correspondem respectivamente:

a) Cor utilizada para indicar “cuidado”, ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Será usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência; Cor que deverá ser empregada para identificar canalizações contendo ácidos, faces internas de caixas protetoras de dispositivos elétricos, face externa de polias e engrenagens, etc.

b) Cor que caracteriza “segurança”. Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos, dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor utilizada para indicar “cuidado”, ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Ser· usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência.

c) Cor que caracteriza “segurança”. Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos, dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor utilizada em canalizações deve ser empregada para identificar gases não liquefeitos. Também pode ser empregada para indicar cuidado, assinalando, por exemplo, meios-fios, corrimãos, cavaletes, etc.

d) Cor que caracteriza “segurança”. Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos,

dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor que deve ser usada para indicar os perigos provenientes das radiações eletromagnéticas penetrantes de partículas nucleares, como, por exemplo, em porta e aberturas que d„o acesso a locais onde se manipulam ou armazenam matérias radioativas ou materiais contaminados por radioatividade.

e) Cor utilizada para indicar "cuidado", ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Será usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência; Em canalizações, deve ser empregada para identificar gases n„o liquefeitos. Também pode ser empregada para indicar cuidado, assinalando, por exemplo, meios-fios, corrimãos, cavaletes, etc.

35) As recomendações de biossegurança em biotérios para atividades com vertebrados em função do grau de contenção e complexidade do nível de proteção apresentam quatro níveis, conforme a seguir:

a) Nível I: não causa doença; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão; Nível IV: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde.
b) Nível I: não causa doença; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível IV: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão.
c) Nível I: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão; Nível II: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível III: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível IV: não causa doença.
d) Nível I: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão; Nível IV: não causa doença;
e) Nível I: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível II: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível III: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível IV: não causa doença.

36) A sequência de figuras abaixo se refere aos símbolos dos sinais de segurança de laboratórios, representando, respectivamente:

a) 1. Aviso Geral de Perigo; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Biológico; 10.Cuidado Laser;

b) 1. Aviso Geral de Perigo; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Cuidado Risco Biológico;

c) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Cuidado Risco Biológico;

d) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9. Cuidado Risco Biológico; 10. Cuidado Risco Laser;

e) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5. Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Aviso geral de Perigo;

37) Os Padrões Ambientais conforme a resolução CONAMA nº 03, de 08.03.90, estabelece padrões de qualidade do ar externo, que possuem duas interpretações:

a) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações abaixo das quais se prevê o mínimo efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente.

b) Padrões Primários: Concentrações abaixo das quais se prevê o mínimo efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente; e, Padrões Secundários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população.

c) Padrões Primários: concentrações abaixo das quais não há efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente; e, Padrões Secundários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população.

d) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados não afetam a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações das quais se prevê que se ultrapassados afetam a saúde da população.

e) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados afetam a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações das quais se prevê que se ultrapassados não afetam a saúde da população.

38) Nos relatórios do IBGE e Ministério das Cidades está indicado que Macapá é a segunda capital brasileira que menos apresenta saneamento básico. A falta de saneamento pode veicular uma série de doenças que atingem a toda a população, em especial as crianças e idosos. Dentre as doenças de veiculação hídrica que podem ser veiculadas por águas de esgoto não tratado em dias de chuva, temos:
a) Tuberculose
b) Leptospirose
c) Pneumonia
d) Hanseníase
e) Leishmaniose

39) A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 2,4 milhões de pessoas morrem anualmente devido a causas diretamente relacionadas à poluição do ar. A poluição do ar é definida como sendo a degradação da qualidade do ar como resultado de atividades diretas ou indiretas que, dentre outros males, prejudicam a saúde, a segurança e o bem-estar da população. Em lugares onde a poluição do ar é presente, a população, imediatamente é acometida principalmente por:

a) alveolite, labirintite, rinite e glossite
b) anemia falciforme, hipertensão, labirintite
c) osteomielite, rinites, faringite e bronquite
d) esofagite, glossite, apendicite e bronquite
e) conjuntivite, rinite, faringite e bronquite

40) Os principais poluentes do ar nas cidades são:
a) Hidrocarbonetos, monóxido de carbono e monóxido de dihidrogênio;
b) Monóxido de carbono, dióxido de enxofre e monóxido de dihidrogênio;

c) Hidrocarbonetos, aldeídos e monóxido de dihidrogênio;
d) Óxido de nitrogênio, material particulado e monóxido de carbono;
e) Dióxido de carbono, monóxido de dihidrogênio e óxido nítrico;

41) O mosquito do gênero Culex é transmissor da doença:
a) Leishmaniose
b) Doença de chagas
c) Febre-amarela
d) Filariose
e) Chikungunya

42) Não muito recentemente no Brasil ocorreu uma invasão de um molusco exótico chamado vulgarmente de caramujo africano, cujo nome científico é *Achantina fullica.* Estudos ainda estão sendo realizados para saber as possíveis doenças possíveis de serem transmitidas por este molusco, dentre elas podemos indicar:
a) Hanseníase
b) Vitiligo
c) Lupus
d) Esquistossomose
e) Nenhuma das respostas

43) São exemplos de animais venenosos e animais peçonhentos, respectivamente:
a) jararaca e cascavel
b) cascavel e lagarta taturana
c) sapo e peixe baiacú
d) Aranha e escorpião
e) Peixe baiacu e abelha

44) Os resíduos sólidos urbanos ocupam papel estratégico na estrutura epidemiológica de uma comunidade, destacando-se na via de transmissão de doenças provocadas por vetores, que encontram no lixo condições adequadas para a sua proliferação. Do outro lado, o lixo está diretamente envolvido nos problemas ambientais, pois os resíduos contaminam o ar, água e o solo. Em relação ao exposto, a sequência que representa doenças associadas ao lixo é:
a) Leptospirose, esquistossomose e tifo;
b) Esquistossomose, filariose e tétano;
c) Peste bubônica, leptospirose e tétano;
d) DST, pneumonia e tuberculose;
e) Tifo, filariose e peste bubônica

45) Entre os vários tipos de resíduos produzidos pela sociedade humana, os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), oriundos de hospitais (lixo hospitalar), drogarias, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas, dentre outros estabelecimentos, são aqueles que devem ser gerenciados conforme Resolução n° 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA. Este documento define as classificações dos RSS em cinco grupos com seus respectivos gerenciamentos. Dentre eles, aquele que engloba materiais oriundos de atividades humanas que possuem radionuclídeos em quantidades acima dos limites aceitáveis segundos as normas do CNEN é classificado como:

a) Grupo A
b) Grupo B
c) Grupo C
d) Grupo D
e) Grupo E

46) Na malária, um dos principais sintomas são as febres, que atingem picos elevados em determinados horários. A elevação da febre terçã e quartã na malária ocorrem quando ocorre:
a) a invasão dos órgão hematopoiéticos (baço, fígado e timo) pelo plasmódio;
b) o aumento de linfócitos e macrófago para inibir a reprodução do plasmódio;
c) a invasão dos gânglios linfáticos pelos plasmódios que liberam toxinas;
d) a liberação de substâncias tóxicas no sangue em função da lise de hemácias infectadas;
e) a proliferação de bactérias oportunísticas por ocasião da debilidade provocada pela malária.

47) Os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis DCNTs em idosos vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão:
a) obesidade, estresse, sexo e hereditariedade;
b) colesterol elevado, hipertensão arterial, sexo e hereditariedade;

c) excesso de ingestão de álcool, idade, sexo e obesidade;
d) estresse, sexo, hereditariedade e hipertensão arterial;
e) hipertensão arterial, diabetes mellitus e o tabagismo;

48) Doença degenerativa, crônica e progressiva, que acomete em geral pessoas idosas, ocorre pela perda de neurônios do SNC em uma região conhecida como substância negra e tem como alguns sintomasartralgia, bradicinesia, instabilidade postural, depressão e déficit cognitivo. Essas são características da:
a) Esquizofrenia
b)Doença de Alzheimer
c) Doença de Parkinson
d) Doença de Crohn
e) Doença de Chagas

49) Atualmente, com a melhoria da qualidade de vida de pessoas na terceira idade, aliado aos fármacos que possibilitam um melhor desempenho sexual. As pessoas desta faixa etária vêm se tornando cada vez mais vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis. Como exemplo, assinale a sequencia que contém somente DSTs:

a) Herpes, Malária e Toxoplasmose;
b) Sífilis, A.V.C. e Gonorreia;
c) Donovanose, Condiloma e DIP;
d) HIV-AIDS, Filaria e Infarto do miocárdio;
e) HIV-AIDS, Herpes e Ateroma;

50) O Ministério da Saúde do Brasil realiza anualmente o programa de imunização dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Este programa objetiva prevenir as seguintes doenças:
a) Diarréia e Influenza
b) Tuberculose e rubéola
c) Coqueluche e sarampo
d) Influenza e tétano acidental;
e) Tuberculose e Poliomielite

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

26) No que se refere a Atividade Física e Doenças cardiorrespiratórias, representa uma alternativa verdadeira:

a) A atividade física moderada e regular tem valor significativo na prevenção primária e secundária de condições cardiovasculares, incluindo doença cardíaca isquêmica, AVC, doença vascular periférica e doença renal secundária à hipertensão ou diabetes,
b) A atividade física não apresenta valor significativo na prevenção primária e secundária de condições cardiovasculares, incluindo doença cardíaca isquêmica, AVC, doença vascular periférica e doença renal secundária à hipertensão ou diabetes
c) A atividade física intensa tem valor significativo na prevenção terciária de condições cardiovasculares, incluindo apenas hipertensão ou diabetes
d) A atividade física leve tem valor significativo na cura condições cardiovasculares, incluindo doença cardíaca isquêmica, AVC, doença vascular periférica e doença renal secundária à hipertensão ou diabetes
e) A atividade física tem valor significativo na prevenção primária e secundária de todas condições cardiovasculares, exceto na hipertensão ou diabetes

27) Indivíduos em que doenças cardiovasculares são manifestas, tanto a morbidade quanto a mortalidade são favoravelmente influenciadas por:

a) Um programa de treino progressivo moderado
b) Um programa de treino progressivo intenso
c) Um programa de treino pliométrico leve
d) Um programa de treino de alto volume e alta frequência
e) Um programa de treino de força de caráter anaeróbico

28) Na relação do exercício físico com doença pulmonar obstrutiva crônica, podemos afirmar que:

a) O exercício não consegue restaurar o tecido pulmonar danificado e problemas de treinamento têm pouca influência sobre medidas objetivas de função pulmonar
b) O exercício consegue restaurar todo o tecido pulmonar danificado
c) O exercício não consegue restaurar o tecido pulmonar danificado, mas o treinamento apresenta grande influência sobre medidas de função pulmonar
d) O exercício consegue restaura parte do tecido pulmonar danificado, porém com pouca influência sobre medidas objetivas de função pulmonar
e) N.D.A

29) Quais são os principais mecanismos para que seja evitada a obesidade em uma população adulta em que a dieta alimentar sofre influência da velocidade da modernidade?

a) O gasto energético deve ser menor que o consumo diário e a atividade física precisa ser realizada de forma sistemática;
b) O balanço energético deve ser positivo para o consumo, controlando a dinâmica do dispêndio energético ao longo do dia;
c) A somatória da ingesta calórica no decorrer do dia deve representar 100% do que, supostamente, deve ser gasto nas atividades do cotidiano;
d) A ingestão calórica deve ser superior ao gasto energético para que possam existir suprimentos suficientes durante a realização da atividade física;
e) O gasto energético deve ser igual ao dispêndio de energia realizado nas atividades físicas diárias.

30) Compreende o conceito de sarcopenia:

a) Termo utilizado para denotar a extrema perda muscular que deixa os idosos frágeis e incapazes de realizar muitas, ou todas as tarefas da vida diária
b) Termo utilizado para denotar a extrema perda óssea que deixa os idosos frágeis e incapazes de realiza muitas tarefas diárias
c) Termo utilizado para denotar a extrema perda liquida que deixa os idosos frágeis e incapazes de realizar muitas tarefas diárias
d) Termo utilizado para denotar a extrema perda respiratória deixando o idoso altamente dependente
e) Termo utilizado para denotar insônia

31) No que se refere a osteoporose, pode-se afirmar:
a) A prevalência aumenta progressivamente com a idade, porém a condição é particularmente comum em indivíduos acima de 70 anos
b) A prevalência aumenta progressivamente com a idade, porém a condição é particularmente reduzida em indivíduos a partir de 50 anos
c) A prevalência aumenta progressivamente com a idade, porém a condição é particularmente comum em mulheres
d) A prevalência aumenta progressivamente com a idade, porém a condição é particularmente reduzida em indivíduos a partir de 50 anos
e) A prevalência aumenta progressivamente até os 30 anos, porém a condição é particularmente comum em indivíduos a partir de 50 anos em homens

32) Quanto a distribuição de gordura subcutânea relacionada a idade, é correto afirmar:

a) A proporção que as mulheres envelhecem, acumulam gordura principalmente sobre o abdômen, enquanto os homens acumulam nas pernas
b) A proporção que as mulheres e os homens envelhecem, ambos acumulam gordura principalmente sobre o quadril e as coxas
c) A proporção que as mulheres envelhecem, acumulam gordura principalmente sobre o quadril e as coxas, enquanto os homens acumulam nos braços.
d) A proporção que as mulheres envelhecem, acumulam gordura principalmente sobre o quadril e as coxas, enquanto os homens acumulam no abdômen.
e) A proporção que as mulheres envelhecem, acumulam gordura principalmente sobre o abdômen, enquanto os homens acumulam no quadril.

33) Na pessoa idosa a diabetes mais comum é:

a) Tipo I (insulina resistente)
b) Tipo II (resistente a insulina)
c) Tipo II (insulina dependente)
d) Tipo I (insulina dependente)
e) Tipo III

34) Qual das opções abaixo, representa o responsável por grande parte da diminuição da massa magra com o envelhecimento?

a) Distrofia muscular
b) Hipertrofia muscular
c) Hiperplasia muscular

d) Disfunção celular
e) Atrofia muscular

35) Tratando-se da depressão, especificamente nos idosos, podemos afirmar:

a) A depressão clinicamente significativa torna-se menor na velhice
b) A depressão clinicamente significativa não relaciona-se com a idade
c) O declínio da capacidade física é um dos muitos problemas enfrentados pelos idosos que contribui para uma depressão do estado de humor
d) O declínio da capacidade física é um dos muitos problemas enfrentados pelos idosos, mas não contribui para uma depressão do estado de humor
e) O declínio da capacidade física no idoso, não apresenta relação com a depressão do estado de humor

36) Considerando os efeitos da atividade física habitual e estrutura corporal relacionados à idade, é correto afirmar:

a) Os parâmetros fisiológicos, não apresentam redução gradativa do metabolismo ao ponto de diminuir a quantidade atividade física com o envelhecimento
b) A atividade física habitual da população em geral aumenta com o envelhecimento, sendo provável que as sessões de treino tornem-se mais intensas, comparadas as sessões realizadas em idades mais jovens
c) Os parâmetros fisiológicos, apresentam redução gradativa do metabolismo até o fim da adolescência, e a partir deste período a quantidade atividade física é reduzida
d) A atividade física habitual da população em geral diminui com o envelhecimento, e mesmo que o indivíduo idoso continue a participar de algum tipo de esporte, é provável que as sessões de treino tornem-se mais curtas e menos intensas, comparadas as sessões realizadas em idades mais jovens
e) A atividade física habitual da população em geral mantem-se com o envelhecimento, em que é provável que as sessões de treino tornem-se idênticas, comparadas as sessões realizadas em idades mais jovens

37) A Atividade Física ideal para os indivíduos idosos que resulta em importantes efeitos benéficos para a saúde e pode ser feita em diferentes intensidades, envolvendo grandes grupos musculares, contribuindo para aumentar o contato social, principalmente em grupos em risco de isolamento, depressão e demência segundo MATSUDO, S.M, et al, (2001), é:

a) Natação
b) Caminhada
c) Jogging
d) Ciclismo
e) Hidroginástica

38) Corresponde a alternativa verdadeira quanto as afirmações referentes a força muscular ou capacidade aeróbica relacionada à idade:

a) O nível da atividade física, não relaciona-se as perdas dessas capacidades no envelhecimento
b) As perdas dessas capacidades são atribuídas exclusivamente ao envelhecimento, não importando o tipo de trabalho físico desenvolvido
c) Parte do decréscimo dessas capacidades na velhice é atribuível a falta de atividade física na adolescência, o que evitaria essas perdas
d) Parte do decréscimo dessas capacidades é usualmente atribuível a um decréscimo na atividade física e não a uma manifestação inerente ao processo de envelhecimento
e) O decréscimo dessas capacidades só acontece apenas nas mulheres, por serem menos ativas do que os homens

39) Com base nos estudos acerca da relação do estilo de vida na criança e adolescente com a sua vida adulta, é correto afirmar:

a) as crianças e adolescentes são menos ativos que adultos, todavia esta participação aumenta quando se inicia a vida adulta.
b) Se quisermos minimizar a prevalência do sedentarismo da nossa sociedade e da vida de nossas crianças, jovens e adultos, temos que atuar desde os primeiros anos escolares.

c) Apesar da ideia de que a prática regular de exercício físico possui boa correlação com um nível adequado de qualidade de vida, cientistas afirmam que jovens e adolescentes envolvidos em práticas de atividade físicas se envolvem mais com drogas e criminalidade.
d) As campanhas sobre atividade física em crianças e jovens no Brasil são bastante intensas, fato esse, que tem diminuído o número de sedentários no país nesse período de vida.
e) As escolas devem desenvolver e estimular atividade como a recreação, o jogo, ensinando as vantagens da atividade física regular, como um dos fatores que influenciam a qualidade de vida adulta, independente de outros fatores como: habitação, saneamento básico, emprego, liberdade, etc.

40) A organização Mundial da Saúde tem relatado que a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais na vida dos idosos. Dessa forma, é correto afirmar:

a) Atividade física praticada pelo idoso viabiliza de maneira mais evidente o declínio gradual das ações funcionais

b) O idoso fisicamente ativo apresenta maior prevalência de doenças mentais do que os não ativos

c) Idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças cardiovasculares do que os não ativos

d) O aspecto funcional do idoso com transtorno mental sofre influência negativa da prática de atividade física

e) A atividade física permite maior manutenção das capacidades físicas e funcionais dos adultos, ampliando consideravelmente sua performance esportiva

41) O Exercício Físico tem ações benéficas sobre diversos fatores de risco, sendo todas as ações conducentes à prevenção das diferentes patologias. Assim é correto afirmar:

a) Os benefícios da Atividade Física sobre a saúde de adulto e idosos, devem ser vistos como unívocas do tipo uma só causa para um só efeito.
b) Os benefícios da Atividade Física sobre a saúde de adulto e idosos, resulta frequentemente de ações unifatoriais.
c) Os benefícios da Atividade Física sobre a saúde de adulto e idosos, resulta de ações frequentemente multifatoriais, porém com destaque nas patologias de maiores complicações.
d) Os benefícios da Atividade Física sobre a saúde de adultos e idosos devem ser vistos como algo multifatorial, beneficiando diferentes patologias ao mesmo tempo.
e) Os benefícios da Atividade Física sobre a saúde de adulto e idosos, resulta de ações específicas para cada patologia, não influenciando patologias associada.

42) A altura ereta diminui de 30 a 50mm durante o final da vida adulta. Esta diminuição deve-se a diferentes fatores, exceto:

a) Crescente curvatura na coluna vertebral (cifose)
b) Compressão dos discos vertebrais
c) Colapso de uma ou mais vértebras
d) Ao desgaste das vértebras
e) Degeneração do tecido ósseo a partir dos 30 anos

43) Diabetes mellitus é caracterizado pela hiperglicemia e problemas metabólicos associados. Em adultos jovens, a doença surge através de um processo auto imune, com destruição física das células pancreáticas isoladas. Isso é conhecido como:

a) Diabetes tipo I ou dependente de insulina
b) Diabetes tipo I ou resistente de insulina
c) Diabetes tipo II ou dependente de insulina
d) Diabetes tipo II ou resistente de insulina
e) Diabetes tipo III

44) O AVC pode ser definido como uma perda súbita e persistente de função neural, todavia em idosos, a grande maioria dos incidentes são atribuíveis a:

a) Uma obstrução aeteriosclerótica dos vasos sanguíneos cerebrais, resultando em morte do tecido cerebral
b) Uma obstrução aeteriosclerótica dos vasos sanguíneos cerebrais, mas não resultando em morte do tecido cerebral
c) Uma redução dos vasos sanguíneos cerebrais, resultando em morte parcial do tecido cerebral
d) Uma redução dos vasos sanguíneos cerebrais, resultando em morte do tecido cerebral
e) N.D.A

45) Representa uma estimativa de óbitos em homens idosos em função da doença cardíaca isquêmica:

a) Metade de todos os óbitos
b) Metade das mortes a partir dos 50 anos
c) 1/3 de mortes a partir dos 50 anos
d) 1/3 de todos os óbitos
e) 5 vezes maior do que nas mulheres

46) Diversos estudos demonstram evidências de que a atividade física regular melhora um número de mensurações objetivas de função cognitiva. Neste sentido afirma-se:

a) A função cognitiva se deteriora em adultos saudáveis progressivamente até a velhice
b) A função cognitiva não se deteriora em adultos saudáveis até que eles atinjam o estágio intermediário da velhice ou final da velhice
c) A função cognitiva não se deteriora em adultos e idosos saudáveis
d) A função cognitiva se deteriora apenas em adultos não saldáveis
e) A deterioração da função cognitiva é independente do estado de saúde do indivíduo

47) Quanto aos efeitos dos exercícios físicos no envelhecimento, é correto afirmar que:

a) A degeneração óssea ocorre igualmente em termos de idade em homens e mulheres
b) A degeneração óssea nos homens ocorre a partir dos 35 anos
c) A degeneração óssea ocorre gradativamente sem interferência da atividade física
d) A degeneração óssea é maior nos membros inferiores comparativamente aos superiores
e) A degeneração óssea ocorre mais rapidamente na mulher do que no homem

48) A massa corporal de um indivíduo apresenta alterações com a idade de acordo com a opção:

a) Aumenta dos 25 aos 45 ou 50 anos
b) Diminui dos 25 aos 45 ou 50 anos
c) Permanece inalterável até os 50 anos e após esta idade diminui
d) Aumenta dos 40 aos 50 anos
e) Diminui dos 25 aos 50 anos

49) Quanto ao sangue destinado aos diferentes órgãos em repouso e durante o exercício é correto afirmar:

a) Durante o repouso, o órgão que mais consome sangue é o coração, e durante o exercício são os músculos
b) Durante o repouso, os músculos utilizam a maior parte do sangue
c) Durante o repouso, os órgãos que mais utilizam sangue são o fígado e o rins, e durante o exercício são os músculos
d) Durante o repouso, os órgãos que mais consomem sangue são o pulmão e o fígado, e durante o exercício são os músculos
e) Não há diferença de utilização sanguínea por parte dos órgãos em repouso ou em exercício

50) Constituem riscos para o idoso diante do aumento da atividade física, exceto:

a) Ataque cardíaco
b) Enfarte do miocárdio
c) Parada cardíaca
d) Lesão músculo esquelética
e) Redução da pressão arterial após o exercício

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM

26) O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas que mais aumenta o número de casos no mundo, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (2013) a prevalência do DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passe da oitava posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a sexta posição, 11,3%, em 2030. Neste contexto, a criação de estratégias para atenção e acompanhamento a pessoa com DM está posta na organização da linha de cuidado do diabetes mellitus, cuja finalidade é:

a) É fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da sistematização do cuidado, em todos os pontos de atenção

b) É fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da equidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção

c) É fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

d) É fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da visão holística e do cuidado integral, em todos os pontos de atenção

e) É fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da rede de atenção e do cuidado sistematizado, em todos os pontos de atenção.

27) A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH foi elaborada para atender a demanda masculina em sua especificidade. Considerando o desafio de atrair, acolher e atender essa população, a politica traz como um dos objetivos específicos:

a) Ampliar, por meio da educação em saúde o acesso dos homens a saúde bucal e a imunização especifica, estimulando os serviços de cunho publico como privado e implantar a rede de atenção a saúde.

b) Promover e orientar um hábito de alimentação saudável e imunização especifica, ampliando o acesso por meio de educação

c) Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral á saúde.

d) Prevenir agravos a enfermidades, com abordagem de ações de vigilância e planejamento, em especial na saúde sexual e prevenção de violência e acidentes.

e) Prevenir e abordar agravos não transmissíveis direcionando os encaminhamentos aos especialistas da rede de atenção a saúde .

28) De acordo com Hemmi e Almeida (2012) para construir estratégias possíveis para abordar saúde do homem é essencial a construção de indicadores para subsidiar a avaliação, assim sendo os autores dividiram em indicadores de processo e indicadores resultados, dentre os indicadores de processo e indicadores de resultados tem-se respectivamente:

a) Demandas especificas da população local e internação por causas externas.

b) Demandas espontâneas e acompanhamento de agravos.

c) Promoção de hábitos de vida saudáveis e abordagem de saúde mental.

d) Proporção de homens com imunização em dias e abordagem de saúde mental.

e) Número de internações por abuso de álcool/drogas e número de atendimento por infecção sexualmente transmissível/ AIDS.

29) A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas de maior magnitude atualmente, dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD -2014-2015) revelam a estimativa da população mundial com DM é da ordem de 382 milhões de pessoas, com possibilidade desta estimativa aumentar para 471 milhões em 2035. A SBD atribui esse aumento se dá em virtude de:

a) Aumento da obesidade, Crescimento e do envelhecimento populacional e desconhecimento dos sintomas da doença.

b) Aumento da prevalência da obesidade, crescimento e do envelhecimento populacional, sedentarismo e maior urbanização.

c) Crescimento e do envelhecimento populacional, sedentarismo, maior urbanização e desconhecimento dos casos da doença.

d) Aumento da prevalência da obesidade, falta de planejamento da atenção básica á saúde para prevenir diabetes mellitus.

e) Aumento da prevalência da obesidade, desconhecimento das causas da doença.

30) O adoecimento por Diabetes Mellitus leva a custos que afetam a pessoa que padece da doença, a família e a sociedade, não só nos aspectos econômicos, mas também os chamados custos intangíveis como dor, ansiedade, perda da qualidade de vida entre outros, o que é difícil de quantificar. De acordo com SBD (2014-2015) os custos diretos dependem de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível, esses custos variam em uma proporção que demonstra um percentual do orçamento anual da saúde de um país. Assim, a variação apresentada pela SBD para um país e para o Brasil respectivamente são:

a) 2,5% a 15% e 3,9 bilhões de dólares/americanos.

b) 2,5% a 10% e 3,9 bilhões de dólares/americanos.

c) 2,5% a 5% e 2,9 bilhões de dólares/americanos.

d) 2,5% a 12% e 3,9 bilhões de dólares/americanos.

e) 2,5% a 20% e 4 bilhões de dólares/americanos.

31) A atenção primária a saúde é um dos espaços possíveis para exercitar a consulta de enfermagem-CE para melhor atender e diagnosticar a demanda pela enfermagem atendida. Partindo desta concepção, a abordagem na consulta de enfermagem requer princípios que são para além, de padronização de extensos protocolos elaborados como meios para realizar a consulta de enfermagem. Sendo assim, Cubas (2012) refere que um serviço que pretende implantar a prática da CE, dentre os pré-requisitos para viabilizar a implantação encontra-se:

a) A escolha do modelo de exame físico, sinais vitais e a identificação do motivo da consulta.

b) A colaboração coletiva da equipe de saúde, a ponderação no uso das teorias e os encaminhamentos a serem feitos.

c) A escolha de uma nomenclatura para nominar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

d) A obrigatoriedade de usar a teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem na Saúde Coletiva-TIPESC.

e) A escolha da coleta de dados baseada nas fases da TIPESC, captação e a intervenção na realidade objetiva.

32) Para Cubas (2012), a concepção da Consulta de Enfermagem-CE deve estar inserida no contexto da realidade da prática assistencial. Esta é considerada um instrumento de trabalho da enfermagem capaz de documentar o cuidado prestado e que requer norteamento por um método sistematizado. Assim sendo, o (a) enfermeiro (a) ao fazer uso da CE na sua prática assistencial o enfermeiro (a) potencializa a qualidade da assistência prestada e alguns benefícios são esperados, dentre os quais se tem:

a) Aquisição de confiança, construção de amizade e superação de dificuldades.

b) Aquisição de confiança, redução da frequência de internações e do aumento de ações de autocuidado.

c) Aquisição de confiança, redução da frequência de internações e previsão de necessidades básicas.

d) Aquisição de confiança, planejamento de ações e do aumento de ações de autocuidado.

e) Aquisição de confiança, redução da frequência de internações, avaliação do cuidado prestado e resultados alcançados.

33) A Hipertensão Arterial Sistêmica –HAS é uma condição clínica multifatorial, de alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Para medida da Pressão Arterial a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), recomenda que seja avaliada adequadamente desde o aparelho para medir até a pessoa e sua posição para que seja mensurada eficazmente essa PA. Neste sentido, o recomendado é:

a) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o menor valor para as medidas subsequentes. A pessoa deverá ser investigada para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente.

b) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se recomendar a monitorização através de um mapa de 24horas. A pessoa deverá ser investigada para doenças arteriais se apresentar diferenças e/ou pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente.

c) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se recomendar a monitorização através de um mapa de 24horas. A pessoa deverá ser investigada para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros inferiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente.

d) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o menor valor para as medidas subsequentes. A pessoa deverá ser investigada para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores e inferiores menores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente.

e) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço direito para as medidas subsequentes. A pessoa deverá ser investigada para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 30/20 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente.

34) De acordo com as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), a classificação demonstra o comportamento da Pressão Arterial, assim dentre a classificação definida pelas diretrizes, tem-se:

a) O efeito do avental branco, hipertensão, normotensão verdadeira, hipertensão sistólica isolada, hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada.

b) O efeito do avental branco, hipertensão, hipertensão verdadeira, hipertensão sistólica isolada, hipertensão do avental branco, hipertensão grave.

c) Avental branco, hipertensão, normotensão verdadeira, hipertensão diastólica isolada, hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada.

d) O efeito do avental branco, hipertensão leve, normotensão verdadeira, hipertensão sistólica e diastólica isolada, hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada.

e) O efeito do avental branco, hipertensão leve e moderada, normotensão verdadeira, hipertensão sistólica isolada, hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada grave .

35) De acordo com o texto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva — CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica (NICHIATA, et al 2012), a CIPESC, faz uso de diversidade de termos utilizados pelos componentes da enfermagem, o que leva acreditar ser uma ferramenta potente para padronização de linguagem em enfermagem em saúde coletiva levando a contribuir na sistematização da assistência, neste aspecto, a CIPESC compreende o binômio saúde-doença como:

a) Como resultado da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais são atendidos nas suas necessidades humanas básicas, em termos de suas condições vida.

b) Como resultado da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais reproduzem-se, em termos de suas condições de trabalho e vida.

c) Como resultado de um processo de crescimento populacional e das necessidades das demandas de adoecimento, em termos de suas condições de trabalho e vida.

d) Como resultado da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais são atendidos nas redes de atenção a saúde, em termos de suas necessidades afetadas.

e) Como resultado da forma como a população adoece e se cura, a prevalência de doenças crônicas, e atendimento das necessidades humanas básicas, em termos de qualidade de vida.

36) Conforme Moraes (2012) a avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso. Dentro desta linha de avaliação existe a funcionalidade global e os sistemas funcionais principais, os quais apresentam dimensões a serem avaliadas. Dentre essas dimensões tem-se respectivamente:

a) Atividade de vida diária básica, Atividade de vida diária intermediária, Atividade de vida diária avançada e pensamento, humor, mobilidade, comunicação.

b) Atividade de vida diária básica, Atividade de vida diária intermediária, Atividade de vida diária avançada e pensamento, humor, memória, comunicação.

c) Atividade de vida diária básica, Atividade de vida diária instrumental, Atividade de vida diária avançada e cognição, humor, mobilidade, comunicação.

d) Percepção, memória, mobilidade, comunicação e Atividade de vida diária básica, Atividade de vida diária instrumental, Atividade de vida diária avançada.

e) Cognição, humor, mobilidade, comunicação e Atividade de vida diária básica, Atividade de vida diária instrumental, Atividade de vida diária avançada.

37) O envelhecimento acelerado da população brasileira vem modificando significativamente o padrão de morbimortalidade, sendo dada maior ênfase na abordagem das condições crônicas cuja possibilidade de desenvolver essa condição cresce com a evolução da faixa etária, o que leva esta população garantir à atenção a saúde voltada para as necessidades de condição crônica que apresentar, neste sentido, Mendes (2011) desenvolveu o denominado de Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC), para utilização no SUS, estruturado em cinco níveis de atenção a saúde, conforme a população estratificada por riscos e, consequentemente, o tipo de intervenção proposto, assim descritos:

a) O nível 1 engloba a população total - Intervenções de promoção da saúde,O nível 2 engloba um estrato da população global- Intervenções de prevenção das condições de saúde;. O nível 3, 4, 5 aplica-se a pessoas com condições crônicas de saúde ou problemas de saúde estabelecidos, variando nível 3 - condições crônicas e agudas simples – Financiamento da Condição de Saúde Simples, nível 4 – condições crônicas e agudas complexas de baixo ou médio risco - Gestão da Condição de Saúde Complexa , e nível 5 - condições de saúde altamente complexas - Gestão do Caso.

b) O nível 1 engloba a população total - Intervenções de promoção da saúde,O nível 2 engloba um estrato da população global- Intervenções de prevenção das condições de saúde;. O nível 3 e 4 aplica-se a pessoas com condições crônicas de saúde ou doenças estabelecidas, variando nível 3 - condições crônicas simples –Gestão da Condição de Saúde Simples, nível 4 – condições crônicas complexas de baixo ou médio risco - Gestão da Condição de Saúde Complexa , e nível 5 - condições de saúde do final da vida - Gestão do Óbito Digno.

c) O nível 1 engloba a população total - Intervenções de promoção da saúde,O nível 2 engloba um estrato da população global- Intervenções de prevenção terciária das condições de saúde. O nível 3, 4, 5 aplica-se a pessoas com condições agudas e crônicas de saúde ou doenças estabelecidas, variando nível 3 - condições crônicas simples –Gestão da Condição de Saúde Simples, nível 4 – condições crônicas complexas de baixo ou médio risco - Gestão da Condição de Saúde Complexa , e nível 5 - condições de saúde altamente complexas - Gestão do Caso.

d) O nível 1 engloba a população total - Intervenções de promoção da saúde,O nível 2 engloba um estrato da população global- Intervenções de prevenção das condições de saúde;. O nível 3, 4, 5 aplica-se a pessoas com condições crônicas de saúde ou problemas de saúde estabelecidos, variando nível 3 - condições crônicas simples –Gestão da Condição de Saúde Simples, nível 4 – condições crônicas complexas de baixo ou médio risco - Gestão da Condição de Saúde Complexa , e nível 5 - condições de saúde altamente complexas - Gestão do Caso.

e) O nível 1 engloba a população total - Intervenções de promoção da saúde e Imunização para população idosa,O nível 2 engloba um estrato da população global- Intervenções de prevenção das condições de saúde;. O nível 3, e 4 aplica-se a pessoas com condições agudas e crônicas de saúde ou problemas de saúde estabelecidos, variando nível 3 - condições crônicas simples –Financiamento da Condição de Saúde Simples, nível 4 – condições crônicas complexas de baixo, médio ou alto risco - Gestão da Condição de Saúde Complexa , e nível 5 - condições de saúde altamente complexas - Gestão do Caso de Óbito digno.

38) O aumento da população idosa e a condição crônica que esta população desenvolve com o avançar da faixa etária, faz com que os serviços de saúde busquem elaborar modelos de atenção ao idoso para uma melhora da qualidade do cuidado e eficácia nas ações contribuindo na qualidade de vida da pessoa idosa. Dentre os modelos descritos por Moraes (2012) tem-se o *Guided Care (*Cuidado Guiado), o qual utiliza um instrumento denominado PACIFIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) que permite avaliar cinco dimensões, são elas:

a) Ativação do paciente, redirecionamento do cuidado profissional/suporte as decisões, relacionamento terapêutico, resolução de problemas, coordenação do cuidado/seguimento.

b) Ativação dos familiares, direcionamento dos cuidadores profissional/suporte as decisões, definição das metas terapêuticas, encaminhamento de problemas, coordenação do cuidado/seguimento.

c) Encaminhamento do paciente, direcionamento do cuidado de enfermagem/tomada de decisões, definição das metas terapêuticas, levantamento de problemas, avaliação do cuidado/ seguimento.

d) Encaminhamento do paciente, direcionamento do cuidado de enfermagem/tomada de decisões, definição das metas terapêuticas, levantamento de problemas, coordenação do cuidado/seguimento.

e) Ativação do paciente, redirecionamento do cuidado profissional/suporte as decisões, definição das metas terapêuticas, resolução de problemas, coordenação do cuidado/seguimento.

39) De acordo com o caderno de atenção básica n° 37 (BRASIL, 2013), que trata das estratégias para pessoas com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, a consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é orientada que as UBS ofereçam consulta de enfermagem em especial para orientação de Mudança no Estilo de Vida-MEV, todavia, quando a CE é realizada para estratificação de risco para doença cardiovascular é recomendado utilizar um escore e este classifica as pessoas por meio da pontuação em graus de risco cardiovascular em percentuais e auxilia na definição de condutas, assim sendo, marque a afirmativa correta quanto o escore e os graus de risco respectivamente.

a) Escore de Framinghan, Baixo Risco – quando existir menos de 15% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Risco Intermediário – quando existir 10% – 25% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Alto Risco – quando existir mais de 25% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo.

b) Escore de Apgar, Baixo Risco – quando existir menos de 15% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Risco Intermediário – quando existir 15% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo,

c) Escore de Likert, Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Risco Intermediário – quando existir 15% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em quinze anos; Alto Risco – quando existir mais de 25% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em vinte anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo.

d) Escore de Apgar, Baixo Risco – quando existir menos de 5% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em cinco anos; Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em vinte anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo.

e) Escore de Framinghan, Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos; Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo.

40) Segundo Cursio; Beck; Lima (2012), a consulta de enfermagem realizada á pessoa com diabetes mellitus, na etapa do planejamento e implementação da assistência de enfermagem, o raciocínio clínico tem papel fundamental, pois trata de um processo de pensamento continuum de tomada de decisão para:

a) Definir o melhor diagnóstico, Definir a melhor intervenção e verificar os efeitos da intervenção.

b) Definir o melhor processo educativo, Definir o melhor controle metabólico e verificar os efeitos da intervenção.

c) Definir a melhor atividade física, Definir o melhor controle metabólico e verificar os efeitos da intervenção.

d) Definir o melhor diagnóstico, Definir o melhor controle metabólico e verificar os efeitos da intervenção.

e) Definir o melhor processo educativo, Definir a melhor intervenção e verificar os efeitos da intervenção.

41) 1- A Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprova a política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim essa política tem como diretrizes a seguir:

1- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
2- Promoção de cooperação apenas nacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
3- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
4- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa
5- Estímulo às ações intersetoriais, visando à equidade da atenção.

Diante das diretrizes acima descritas julgue as mesmas em corretas (C) ou erradas (E):

a) 1-E; 2-E; 3-C; 4-C; 5-C
b) 1-C; 2-E; 3-C; 4-C; 5-E
c) 1-E; 2-E; 3-E; 4-E; 5-C
d) 1-C, 2-C; 3-C; 4-C; 5-E
e) 1-E, 2-C; 3-E; 4- E; 5-C

42) Segundo a política nacional de atenção integral à saúde do homem a violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos, que envolve práticas em diferentes níveis. Diante da afirmação sobre violência julgue as alternativas abaixo e aponte a alternativa correta:

a) O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor somente. Os homens acima de 50 anos são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões em relação aos adolescentes e jovens. As agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres.

b) A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a desessencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que potencializam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

c) O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres.

d) A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a sensibilização (estimulando) o seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizamo homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

e) Todas as alternativas acima são incorretas.

43) Conforme o Caderno de Atenção Básica volume cinco (5) que explana Ações Programáticas Estratégicas da Saúde do Trabalhador. A equipe de saúde que deve atender o trabalhador é formada por: Agente Comunitária de Saúde, auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro,

médico. Assim é atribuição exclusiva do enfermeiro:

a) Coletar material biológico para exames laboratoriais

b) Notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho.

c) Realizar entrevista laboral e análise clinica (anamnese clínico-ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.

d) Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.

e) Todas alternativas acima são incorretas.

44) Durante as consultas de enfermagem devem ser realizadas orientações para prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica como: manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo. (BRASIL, 2013). Assim aponte a ação de estilo de vida (redução do peso) que o individuo deve realizar para manter a redução da PA:

a) Redução de peso - Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2

b)Redução de peso - Manter IMC entre 8,5 e 14,9 kg/m^2

c) Redução de peso - Manter IMC entre 27,5 e 34,9 kg/m^2

d) Redução de peso - Manter IMC entre 4,5 e 8,9 kg/m^2

e) Redução de peso - Manter IMC entre 28,5 e 34,9 kg/m^2

45) Os trabalhadores terão direito ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo Ministério da Previdência e Assistência social - MPAS e Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, quando estivem com a carteira de trabalho assinada pelos seus empregadores. No caso de acidente de trabalho ou doença do trabalho que incapacite o trabalhador para realizar suas atividades esse deverá ser afastado de suas funções para tratamento. Toda via esse trabalhador só deverá ser encaminhado à perícia médica do INSS quando o problema de saúde apresentado necessitar de quanto tempo de afastamento para tratamento?

a) Apartir de 10 dias

b) Apartir de 5 dias

c) Superior à 15 dias

d) Superior à 20 dias

e) Superior à 7 dias

46) Em uma das suas atribuições, com relação à saúde do trabalhador, as equipes de saúde da família são responsáveis de identificar e registrar as “atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente”. Para fazer essa identificação de risco os componentes da equipe devem saber reconhecer esses riscos. Marque a resposta correta.

a) Risco químico: Líquidos tóxicos, gases, umidade, fumo, neblina.

b) Risco físico: ruído, vibração, poeira, radiação, pressão anormais.

c) Risco biológico: Vírus, parasitas, poeira, fungos, bactérias.

d) Risco quanto à organização do trabalho: repetitividade de movimento, trabalho noturno, organização do espaço físico, temperatura ambiente, levantamento manual de peso.

e) Todas as alternativas estão incorretas.

47) A Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem, “desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores,

acadêmicos e agências de cooperação internacional"; é composta por princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades institucionais e avaliação. Com relação a responsabilidades institucionais é correto afirmar:

a) Referem-se exclusivamente as responsabilidades das unidades de saúde em gerenciar e implementar à política nacional de atenção integral à saúde do homem.

b) Refere-se à responsabilidade institucionais das três esferas de governo, União, estados e municípios na implantação e implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem.

c) É responsabilidade do SUS em fornecer relatórios anuais para fundamentar ações de nível primário com relação à política nacional de atenção integral à saúde do homem.

d) É responsabilidade do governo federal juntamente com suas instituições voltadas para a saúde em "Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política Nacional de atenção integral à saúde do homem".

e) Refere-se a prestação de contas dos recursos financeiros federais ao Tribunal de Contas da União (TCU), recebidos por estados e municípios.

48) Com relação à saúde do trabalhador, uma das atribuições das equipes de saúde da família é identificar e registrar a existência de trabalho precoce na área coberta pela equipe. Para ser considerado trabalho precoce é correto afirmar.

a) São crianças e adolescentes menores de 16 anos que trabalham com ou sem remuneração independentemente de frequentarem a escola ou não.

b) São crianças e adolescentes que tenham até 15 anos que realizam atividade laboral com ou sem remuneração, independentemente da escolaridade.

c) São crianças e adolescentes menores de 13 anos que trabalham com ou sem remuneração e que frequentem ou não a escola.

d) São crianças e adolescentes entre a faixa etária de 9 a 17 anos que trabalham independentemente da remuneração e da escolaridade.

e) São crianças menores de 12 anos que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente da remuneração, que frequentem ou não a escola.

49) O termo "acidentes de trabalho" refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenha sido causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. Na ocorrência de um acidente fatal é correto afirmar:

a) Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal,acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa que deverá fazê-la até 96 horas após a ocorrência do evento.

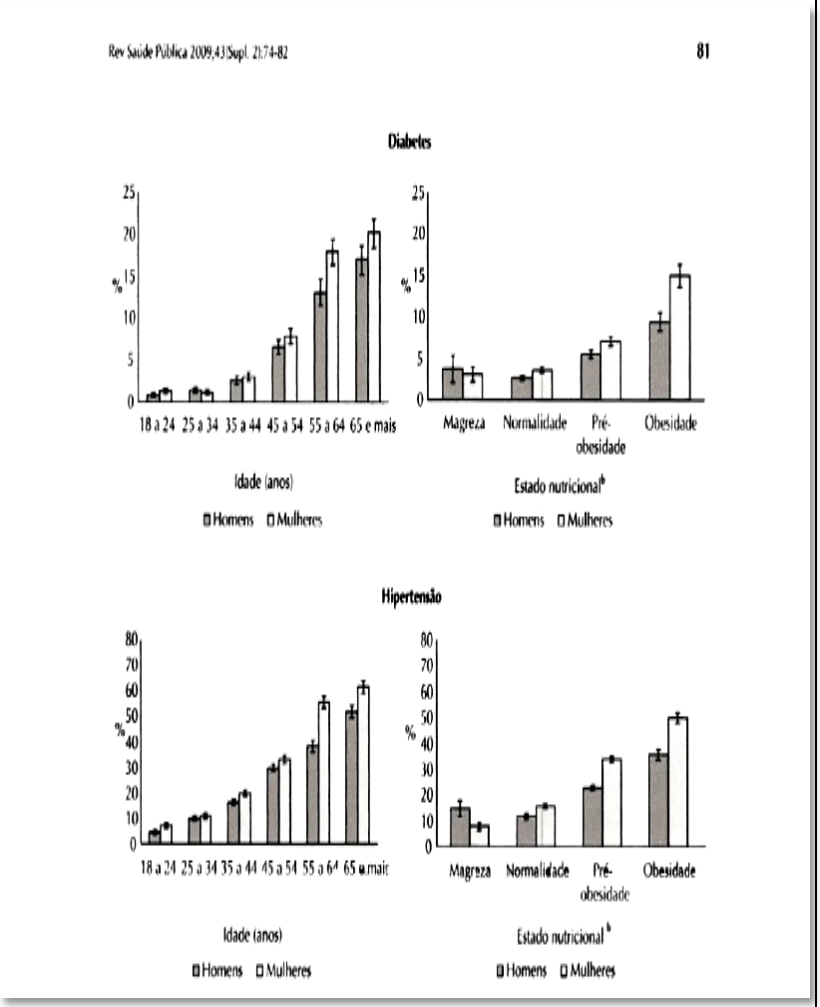
b) Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal,acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa que deverá fazê-la até 48 horas após a ocorrência do evento.

c) Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa que deverá fazê-la até 72 horas após a ocorrência do evento.

d) Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa que deverá fazê-la até 24 horas após a ocorrência do evento.

e) Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de acidente de Trabalho (CAT) pela empresa que deverá fazê-la até 120 horas após a ocorrência do evento.

50) O estudo "Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006", publicado na **Revista de Saúde Pública, ano 2009. v.43,** teve como resultado uma série dados de prevalência de hipertensão e diabetes para o país, demonstrado nos gráficos abaixo. Mediante a análise dos gráficos podemos afirmar.



a) Que ocorre um aumento gradativo de casos de diabetes e hipertensão com o aumento da idade, mais acentuado para o diabetes a partir dos 35 a 44 anos.

b) Com relação ao estado nutricional, na variável magreza, a hipertensão e diabetes são mais prevalentes em homens que em mulheres, permanecendo essa proporção para as demais variáveis do estado nutricional.

c) O diabetes é mais prevalente em nossa população que a hipertensão conforme o passar da idade.

d) Os gráficos ilustram maiores prevalências de diabetes e hipertensão entre pré-obesos e obesos na população, sendo as mulheres mais atingidas por diabetes a partir de 35 a 44 anos.

e) As alternativas a e d estão corretas.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE BIOLOGIA

26) Em relação às normas de segurança em laboratórios, a definição do termo Sistema Teste refere-se à:

a) Uma estrutura complexa (equipamentos e reagentes) de análise laboratorial, que compõem uma série de métodos simples, que juntos formam um sistema;

b) Qualquer material encaminhado para exame, análise ou armazenamento, tal como: amostra do S.T, amostra de substância teste ou de referência;

c) Um conjunto de estratégia de administração orientada a criar consciência de Qualidade e Biossegurança em todos os processos organizacionais escritos em políticas,programas, procedimentos e instruções que devem ser documentadas e comunicadas a todo pessoal pertinente;

d) Qualquer animal, microorganismo,sistema celular, químico ou físico ou sua combinação, incluindo sistema ecológico que sejam objetos de estudo;

e) Um conjunto de normas que dispõe sobre o funcionamento de laboratórios analíticos que realizam análises em produtos sujeitos à Vigilância Sanitária e dá outras providências.

27) Assinale a sequência correta que traz a classificação sintética dos riscos biológicos-NR32 em relação a Microorganismos Infectantes:

a) Grupo de Risco I – Pouco risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo III – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo IV – Elevado risco individual e comunitário;

b) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário;

c) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário; Grupo V – Sem risco individual e comunitário;

d) Grupo de Risco I – Sem risco individual e comunitário; Grupo II – Pouco risco individual e comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário limitado; Grupo IV – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo V – Elevado risco individual e comunitário;

e) Grupo de Risco I – Elevado risco individual e comunitário; Grupo II – Risco individual elevado, pequeno risco comunitário; Grupo III – Risco individual moderado, risco comunitário moderado; Grupo IV – Pouco risco individual e comunitário; Grupo V – Sem risco individual e comunitário.

28) O laboratório de contenção máxima, que se destina a manipulação de microrganismos da classe de risco onde há o mais alto nível de contenção, além de representar uma unidade geográfica e funcionalmente independente de outras áreas e que requer, além dos requisitos físicos e operacionais dos níveis de contenção 1, 2 e 3, barreiras de contenção (instalações, desenho equipamentos de proteção) e procedimentos especiais de segurança, corresponde a laboratórios de:

a) Nível de Biossegurança 5,

b) Nível de Biossegurança 4;

c) Nível de Biossegurança 3;

d) Nível de Biossegurança 2;

e) Nível de Biossegurança 1.

29) A sequência de figuras abaixo se refere aos símbolos dos sinais de segurança de laboratórios, representando, respectivamente:

a) 1.Aviso Geral de Perigo; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Biológico; 10.Cuidado Laser;
b) 1. Aviso Geral de Perigo; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Cuidado Risco Biológico;
c) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Cuidado Risco Biológico;
d) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5.Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9. Cuidado Risco Biológico; 10. Cuidado Risco Laser;
e) 1. Cuidado Risco intempéries; 2. Cuidado Risco de Incêndio; 3.Cuidado Risco de Explosão; 4. Cuidado, Corrosivo; 5. Cuidado Substância Venenosa; 6.Cuidado Radiação Ionizante; 7.Cuidado Risco de Choque Elétrico; 8.Cuidado Metano; 9.Cuidado Risco Laser; 10.Aviso geral de Perigo;

30) Os Padrões Ambientais conforme a resolução CONAMA nº 03, de 08.03.90, estabelece padrões de qualidade do ar externo, que possuem duas interpretações que corresponde aos:
a) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações abaixo das quais se prevê o mínimo efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente.

b) Padrões Primários: Concentrações abaixo das quais se prevê o mínimo efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente; e, Padrões Secundários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população.

c) Padrões Primários: concentrações abaixo das quais não há efeito adverso sobre o bem-estar da população, fauna, flora, materiais e meio ambiente; e, Padrões Secundários: Concentrações que se ultrapassados, podem afetar a saúde da população.

d) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados não afetam a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações das quais se prevê que se ultrapassados afetam a saúde da população.

e) Padrões Primários: Concentrações que se ultrapassados afetam a saúde da população; e, Padrões Secundários: Concentrações das quais se prevê que se ultrapassados não afetam a saúde da população.

31) A Norma Regulamentadora 26 do Ministério do Trabalho e Emprego tem como objetivo fixar as cores que devem ser usadas nos locais de trabalho para a prevenção de acidentes. Em relação às cores Azul e Laranja, as mesmas correspondem respectivamente a:

a) Cor utilizada para indicar "cuidado", ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Será usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência; Cor que deverá ser empregada para identificar canalizações contendo ácidos, faces internas de caixas protetoras de dispositivos elétricos, face externa de polias e engrenagens, etc.

b) Cor que caracteriza "segurança". Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos, dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor utilizada para indicar "cuidado", ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Ser· usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência.

c) Cor que caracteriza "segurança". Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos, dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor utilizada em canalizações deve ser empregada para identificar gases não liquefeitos. Também pode ser empregada para indicar cuidado, assinalando, por exemplo, meios-fios, corrimãos, cavaletes, etc.

d) Cor que caracteriza "segurança". Deverá ser empregada para indicar canalizações de água, localização de EPI, fontes lavadoras de olhos, dispositivos de segurança, mangueiras de oxigênio, etc; Cor que deve ser usada para indicar os perigos provenientes das radiações eletromagnéticas penetrantes de partículas nucleares, como, por exemplo, em porta e aberturas que do acesso a locais onde se manipulam ou armazenam matérias radioativas ou materiais contaminados por radioatividade.

e) Cor utilizada para indicar "cuidado", ficando o seu emprego limitado a avisos contra uso e movimentação de equipamentos, que deverão permanecer fora de serviços. Será usada também em canalizações de ar comprimido, colocado em ponto de arranque ou fontes de potência; Em canalizações, deve ser empregada para identificar gases no liquefeitos. Também pode ser empregada para indicar cuidado, assinalando, por exemplo, meios-fios, corrimãos, cavaletes, etc.

32) As recomendações de biossegurança em biotérios para atividades com vertebrados em função do grau de contenção e complexidade do nível de proteção apresentam quatro níveis, conforme a seguir:

a) Nível I: não causa doença; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão; Nível IV: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde.

b) Nível I: não causa doença; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível IV: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão.

c) Nível I: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente

relacionado com riscos desconhecidos de transmissão; Nível II: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível III: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível IV: não causa doença.

d) Nível I: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível II: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível III: Agentes perigosos/exóticos que ponham em risco a vida por inexistência de tratamento; transmissão por aerossóis ou agente relacionado com riscos desconhecidos de transmissão ; Nível IV: não causa doença;

e) Nível I: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível II: Nativo ou exótico com potencial de risco por aerossóis; doenças que podem causar sérios efeitos à saúde; Nível III: Associado com doença humana. Contaminação por autoinoculação, ingestão e exposição de membranas mucosas; Nível IV: não causa doença.

33) Os principais agentes microbiológicos bacterianos causadores da faringoamigdalite em crianças e adolescentes são:
a) *Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus e Moraxella catarrhalis*;
b) *Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis, Influenza pandêmica*;
c) *Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis*; *Influenza pandêmica*;
d) *Influenza pandêmica, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus;*
e) Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Haemophilus ducrey Staphylococcus aureus;

34) *Entamoeba histolytica, Cryptosporidium spp., Balantidium coli, Giardia lamblia, Isospora belli* são agentes etiológicos de diarreias:
a) Bacterianas

b) Virais

c) Bacterianas e Helmínticas

d) Protozoárias

e) Protozoárias e Bacterianas

35) *Sarcoptes scabiei* é o agente etiológico da escabiose, pertencente à classificação taxonômica:
a)Arthropoda

b) Helminto

c) Protozoa

d) Bacteria

e) Fungi

36) Método de Hoffman, Pons e Janer ou de Lutz são métodos utilizados na rotina parasitológica de fezes. Em relação a estes métodos é correto afirmar que:

a) Fundamentam-se em centrífugo-flutuação de cistos, oocistos, ovos leves e larvas em solução de sulfato de zinco, na densidade 1,18g/ml. Para fezes preservadas recomenda-se a densidade de 1,20g/ml. É indicado para a concentração de cistos de protozoários

b) Fundamentam-se no termo hidrotropismo positivo de larvas de nematóides, como as larvas de *S.stercoralis* e de ancilostomídeos. A temperatura da água deve estar entre 40 e 45°C.

c) Exame direto a fresco permite visualizar a motilidade de trofozoítos dos protozoários em fezes recém emitidas, analisadas até 30 minutos após a evacuação. Para a identificação de cistos de protozoários e larvas de helmintos, a preparação deve ser corada com lugol.

d) Utilizados para a pesquisa de cistos, oocistos, ovos e larvas. Fundamenta-se na sedimentação espontânea em água, sendo indicado para recuperação de ovos considerados pesados como

os de *Taenia spp*, *S. mansoni* e ovos inférteis de *A. lumbricoides*.

e) Fundamentam-se em centrífugo-sedimentação de cistos, oocistos, ovos e larvas em sistema formalina-éter ouformalina-acetato de etila. É indicado para a concentração de cistos e oocistos de protozoários.

37) Método de exame microscópio usado para pesquisa de fungos (leveduriformes e particularmente filamentosos) em material biológico na presença de muco, restos celulares, pelos, unhas, etc., refere-se ao:
a) Direto sem coloração em solução salina

b) Indireto com coloração em solução salina

c) Direto com coloração em solução salina

d) Direto sem coloração em Hidróxido de potássio

e) Direto com coloração em Hidróxido de potássio

38) Meio de cultura rico e não seletivo, permite o crescimento da grande maioria das bactérias aeróbias e facultativas. Quando incubado em CO_2 dá suporte também ao crescimento dos microaerófilos. Pode-se observar halos esverdeados com colônias alfa-hemolíticas. Estamos referindo sobre o meio:

a) Ágar MacConkey (MC)

b) Ágar chocolate (AC)

c) Ágar Iogurte (AI)

d) Ágar sangue (AS)

e) Ágar Hecktoen Enteric (HE)

39) O Art. 22 da Resolução Nº 178, de 30 de março de 2009 do Conselho Federal de Biologia – CFBio estabelece que:
a) O Biólogo poderá assumir a Responsabilidade Técnica de até três pessoas jurídicas inscritas em CRBios, incluindo-se neste número sua firma individual, a juízo do Plenário do respectivo CRBio que observará a viabilidade de tal compromisso".

b) O Biólogo poderá assumir a Responsabilidade Técnica de até cinco pessoas jurídicas inscritas em CRBios, incluindo-se neste número sua firma individual, a juízo do Plenário do respectivo CRBio que observará a viabilidade de tal compromisso.

c) Toda a prestação de serviço realizada por Biólogo (estudo, projeto, pesquisa, orientação, direção, assessoria, consultoria, perícia, experimentação, levantamento de dados, parecer, relatório, laudo técnico, inventário, planejamento, avaliação, arbitramentos, planos de gestão e quaisquer outros serviços na área de Biologia ou a ela ligados), realizados por pessoa física, ficam sujeitos a "Anotação de Responsabilidade Técnica" (ART).

d) Na regulamentação das Atividades Profissionais, para efeito de fiscalização do exercício profissional, as áreas de atuação do Biólogo deverão ser: Meio Ambiente e Biodiversidade, Saúde e, Biotecnologia e Produção.

e) Na regulamentação das Atividades Profissionais, para efeito de fiscalização do exercício profissional, as áreas de atuação do Biólogo deverão ser: Meio Ambiente e Biodiversidade, Saúde e Análise clínicas, Biotecnologia e Produção.

40) Os agentes etiológicos das Leishmanioses são:
a) Vírus

b) Bactérias

c) Helmintos

d) Protozoários

e) Insetos

41) A leptospirose é uma importante e complexa doença infecto-contagiosa dos animais e do homem, considerada uma zoonose de ocorrência mundial e das mais difundidas conforme muitos autores relatam. O agente etiológico desta doença pertence ao grupo taxonômico:

a) Vírus

b) Bactérias

c) Helmintos

d) Protozoários

e) Insetos

42) Um dos principais riscos a crianças que brincam em parques com areia é a Toxoplasmose. Esta doença é transmitida por animais de estimação, como gatos, aves e coelhos. O agente etiológico desta doença pertence ao grupo taxonômico:

a) Vírus

b) Bactérias

c) Helmintos

d) Protozoários

e) Insetos

43) Os vetores da Leishmaniose são:

a) Insetos da ordem Diptera

b) Insetos da ordem Hemiptera

c) Vírus e Protozoários

d) Bactérias e Protozoários

e) Protozoários

44) Assinale a alternativa que apresenta correspondência entre a doença e o grupo taxonômico de seu agente etiológico.

a) Febre amarela; protozoário;

b) Esquistossomose; helminto;

c) Calazar; bactéria;

d) Filariose; protozoário;

e) Doença de Chagas; protozoário;

45) O processo de educação em saúde envolve uma série de atividades que visam principalmente a prevenção de doenças. Um dos procedimentos tratado na educação em saúde é o estímulo à imunização de crianças. Em relação ao processo de imunização podemos classificá-lo em imunidade naturalmente adquirida e imunidade artificialmente adquirida, os quais são, respectivamente:

a) exposição à doença; antibioticoterapia

b) exposição à doença; radioterapia

c) aleitamento materno; radioterapia

d) aleitamento materno e exposição à doença; vacinação

e) via placentária; vacinação

46) Na malária, um dos principais sintomas são as febres, que atingem picos elevados em determinados horários. A elevação da febre terçã e quartã na malária ocorrem quando ocorre:

a) a invasão dos órgão hematopoiéticos (baço, fígado e timo) pelo plasmódio;

b) o aumento de linfócitos e macrófago para inibir a reprodução do plasmódio;

c) a invasão dos gânglios linfáticos pelos plasmódios que liberam toxinas;

d) a liberação de substâncias tóxicas no sangue em função da lise de hemácias infectadas;

e) a proliferação de bactérias oportunísticas por ocasião da debilidade provocada pela malária.

47) A educação em saúde é um processo que pode socializar o conhecimento de prevenção de uma série de doenças. Em relação a prevenção, indique a sequência que mostra corretamente a relação entre a doença e sua prevenção:

a) Anemia falciforme; alimentação adequada rica em ferro e vitaminas.

b) Esquistossomose; usar calçados, lavar mãos antes e depois das refeições.

c) Asma; hábitos alimentares saudáveis.

d) Escorbuto; alimentação rica em vitamina C.

e) Filariose; imunização.

48) Em idade escolar e pré-escolar, crianças podem apresentar baixo rendimento em função de problemas de saúde, alguns de origem infecto-contagiosa, outros de origem genética ou adquiridos de outras formas. No processo de educação em saúde, os professores não só detectam os problemas de saúde, como também repassam informações importantes aos alunos sobre prevenção dos mesmos. Dentre esses problemas de saúde, os distúrbios visuais ou ligados ao aparelho ocular estão entre aqueles que mais interferem no aprendizado. Em relação a estes distúrbios, indique a alternativa que contenha somente os visuais:

a) Optite, presbiopia, diplopia, ceratite

b) Ceratite, diplopia, miopia, anisopia

c) Miopia, astigmatismo, optite, presbiotropia

d) Captopia, miopia, hipermetropia, estrabismo

e) Astigmatismo, miopia, hipermetropia, captopia

49) Em relação aos distúrbios visuais tratados nos programas de educação em saúde, o tipo de distúrbio visual relacionado a problemas de refração da córnea ou cristalino, cuja característica é quando a imagem se forma atrás da retina, em função da córnea ser pouco curva ou o olho ser mais curto do que o normal, denomina-se:

a) Miopia

b) Ceratite

c) Optite

d) Hipermetropia

e) Estrabismo

50) O tipo de desnutrição causada pela falta de calorias devido a criança não receber os nutrientes necessários para manter as funções vitais como respiração e batimentos cardíacos, com seu corpo retirando energia nas reservas de gordura e nos músculos, apresentado emagrecimento extremo, com os traços emaciados, os músculos atrofiados e a pele parecendo grande demais para o corpo, com a aparência de um idoso, é:

a) Koshimar

b) Penurismo

c) Etiópica

d) Kwashiakor

e) Marasmo

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

26) O sobrepeso e a obesidade se definem como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode ser prejudicial para a saúde, e que suas enfermidades não transmissíveis associadas, são em grande parte passíveis de prevenção. Quais dos itens abaixo, **não** configura uma ação favorável ao fator preventivo das patologias citadas:

a) Limitar a ingestão energética procedente da quantidade de gordura total

b) Aumentar o consumo de frutas e verduras, bem como de legumes, cereais integrais e frutos secos

c) Limitar a ingestão de açúcar

d) Realizar atividade física periódica

e) Evitar completamente o consumo de gordura

27) A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, em seu posicionamento oficial acerca da Atividade Física e Saúde na Infância e Adolescência, 1998, recomenda, exceto:

a) Os profissionais da área de saúde devem combater o sedentarismo na infância e na adolescência, estimulando a prática regular do exercício físico no cotidiano e/ou de forma estruturada através de modalidades desportivas, mesmo na presença de doenças, visto que são raras as contraindicações absolutas ao exercício físico.

b) Os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes que praticam atividade física devem priorizar seus aspectos lúdicos sobre os de competição e evitar a prática em temperaturas extremas.

c) Os profissionais da área da saúde envolvidos com crianças e adolescentes que praticam atividade física devem combater o sedentarismo priorizando ações esportivas que visem a competição.

d) A educação física escolar bem aplicada deve ser considerada essencial e parte indissociável do processo global de educação das crianças e adolescentes.

e) Os governos, em seus diversos níveis, as entidades profissionais e científicas e os meios de comunicação devem considerar a atividade física na criança e no adolescente como uma questão de saúde pública, divulgando esse tipo de informação e implementando programas para a prática orientada de exercício físico.

28) Segundo Lazzoli et al. (1998), o principal objetivo da prescrição de atividade física na criança e no adolescente é:

a) Preparar a criança e o adolescente para se tornarem grandes atletas.
b) Desenvolver a força com intuito de atender as demandas das diferentes modalidades esportivas que este tenha interesse.
c) Trabalhar as competições em detrimento do caráter lúdico das atividades.
d) Realizar trabalho com cargas elevadas e poucas repetições, valorizando o gesto motor.
e) Criar o hábito e o interesse pela atividade física, e não treinar visando desempenho.

29) As atividades de se pendurar no playground e pedalar trabalham os músculos primários, respectivamente:

a) Deltóide, peitoral maior e tríceps sural; quadríceps, gêmeos e glúteo;
b) Deltóide, bíceps braquial, braquial e braquioradial; glúteo, semitendíneo, semimembranáceo e bíceps femoral;
c) Trapézio, romboide, subclávio e pectíneo; sartório, vasto medial, vasto lateral e vasto intermédio;
d) Grande dorsal, deltóide e intercostal; gastrocnêmio, solear, fibular e quadríceps;
e)Trapézio, supraespinhal e esternocleidomastóideo; glúteo, pectíneo e fibular terceiro.

30) Segundo Gallahue (1989) a classificação para a idade cronológica é:

a) vida pré-natal (concepção a oito semanas de nascimento); primeira infância (um mês a 24 meses do nascimento); segunda infância (24 meses a 10 anos); adolescência (10-11 anos a 20 anos); adulto mais novo (20 a 60 anos) e adulto mais velho (acima de 60 anos).
b) vida pré-natal (concepção a oito semanas de nascimento); infância (um mês a 10 anos); adolescência (10-11 anos a 20 anos); adulto jovem (20 a 40 anos); adulto de meia idade (40 a 60 anos) e adulto mais velho (acima de 60 anos).
c) vida pré-natal (concepção a oito semanas de nascimento); primeira infância (um mês a 24 meses do nascimento); segunda infância (24 meses a 6 anos); terceira infância (6 anos a 10 anos) adolescência (10-11 anos a 20 anos); adulto jovem (20 a 40 anos); adulto de meia idade (40 a 60 anos) e adulto mais velho (acima de 60 anos).
d) vida pré-natal (concepção a oito semanas de nascimento); infância (um mês a 10 anos); adolescência (10-11 anos a 20 anos; adulto mais novo (20 a 60 anos) e adulto mais velho (acima de 60 anos).
e) vida pré-natal (concepção a oito semanas de nascimento); primeira infância (um mês a 24 meses do nascimento); segunda infância (24 meses a 10 anos); adolescência (10-11 anos a 20 anos); adulto jovem (20 a 40 anos); adulto de meia idade (40 a 60 anos) e adulto mais velho (acima de 60 anos).

31) Gallahue e Ozmun (2003) relatam que existem fases específicas para esse desenvolvimento motor, são elas:

a) Fase motora sensitiva, fase motora pré-operacional, fase motora operacional e fase motora de raciocínio lógico;
b) Fase motora de decodificação, fase motora de codificação, fase motora elementar e fase motora de aplicação;
c) Fase motora reflexiva, fase motora rudimentar, fase motora fundamental e fase motora especializada;
d) Fase motora inibitória, fase motora transitória, fase motora de operações sensoriais e fase motora de operações concretas;
e) Fase motora reflexiva, fase motora regimentar, fase motora locomotiva e fase motora manipulativa.

32) No artigo intitulado "Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta", é ressaltado um grande número de casos de coronopatas no EUA, nomeadamente 10 milhões, sendo originado 100.000 internações por ano. No entanto, estudos controlados nesses pacientes evidenciam que aqueles que entram num programa de atividade física regular, diminuem:

a) 50% do risco de morte
b) 100% do risco de morte
c) 75% do risco de morte
d) 25% do risco de morte
e) 10% do risco de morte

33) A estimativa da maturação biológica por meio da maturação sexual proposto por Tanner (1962), utiliza as seguintes características sexuais secundárias:

a) pêlos axilares, pêlos pubianos e desenvolvimento escrotal para o sexo masculino e, desenvolvimento mamário, pelos pubianos e menarca para o sexo feminino.
b) barba e/ou bigode, pêlos axilares e pêlos pubianos para o sexo masculino e, desenvolvimento mamário, pêlos pubianos e menarca para o sexo feminino.
c) pêlos axilares, pêlos pubianos e desenvolvimento escrotal para o sexo masculino e, desenvolvimento mamário, pêlos pubianos e menopausa para o sexo feminino.
d) pêlos axilares, pêlos pubianos e desenvolvimento escrotal para o sexo masculino e, desenvolvimento mamário, pelos axilares e pelos pubianos.
e) barba e/ou bigode, pêlos axilares e pêlo pubianos para o sexo masculino e, desenvolvimento mamário, pêlos axilares e pêlos pubianos para o sexo feminino.

34) De que forma a puberdade influencia na aquisição de habilidades motoras?

a) As alterações acontecem em nível de coordenação motora fina, caracterizada pela psicomotricidade e componentes sociais que auxiliam na aquisição de movimentos de caráter global;
b) A influência ocorre de maneira intermitente e permite que a aprendizagem motora possa ser executada de maneira eficiente a partir de interferências do meio social;
c) As alterações são percebidas no contexto da aquisição de habilidades motoras específicas, levando em consideração a influência do meio ambiente e as relações existentes caracterizadas pela experiência de cada um;
d) A influência de fatores genéticos, operando em conjunto com circunstâncias ambientais acelera a compreensão de estímulos para a melhoria do controle motor;
e) As habilidades motoras sofrem influência direta da descarga hormonal e conduzem a uma experimentação progressiva de movimentos sistematizados, partindo do mais simples para os mais complexos.

35) O excesso de peso tem impacto enorme na saúde física e mental e na qualidade de vida dos adolescentes, havendo também sobrecarga social e psicológica nesses indivíduos, sendo mais notável entre as mulheres. Nesse sentido tem-se como consequências alguns sofrimentos listados abaixo, exceto**:**

a) Comprometimento da auto estima
b) Desencadeamento de distúrbios do apetite
c) Depressão
d) Ansiedade
e) Motivação

36) Em relação a aptidão aeróbia na criança e no adolescente é correto afirmar:

a) Até os 12 anos, as curvas de crescimento do consumo de oxigênio não apresentam diferenças significativas de perfil entre os sexos, embora os rapazes obtenham valores superiores desde os cinco anos de idade. A diferenciação sexual instala-se, porém, após os 14 anos, idade em que os rapazes atingem um platô, ao passo que as garotas continuam a apresentar valores crescentes até os 18 anos.
b) A potência aeróbia máxima, isto é, o máximo volume de oxigênio que o indivíduo é capaz de consumir em uma unidade de tempo, aumenta ao longo da segunda infância, acompanhando o crescimento das dimensões corporais.
c) Em relação à treinabilidade da potência aeróbia, de acordo com Bar-Or (1989), em adultos, quanto mais jovem o indivíduo, mais treinável é sua "performance" aeróbia; tal relação com a idade é a mesma encontrada em crianças e adolescentes.
d) Em moças e rapazes de cinco a 17 anos de idade, o consumo de oxigênio necessário para correr ou caminhar numa mesma velocidade decresce com a idade em ambos os sexos, porém ocorre de forma mais acentuada entre as moças.
e) O período pubertário não apresenta modificações fisiológicas importantes, as quais não afetam os sistemas orgânicos de uma forma geral e, como tal, não tendem a refletir-se na capacidade de esforço.

37) Diversos estudos, destacando que os melhores e mais duradouros resultados quanto ao exesso de peso e obesidade, são conseguidos pela combinação de alguns aspectos indicados abaixo, exceto:

a) Educação nutricional
b) Promoção de atividade física
c) Aconselhamento comportamental para adolescentes
d) Aconselhamento comportamental para os pais dos adolescentes
e) Contemplar a variável intensidade à frequência semanal

38) A determinação da idade biológica, fator importante nos estudos sobre aptidão física, treinamento desportivo e crescimento e desenvolvimento, pode ser efetuada por meio da avaliação das idades mental, óssea, morfológica, neurológica, dental e sexual, o que possibilita que se formem, basicamente, três grupos, são eles:

a) pré-púbere, púbere e pós-púbere.
b) nascimento, crescimento e desenvolvimento.
c) infância, adolescência e envelhecimento.
d) infância, jovem adulto e idoso.
e) pré-púbere, adulto e maturação

39) As técnicas antropométricas para avaliação de crianças e adolescentes devem ser realizadas com instrumentos específicos e procedimentos rigorosamente padronizados. Portanto, quais os indicadores de referência para análise do crescimento somático de indivíduos sadios?

a) Estatura e peso corporal;
b) Bioimpedância e flexiteste;
c) Peso corporal e dobras cutâneas
d) Estatura, altura, envergadura e peso corporal;
e) Pesagem hidrostática e plicometria.

40) As atividades de percepção corporal visam:

a) Identificar as imperfeições do corpo
b) Possibilitar aquisição de conhecimento sobre o corpo e suas imagens
c) Discutir o conceito de corpo imperfeito
d) Ajudar o adolescente a melhorar seu corpo esteticamente
e) Definir o conceito de perfeito e o corpo imperfeito

41) Dentre os fatores de riscos conhecidos para as doenças cardiovasculares (DCV), quais deles **não** vêm apresentando um declínio nos países ricos, de acordo com Alves (2005)?

a) Fumo
b) Obesidade

c) Hipertensão arterial sistêmica
d) Diabetes
e) Níveis de lipídeos circulantes

42) Estudos tentaram compreender a relação entre crescimento e atividade física em crianças e adolescentes. Dessa forma, é correto afirmar que:

a) Existe uma correlação positiva do exercício físico e a atividade física, sendo que, quanto maior for à prática, menor será o grau evolutivo do processo de crescimento do indivíduo;
b) A prática de exercício físico não provocou qualquer alteração no crescimento da estatura de crianças e adolescentes envolvidos nos programas de esporte;
c) Os programas de esporte auxiliam sobremaneira no estirão do crescimento dos indivíduos praticantes, percebendo-se uma maior alteração no comprimento dos membros superiores;
d) A alteração na estatura sofre influência apenas dos esportes que desenvolvam os saltos (*jumps*) de forma sistematizada e com frequência de três vezes por semana com duração de no mínimo uma hora;
e) Existe uma correlação negativa entre o exercício físico e a atividade física, sendo que, quanto menor for à prática, maior será o grau evolutivo do processo de crescimento do indivíduo;

43) Inúmeros estudos, usando diferentes métodos de investigação, têm fornecido evidências de que ocorrem mudanças no metabolismo anaeróbio lático durante o crescimento. Sobre este fato é correto afirmar:

a) Lactato sanguíneo e muscular, atividade enzimática glicolítica, débito e déficit de oxigênio, "performance" de potência máxima em exercícios de curta duração e velocidade máxima em testes de campo reduzem gradativamente da infância à fase adulta.
b) Nas crianças, a capacidade para realizar atividades do tipo anaeróbia é significativamente superior à dos adolescentes e adultos.
c) Em comparação com o adulto, a criança e o adolescente são menos deficitários quanto à sua capacidade anaeróbia, diferença que parece ter determinantes fundamentais de natureza bioquímica, pois a concentração de lactato no músculo e no sangue destes é mais baixa do que no adulto.
d) a "performance" anaeróbia progride com a idade.
e) A potência anaeróbia na criança e adolescente é maior pelo fator neuromuscular, o qual sugere que o recrutamento das unidades motoras em condições de performance máxima torna-se mais eficiente na infância e diminui com a idade.

44) Alves et al (2005), tentam determinar a partir de um estudo transversal, se a prática de esportes durante a adolescência influencia esta prática durante a vida adulta. Nesse sentido, os resultados encontrados por estes autores, indicam que:

a) Ser fisicamente inativo na adolescência, aumenta a probabilidade de ser ativo na fase adulta.
b) Ser fisicamente inativo na adolescência, diminui a probabilidade de ser inativo na fase adulta.
c) Ser fisicamente ativo na adolescência, aumenta a probabilidade de ser ativo na fase adulta.
d) Ser fisicamente ativo na adolescência, aumenta a probabilidade de ser inativo na fase adulta.
e) O fato de ser ativo ou inativo na adolescência, não interfere se o indivíduo vai ser ativo ou inativo na fase adulta.

45) Segundo Gallahue (1989), as definições de crescimento, desenvolvimento e maturação, **respectivamente**, são:

a) 1-aumento na estrutura corporal realizado pela multiplicação ou aumento das células; 2-processo

contínuo de mudanças no organismo humano que se inicia na concepção e se estende até a morte; 3- mudanças qualitativas que capacitam o organismo a progredir para níveis mais altos de funcionamento.
b) 1 - aumento na estrutura corporal realizado pela multiplicação ou aumento das células; 2- mudanças qualitativas que capacitam o organismo a progredir para níveis mais altos de funcionamento; 3- processo contínuo de mudanças no organismo humano que se inicia na concepção e se estende até a morte.
c) 1 -processo contínuo de mudanças no organismo humano que se inicia na concepção e se estende até a morte; 2- aumento na estrutura corporal realizado pela multiplicação ou aumento das células; 3- mudanças qualitativas que capacitam o organismo a progredir para níveis mais altos de funcionamento.
d) 1 - mudanças qualitativas que capacitam o organismo a progredir para níveis mais altos de funcionamento; 2-processo contínuo de mudanças no organismo humano que se inicia na concepção e se estende até a morte; 3- aumento na estrutura corporal realizado pela multiplicação ou aumento das células.
e) 1 - mudanças qualitativas que capacitam o organismo a progredir para níveis mais altos de funcionamento; 2- aumento na estrutura corporal realizado pela multiplicação ou aumento das células; 3- processo contínuo de mudanças no organismo humano que se inicia na concepção e se estende até a morte.

46) O determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura, por consequência, da obesidade, é o balanço energético, o qual pode ser definido como:

a) Acúmulo de energia adquirida pelos alimentos
b) Quantidade de gordura adquirida pelas refeições
c) Equilíbrio entre o que se come e o que se bebe
d) Diferença entre a quantidade de energia consumida e quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividade geral
e) Acúmulo da quantidade de energia consumida e quantidade de energia gasta

47) A maioria dos testes de aptidão física requer que o indivíduo faça um esforço máximo e tenha o melhor desempenho possível. Quais os principais problemas na aplicação desses testes?

a) Ser capaz de motivar suficientemente a criança ou o adolescente para obter um desempenho máximo e determinar precisamente se um esforço máximo foi atingido;
b) A disponibilidade de horário que seja relativo ao melhor momento de desempenho físico do praticante, adotando exercícios rotineiros;
c) Ser incapaz de desenvolver metodologias eficazes no processo de construção das estações dos testes a serem aplicados;
d) Habilitar aplicadores dos testes com pouca experiência em variáveis de esforço pré-estabelecidas;
e) Desenvolver métodos de testes que não condizem com as variáveis estudadas na perspectiva de avaliar o praticante sem uma dinâmica eficaz no que diz respeito à elevação da capacidade física.

48) A flexibilidade é uma qualidade física relevante, porque proporciona ao indivíduo uma maior mobilidade articular, o que facilita a execução do movimento. Sobre este tema, marque a alternativa INCORRETA:

a) As estruturas que interferem na flexibilidade são: osso, músculo, tendão, ligamento e cápsula articular.
b) Um dos testes mais comuns de flexibilidade é o "sentar e alcançar", que é também conhecido por flexitest.
c) Em regra geral, o sexo feminino é mais flexível do que o sexo masculino em todas as idades.
d) Quando uma flexibilidade for excessiva em uma ou mais articulação em direção fisiológica normal do movimento, em direção anormal ou em ambas, é denominada hiperflexibilidade.

e) A flexibilidade é perdida ao longo dos anos mesmo que se mantenha um padrão de atividades com foco na manutenção desta capacidade física

49) No que se refere à melhoria da aptidão física para a saúde é incorreto afirmar:

a) A resistência aeróbia é indispensável no treinamento.
b) Nos adolescentes a velocidade e agilidade devem ser parte integrante do treinamento.
c) A força, flexibilidade e coordenação motora são qualidades físicas da aptidão física para a saúde.
d) A coordenação é qualidade física da aptidão física para a saúde só na terceira idade.
e) A força muscular deve ser trabalhada em todas as idades, sendo fundamental na terceira idade devido a perda gradativa desta qualidade física

50) As habilidades motoras são classificadas em:

a) Procedimentais, manipulativas e atitudinais.
b) Cognitivas, afetivas e psicomotoras.
c) Locomotora, psicomotoras e sócio-motoras.
d)Locomotoras, não locomotoras e manipulativas.
e) cognitivas, manipulativas e atitudinais.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 - ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM

26) A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 no Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde; e o Conselho de Saúde. Na Conferência de Saúde ocorre a reunião de representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Pergunta-se: em qual período de tempo acontece as reuniões da Conferência de Saúde?

a) De 5 em 5 anos;
b) De 3 em 3 anos;
c) De 4 em 4 anos;
d) O prefeito atual que determina o tempo;
e) As respostas “a” e “d” estão corretas.

27) Orientar a família que uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno, e garantir aos pais o direito de receberem corretamente informações quanto à alimentação saudável e de seus filhos, prevenindo assim a obesidade infantil. Esse alerta foi recomendado em uma das convenções dos Direitos Humanos especificamente em qual das Convenções relacionadas abaixo:

a) Convenção dos Direitos da Mulher em fase reprodutiva, ocorrida no ano de 1989;

b) Convenção dos Direitos da Criança de 1989, e o Estatuto da Criança e do Adolescente;

c)Convenção dos Direitos Humanos Internacionais de 1986;

d) Apenas as questões a e b estão corretas;

e) Todas as questões estão corretas.

28) A população de crianças e adolescentes deve receber do Sistema Único de saúde – SUS vacinas necessárias a prevenção de doenças. Lei 8.069 de 13 de junho de 1990. Artigo 14, parágrafo único. Para doenças imunopreveníveis temos a vacina contra a hepatite b. Pergunta-se: quantas doses a criança deverá receber a vacina conforme preconiza o Ministério da Saúde?
a) 1 dose apenas;
b) 3 doses e 1 reforço ;
c) 2 doses apenas;
d) 3 doses apenas;
e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

29) A Lei Nº8.069 de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente nas disposições preliminares , do Art. 2º determina faixa etária a ser considerada para a crianças e adolescentes. Analise as sentenças abaixo que representa a faixa etária correta :

a) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até onze anos de idade incompleto, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

b) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até dez anos de idade incompleto, e adolescente aquela entre treze e dezoito anos de idade.

c) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompleto, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

d) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até onze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre treze e dezesseis anos de idade.

e) Nenhuma das alternativas são corretas

30) O Art. 16 da Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990 do Estatuto da criança e Adolescente (ECA) no Capítulo II sobre Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, compreende os seguintes aspectos abaixo, com exceção de uma das alternativas. Marque a incorreta:

a) I - Ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

b) II - Opinião e expressão;

c) IV - Brincar, praticar esportes e divertir-se;

d) VII - Buscar refúgio, auxílio e orientação

e) VI – Ausentar-se da vida política, na forma da lei;

31) O Art. 54 da Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente diz: “ É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente”. Analise as questões abaixo e marque a resposta que corresponde com os incisos do referido Art.

a) Ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

b) Progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;

c) Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

d) Todas acima estão corretas

e) Todas acima estão incorretas

32) O Ministério da Saúde elaborou em 2005 as orientações para a organização de serviços de saúde para os adolescentes e jovens. Este material fornece orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens. Analise as sentenças abaixo, marque a questão que não consta nas alternativas de sugestão das ações das unidades de saúde que atenderão as necessidades locais e as especificidades da atenção integral a adolescentes e jovens de ambos os sexos.

a) Ausência de campanha de imunização

b) Atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares;

c) Atendimento individual

d) Participação juvenil

e) Visita domiciliar

33) Dentre as orientações para a organização de serviços de saúde integral para os adolescentes e jovens a proposta de trazer adolescentes e jovens para a unidade de saúde contaria com atividades voltadas para a busca através das alternativas abaixo. Marque a questão incorreta que não poderia constar:

a) Captação sendo realizada por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas, tanto no interior da unidade de saúde quanto na comunidade.

b)Integração escola/ unidades de saúde/comunidade.

c) Desenvolvimento de estratégias especificas para grupos envolvidos com: exploração sexual, violência, profissionais do sexo.

d) Captação sendo realizada por meio apenas de ações

e) Todas as alternativas corretas

34) O Ministério da Saúde lançou o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, trazendo os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional. Portanto, a analise as sentenças abaixo e marque a alternativa correta:

I Algumas questões se mostram relevantes quando falamos da vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático. A gravidez na adolescência é uma delas.

II-Entre os adolescentes á um significativo aumento da infecção pelo HIV/aids.

III- Em nossa sociedade, circulam ideias sobre adolescência e juventude que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública.

a) Apenas a I e a II estão corretas

b) Apenas a II está correta

c) Apenas I e a III estão corretas

d) Apenas a III está correta

e) Todas estão corretas

35) A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas, vem firmando uma série de convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, que garantam a não violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos. Diante desta declaração podemos afirmar que :

I - O Art. 24 - 1. Diz que: Toda criança terá direito, sem discriminação alguma por motivo de cor, sexo, língua, religião, origem nacional ou social, situação econômica ou nascimento, às medidas de proteção que a sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado.

II - O Art. 24 -2. Diz que: Toda criança deverá ser registrada imediatamente após seu nascimento e deverá receber um nome.

III- O Art. 24.-3. Diz: que Toda criança terá o direito de adquirir uma nacionalidade.

IV- O Art.24.- 2 Diz que: Toda criança deverá ser registrada até dois meses após seu nascimento e deverá receber um nome.

a) Apenas a III e a IV estão erradas

b) Apenas a I, II e a III estão corretas.

c) Apenas a I e a II estão corretas

d) Apenas a I está correta

e) Todas estão corretas.

36), O recém-nascido, MMS de 1 dia de vida, sexo masculino em companhia de sua genitora, até o momento não fez nenhuma vacina, e seguirá para sua localidade de morada (interior do Pará, área de risco para febre amarela). Pergunta-se: qual das vacinas MMS, irá tomar no mesmo dia?

a) Febre amarela, BCG e Hepatite b;

b) BCG, Hepatite b, e Poliomielite V.O.;

c) Febre amarela, BCG e Tetravalente;

d) BCG, Hepatite b;

e) BCG e Febre Amarela.

37) A ocorrência de gravidez em fases precoces da vida tem sido motivo de preocupação para a sociedade, mas especialmente para a família dos jovens já que implica fatores de riscos (MONTEIRO, TRAJANO E BASTOS, 2009). Pergunta-se: Qual das respostas abaixo é considerada como os principais fatores de risco para a jovem ter uma gravidez precoce?

a) Atividade sexual precoce, nível escolar baixo.

b) Educação sexual ausente independe de apoio familiar, pobreza.

c) Menarca precoce, ausência de projeto de vida e migração.

d) Todas as alternativas acima estão corretas, menos a de letra "c"

e) As alternativas a, b, c, estão corretas.

38) Expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; Direito ao sexo seguro. Estamos falando de qual direito fundamental da pessoa humana?

a) Direitos reprodutivos

b) Direitos humanos

c) Direito à vida

d) Direitos sexuais

e) Direito à igualdade e respeito às diferenças.

39) Os serviços em saúde têm como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde. E, para essa organização, devem ser levados em consideração vários fatores e dentre eles a formação e a educação permanente dos recursos humanos. O enfermeiro faz parte da equipe de recursos humanos que atende o adolescente; e uma das responsabilidades é realizar a consulta de enfermagem. Pergunta-se: Qual das alternativas abaixo é recomendada pelo Ministério da Saúde?

a) O profissional durante a consulta deve respeita a singularidade de cada um, sua cultura, sua visão de mundo;
b) Para se obter uma boa consulta deve-se obedecer a um roteiro pré existente;
c) O profissional deve atentar exclusivamente para a queixa principal do cliente;
d) O profissional deve ter um roteiro de entrevistas que seja igual para todos;
e) Todas as alternativas acima estão incorretas.

40) No Parágrafo único. da *Lei do Planejamento Familiar – Lei n.º 9.263, de 12/1/1996 consta* As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no "caput", obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras. Analise as sentenças abaixo e identifique a questão incorreta que não contempla os serviços de atendimento à mulher, ao homem ou ao casal

a) O governo é desobrigado em ter que prestar assistência a concepção dos tratamentos complexo dos casais inférteis.

b) O atendimento pré-natal

c) A assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

d) O controle das doenças sexualmente transmissíveis;

e) O controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

41) A Pílula anticoncepcional de emergência é um método utilizado para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida podendo ser usada em todas as situações relacionadas abaixo, <u>exceto</u>:

a) Nos casos de estupro

b) Em caso de deslocamento do diafragma, ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual.

c) Relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional.

d) O anticoncepcional deve ser ingerido, obrigatoriamente, depois de 72h após a relação sexual desprotegida.

e) Esquecimento de tomar pílulas ou injetáveis.

42) São considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exerçam atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia. Diante desta afirmação analise as sentenças abaixo que representar o Direito do Adolescente conforme o Art.7 do Marco Legal. Marque a alternativa correta.

a) O trabalho noturno é liberado para todos independente da faixa etária.

b) Todos os adolescentes na faixa etária de 12 anos devem estudar a noite e trabalhar no período diurno.

c) É Proibido trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos;

d) O serviço de aprendiz deve ser realizado apenas por população de risco.

e) Todas as questões acima estão corretas.

43) O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Analise as sentenças abaixo, marque a correta.

a) Os casos de DST deverão aguardar agendamento.

b) Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso de abordagem sindrômica, e quem não se submeter a essa abordagem não terá o direito de a cura.

c) O tempo de espera deverá ser o menor possível, devendo ser aproveitado para realização de ações de educação em saúde individual e coletiva, esta última através de vídeos educativos, dinâmicas de grupo, abordagens de questões de cidadania, entre outras.

d) A anamnese do paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico não devem se constituir nos principais elementos diagnósticos das DST.

e) Todas acima estão corretas.

44) A mortalidade materna no Brasil configura-se como problemas de saúde pública, atingindo as várias regiões brasileiras. As mulheres acometidas pela morte materna são de menor renda e menos escolaridades (DATASUS, 2005). O Brasil ainda conta com a subnotificação dos óbitos maternos declarados. Nas mulheres adolescentes primíparas constitui o grupo de pior prognostico materno-fetal. Diante do fato, marque a afirmativa correta.

a) As doenças hipertensivas seguida de síndromes hemorrágicas são as principais causas de mortalidade materna;

b) As infecções puerperais e os abortamentos são as que vêm logo após as doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas como causas de mortalidade materna;

c) As questões de letras “a e b” estão corretas;

d) Somente a questão de letra “a” está correta;

e) Somente a questão de letra “b” está correta;

45) Considerando as linhas de cuidado da Atenção Integral á saúde da criança para a redução da mortalidade infantil é <u>correto</u> afirmar que:

a) A atenção humanizada e qualificada à saúde da mulher, o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e o puerpério são ações colaborativas para o nascimento de crianças saudáveis.

b) A triagem neonatal precoce, preferencialmente, na primeira semana de nascimento, o incentivo ao aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são estratégias que contribuem muito pouco para a diminuição da morbidade e mortalidade infantil.

c) A atenção à saúde bucal e à saúde mental apesar de serem ações de grande relevância para a saúde infantil, ainda não estão envolvidas nesse contexto, necessita de incentivo politico para que faça parte do contexto.

d) Nenhuma das alternativas acima estão corretas.

e) Apenas a “c” está correta.

46) A Agenda de compromisso do Ministério da Saúde tem como principal foco de ação:

a) A criança, somente nas unidade de saúde e domicílios.

b) A criança e o adolescente em escolas, unidades de saúde e domicílios.

c) A criança em unidades de saúde, domicílios, pré-escolas, creches e escolas.

d) Atender a família como um todo, nas unidades de saúde e domicílios.

e) O adolescente em unidades de saúde, escolas e domicílios.

47) Com relação a anticoncepção na adolescência, é considerado como errado:

a) O Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ser usado pelas adolescentes, todavia, as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo.

b) A injeção trimestral não deve ser usada antes dos 16 anos de idade.

c) As pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação.

d) A minipílula deve ser usada mesmo antes dos 16 anos de idade.

e) A vasectomia e a ligadura das trompas não são indicadas para adolescentes.

48) O crescimento e o desenvolvimento, geralmente referenciados como uma unidade, expressam a somatória das inúmeras alterações que ocorrem durante toda a vida de um indivíduo. Assim podemos afirmar que a alternativa **correta** quanto as fases do crescimento e desenvolvimento é:

a) Embora exista uma ordem fixa e precisa para o desenvolvimento, ele não progride em uma mesma velocidade ou ritmo. O crescimento é relativamente lento no meio da infância, aumentando de forma marcante no início da adolescência e se estabilizando no início da vida adulta. Diferenças marcantes são observadas entre crianças à medida que elas alcançam certos marcos no desenvolvimento.

b) O crescimento infantil é observado numa primeira fase com ganho de peso e estatura e só então posteriormente a esta primeira fase de rápido crescimento é que o desenvolvimento apresenta aumento progressivo e gradativamente.

c) A tendência do crescimento e desenvolvimento é ocorrer atendendo um gradiente regular de desenvolvimento físico e a maturidade das funções neuromusculares. Assim, a tendência de maturação e desenvolvimento se dá do sentido caudal para o cefálico

d) O desenvolvimento pode ser conceituado como sendo a aumento no número e no tamanho das células, à medida que elas se dividem e sintetizam novas proteínas; resulta em um aumento da tamanho e de peso do todo ou de qualquer de suas partes.

e) Nenhuma das questões estão corretas.

49) Os serviços de saúde devem garantir atendimento aos (às) adolescentes e aos(às) jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado. Neste contexto, o adolescente e jovem deve ser orientado sobre os riscos das doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS e quais os problemas que as DSTs podem causar. Baseado no contexto acima está correta a alternativa que cita as conseqüências graves das DSTs quando não são tratadas**,** EXCETO**:**

a) Causar problemas que comprometem a capacidade de ter filhos no futuro, ou seja, que provoquem infertilidade;

b) Podem predispor ao câncer de colo de útero ou de pênis;

c) A sífilis, a hepatite B, podem ser transmitidas para o bebê durante a gravidez, trazendo graves problemas para a criança;

d) Podem provocar o aborto;

e) Podem ser transmitidas através de agulhas de uso comum, roupas intimas compartilhadas,

roupas de banhos e algumas raramente dor fomites.

50) As doenças infecciosas e as deficiências nutricionais, são responsáveis por 11 milhões de mortes infantis a cada ano no mundo. Em função da problemática, o Brasil cria a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI que é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos, com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade infantil.
Pergunta-se: De acordo com o Ministério da Saúde dentre as principais doenças prevalentes da infância quais as enfermidades pelas quais são de maior procura para atendimento ambulatoriais e de urgências?
a) Doenças respiratórias e suas complicações;
b) Sífilis congênita e rubéola congênita;
c) Desnutrição e desidratação;
d) Tétano neonatal;
e) Parasitose e desnutrição.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 –ESPECÍFICAS DE NUTRIÇÃO

26) A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza definições de aleitamento materno que são reconhecidas no mundo inteiro. De acordo com estas definições, associe as colunas abaixo:

a) Aleitamento Materno Exclusivo

b) Aleitamento Materno Predominante

c) Aleitamento Materno

d) Aleitamento Materno Complementado

e) Aleitamento materno Misto ou Parcial

I- Leite materno (da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

II- Leite materno (da mama ou ordenhado), sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

III- Leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

IV- Leite materno e outros tipos de leite.

V- Leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Assinale a alternativa correta:

a) A-I; B-II, C-III, D-IV, E-V
b) A-III, B-I, C-IV, D-II, E-V
c) A-II, B-III, C-I, D-V, E-IV
d) A-II, B-V, C-I, D-IV, E-III
e) A-II, B-I, C-III, D-V, E-IV

27) Uma "boa pega" é muito importante no processo de amamentação. “São sinais de boa pega” quando, durante a mamada:

a) O queixo do bebê não toca a mama.

b) Os lábios inferiores do bebê estão virados para dentro.

c) Bochechas do Bebê encovadas a cada sucção.

d) A deglutição do bebê é ouvida durante a mamada.

e) Há mais aréola abaixo do que acima da boca do bebê.

28) Os principais hormônios envolvidos na produção e propulsão do leite humano na fase de lactação são, respectivamente:

a) Prolactina e Ocitocina

b) Progesterona e Prolactina

c) Estrogênio e progesterona

d) Estrogênio e Ocitocina

e) Prolactina e estrogênio

29) Uma queixa muito comum entre as mães durante a amamentação é "pouco leite" ou "leite fraco", que muitas vezes é reflexo da insegurança e ansiedade materna em nutrir completamente o seu bebê. É preciso ficar atento nos sinais que realmente indicam quando há insuficiência do leite. Entre eles podemos destacar:

a) O bebê não fica saciado após as mamadas, chora muito, quer mamar com frequência e ficar muito no peito nas mamadas.

b) Número de vezes que o bebê urina ao dia (menor que seis a oito).

c) Evacuações infrequentes, com fezes em pequenas quantidades, secas e duras.

d) Ganho de peso inadequado.

e) Todas as alternativas estão corretas.

30) M.V.S é mãe solteira, portadora do vírus HIV, moradora de área de ponte, não tem renda fixa e chega ao consultório de nutrição para iniciar o aleitamento artificial do seu bebê A.V.S que tem apenas 1 semana de vida, nasceu a termo e com peso de 2.800g. Assinale Verdadeiro ou Falso para as recomendações do profissional de nutrição nesta situação específica:

( ) O leite de vaca fluido ou em pó não deverá ser recomendado em hipótese nenhuma ainda que seja uma alternativa de baixo custo e facilidade de acesso.

( ) Poderá recomendar o leite de vaca fluído ou em pó desde que seja diluído antes de ser oferecido ao lactente.

( ) Além da diluição do leite de vaca, a mãe deverá adicionar óleo vegetal, cereal pré-cozido (milho ou arroz) para suprir a necessidade energética da criança.

( ) A partir dos 2 meses de idade, a criança alimentada com fórmulas lácteas caseiras devem começar a receber outros alimentos e suplementos, como por exemplo suco de frutas ou vitamina C.

( ) Após completar 4 meses, o leite de vaca integral líquido não deverá ser mais diluído e nem acrescido de óleo e cereal pré-cozido, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos, como por exemplo papa de frutas e papa salgada.

Assinale a sequência correta de cima para baixo:

a) FVFVF
b) FVVVV
c) VFFVV
d) VFFFF
e) VFVFV

31) No atendimento na Unidade Básica de Saúde, a nutricionista identifica a necessidade de falar sobre alimentação complementar saudável. Nesta conversa, os atributos básicos da alimentação saudável são contemplados. Qual das alternativas NÃO atende a estes atributos?

a) Acessibilidade física e financeira – que compreende desde o consumo de alimentos in natura produzidos regionalmente até mesmo ao estímulo à geração de renda em pequenas comunidades.
b) Sabor e Cor – uma alimentação saudável precisa ser necessariamente saborosa, contemplando, também, uma ampla variedade de grupos de alimentos com múltiplas colorações.
c) Variedade – o consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes e favorece o atendimento das demandas fisiológicas.
d) Harmonia – esta característica se refere especificamente à garantia do equilíbrio em quantidade e qualidade dos alimentos consumidos para o alcance de uma nutrição adequada.
e) Segurança alimentar e nutricional – os alimentos devem ser seguros para o consumo, sem apresentarem contaminantes de natureza física, química ou biológica.

32) Após os seis meses de vida, a criança amamentada deve receber a alimentação complementar. Sobre esta alimentação assinale as alternativas corretas:

I) Após os seis meses de aleitamento materno exclusivo, a criança já pode receber duas papas de frutas e duas papas salgadas por dia.

II) Durante esta fase, devido ao processo de crescimento, a quantidade de comida ingerida é mais importante do que a introdução lenta e gradual dos novos alimentos. Logo, é importante orientar que a mãe force a criança a se alimentar nos horários estabelecidos.

III) Deve-se dar liberdade para que a criança explore os alimentos, permitindo que coloquem as mãos na comida e sintam as texturas dos mesmo, sempre oferecendo apoio quando necessário.

IV) A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, é de aproximadamente 200kcal por dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses.

Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

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

33) A.C.A tem 14 meses de idade, foi amamentado até os 5 meses, e existe a necessidade de reforçar a ingestão de alimentos ricos em cálcio, ferro e retinol. Esta recomendação deve ser atendida pelo consumo de:

I. Leite e derivados em todas as refeições para garantir o aporte de cálcio.

II. Abóbora e cenoura em pedacinhos no almoço que fornecerão, além do beta caroteno (precursor do retinol), quantidades suficientes de ferro para as necessidades desta faixa etária.

III. Feijão cozido e suco de laranja no almoço para melhorar o fornecimento de ferro.

IV. Fígado bovino uma vez por semana, pois, além de fornecer ferro, também é uma fonte de retinol.

V. Utilizar aveia e cereais integrais junto às grandes refeições para aumentar o consumo de fibras e facilitar a absorção do ferro não heme.

É (São) VERDADEIRA(S):

a) todas as afirmativas.

b) apenas 4 delas.

c) apenas 3 delas.

d) apenas 2 delas.

e) apenas 1 delas.

34) Sobre os alimentos oferecidos na alimentação complementar, assinale a alternativa correta:

a) A papa salgada a partir do sexto mês deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes). Não se deve oferecer ovo cozido para crianças nesta idade.
b) As frutas devem ser oferecidas após os seis meses de idade, preferencialmente sob a forma de sucos. O tipo de fruta deve respeitar as características da região, custo, estação do ano e a presença de fibra. Porém deve-se ficar atento a algumas frutas contra indicadas nesta idade por fazer mal à saúde do lactente.
c) Crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 500 ml por dia.
d) Os sucos artificiais podem ser oferecidos ao lactente em substituição às papas de frutas, sem nenhum prejuízo de nutrientes.
e) O consumo de açúcar no primeiro ano de vida deve ser evitado, por estar associado ao excesso de peso e à obesidade ainda na infância. Logo, podemos substituir o açúcar pelo mel devido as suas excelentes propriedades medicinais e seu valor calórico.

35) Dentre as medidas de prevenção das carências nutricionais, particularmente as relacionadas às deficiências de ferro e vitamina A. Marque (V) se

a afirmativa for verdadeira e (F) se a afirmativa for falsa, em seguida, assinale a sequência correta:

( ) Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6ºmês de vida e complementar até os 12 meses de idade como forma de prevenção da hipovitaminose A.

( ) Assegurar a suplementação de Vitamina A com doses maciças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

( ) Promoção da alimentação saudável, como forma de incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina A e ferro pela população.

( ) Suplementação medicamentosa com sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

( ) Fortificação das farinhas de milho e de trigo com ferro e ácido fólico para a redução da anemia.

A sequência correta de cima para baixo é:

a) V;V;F;F;V;

b) F;F;V;V;V;

c) F;V;V;V;V;

d) F;V;V;F;F;

e) F;F;V;V;F.

36) A hipovitaminose A, segundo a Organização Mundial da Saúde, é um problema de saúde pública que atinge principalmente crianças em idade pré-escolar. A dieta pós desmame e a introdução de alimentos pobres em vitamina são dois fatores que contribuem para a deficiência desta vitamina. Assinale a alternativa que contém apenas alimentos fontes de vitamina A:

a) Abóbora cozida, Brócolis, Beterraba.

b) Couve, Batata Doce cozida, Abobrinha.

c) Mamão, Manga, Feijão.

d) Cenoura, Espinafre, Fígado bovino.

e) Brócolis, Feijão, Cenoura.

37) A introdução da alimentação complementar deve ser orientada de forma adequada uma vez que ela tem papel importante no suprimento de ferro durante a infância. O ferro apresenta-se nos alimentos sob duas formas: heme e não heme. Sobre este assunto, assinale a alternativa correta:

a) Fígado de boi é fonte de ferro não heme e deve estar presente pelo menos uma vez por semana para suprir as necessidades deste micronutriente.

b) O ovo é fonte de ferro heme, ou seja, tem maior biodisponibilidade deste micronutriente, não estando exposto a fatores inibidores.

c) O ferro não heme contido nas leguminosas pode ter sua taxa aumentada pela presença de agentes facilitadores da sua absorção, como por exemplo, as carnes e a Vitamina A.

d) As afirmativas A e B estão corretas.

e) Todas as afirmativas estão corretas.

38) Na avaliação antropométrica infantil são utilizados os índices antropométricos construídos a partir de duas medidas antropométricas. De acordo com estes índices, assinale a alternativa incorreta:

a) ESTATURA/IDADE (E/I): reflete o crescimento linear alcançado para uma idade específica e seus déficits indicam inadequações acumuladas de longa duração.

b) PESO/IDADE (P/I): reflete o peso em relação à idade cronológica da criança. É influenciado tanto pela estatura, quanto pelo peso.

c) PESO/ESTATURA (P/E): reflete a harmonia do crescimento e não requer o uso da idade.

d) As afirmativas A e B estão corretas.

e) As afirmativas A, B e C estão corretas.

39) O crescimento infantil caracteriza-se por um processo complexo que envolve a interação entre fatores genéticos e ambientais. Com base nessa afirmativa, assinale a alternativa correta.

a) A taxa de crescimento fica consideravelmente mais rápida após o primeiro ano de vida, levando ao aumento do apetite e ao ganho rápido de peso.

b) Na ocorrência de déficit nutricional agudo, a altura sofre um impacto imediato, mas o peso não.

c) As quantidades totais de proteínas recomendadas são difíceis de serem alcançadas, através de uma dieta exclusivamente láctea.

d) O suprimento adequado de ferro é essencial na infância, pois a anemia, nesse período, prejudica o crescimento e o desenvolvimento normais.

e) O cálcio dos alimentos lácteos tem menor biodisponibilidade pela interferência da vitamina D e de lactose.

40) Uma criança, sexo feminino, que acabou de completar dois anos de idade chega acompanhada da mãe ao consultório de nutrição. Após a avalição antropométrica, constatou-se que o P/I estava no escore z > +2 e < +3. De acordo com as Curvas de Referência da Organização Mundial da Saúde (2006) podemos considerar que esta criança está com:

a) Peso muito elevado para idade.

b) Peso elevado para idade.

c) Peso adequado para idade.

d) Peso baixo para idade.

e) Peso muito baixo para idade.

41) Assinale a alternativa correta quanto as orientações para formação de hábitos saudáveis para crianças em idade Pré-Escolar e Escolar:

a) Deve-se permitir que a criança controle seu consumo alimentar, especialmente no que diz respeito ao tamanho da refeição.

b) Ofereça sempre que possível uma sobremesa como recompensa para incentivar a criança a se alimentar melhor nas principais refeições.

c) O horário das refeições deve ser agradável, portanto, caso a criança prefira, pode-se utilizar brinquedos e estimular o uso da televisão durante este momento.

d) Há uma variação normal no apetite da criança e aceitação das refeições. Porém, caso haja recusa na alimentação, é melhor força-la a comer do que deixar a criança sem se alimentar naquele momento.

e) Servir a criança grandes quantidades de alimentos, oferecendo novas quantidades, se necessário.

42) É um princípio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, exceto:

a) Respeito à diversidade e à cultura alimentar.

b) Programa de Alimentação do Trabalhador.

c) Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde.

d) Fortalecimento da autonomia dos indivíduos.

e) Segurança alimentar e nutricional com soberania.

43) De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 2012, a sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional. Com relação a essa transição, assinale a alternativa correta:

a) Houve redução intensa da desnutrição em crianças menores de cinco anos nas últimas décadas, logo, são baixas as prevalências de desnutrição crônica inclusive em populações indígenas, quilombolas e residentes na região norte do país.

b) A obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foi multiplicada por seis entre as meninas e por, praticamente, cinco entre os meninos.

c) Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e uma leve diminuição da obesidade em todas as faixas etárias e de renda.

d) Os adolescentes são o grupo com melhor perfil da dieta, pois tendem a consumir com frequência feijão, saladas e verduras em geral.

e) Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta e predomínio de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes.

44) Em relação a Segurança Alimentar e Nutricional:

a) Consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, mesmo que comprometa o acesso a outras necessidades essenciais.
b) A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis.
c) A melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda deverá ser uma das ações de destaque no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.
d) As afirmativas A e C estão corretas.
e) As afirmativas B e C estão corretas.

45) Com relação à gestante adolescente, assinale as alternativas V para as alternativas verdadeiras e F para as falsas:

( ) O IMC pré gestacional de uma gestante adolescente que na primeira consulta de nutrição, com 4 semanas de gestação, apresentou peso de 45,0 kg e 1.60m de altura pode ser considerada adequado.

( ) A recomendação de ganho ponderal para adolescente grávida com estado nutricional pré-gestacional adequado está na faixa de 11,5 a 16,0 kg.

( ) O aporte proteico da gestante adolescente, segundo a ANVISA é de 71g/dia.

( ) Para gestantes adolescentes, o valor energético por quilograma vai depender da idade cronológica, da idade à menarca e do intervalo entre menarca e gestação. Quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior deve ser o valor energético recomendado, que pode variar de 40 a 50 kcal/kg do peso ideal.

A sequência correta de cima para baixo é:

a) FFVV
b) VFVF
c) FVFV
d) VFFV
e) VVVF

46) A idade materna é um dos fatores de risco para as Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG). Adolescentes com 16 anos ou menos de idade têm maior incidência em comparação com as adolescentes com idade maior que 16 anos. São dados clínicos importantes no diagnóstico de pré-eclâmpsia e devem ser observados durante a consulta de nutrição:

a) Hipotensão arterial sistêmica, hipernatremia, edema.

b) Hipertensão arterial sistêmica, proteinúria, edema.

c) Hipertensão arterial sistêmica, hipernatremia, oligúria.

d) Hipertensão arterial sistêmica, hipercalcemia, poliúria.

e) Hipotensão arterial sistêmica, proteinúria, edema.

47) As necessidades de cálcio da adolescente gestante e lactante, segundo a DRI (do inglês dietary reference intakes), de 1997, são de:

a) 800 mg/dia

b) 1000 mg/dia

c) 1100 mg/dia

d) 1200 mg/dia

e) 1300 mg/dia

48) A adolescência é um dos períodos mais desafiadores no desenvolvimento humano. Com base nessa afirmativa, assinale a alternativa correta:

a) A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

b) No diagnóstico nutricional do adolescente além da idade cronológica é essencial considerar o estágio de maturação sexual em que se encontra o adolescente.

c) A recomendação dietética (DRI) para cálcio é 800mg/dia para todos os adolescentes.

d) Todos os adolescentes têm baixas necessidades de ferro, o que explica a reduzida prevalência de anemia encontrada nessa faixa etária.

e) A recomendação dietética (DRI) de folato para adolescentes em idade reprodutiva foi reduzida, pois esse nutriente em excesso pode ser teratogênico.

49) Os indicadores dietéticos constituem métodos indiretos de avaliação do estado nutricional. Na prática clínica, pode-se utilizar vários métodos para avaliação do consumo alimentar dos adolescentes. Um método bastante utilizado a nível ambulatorial é o Recordatório alimentar de 24h. Dentre as vantagens do uso deste método, estão:

a) O entrevistado precisa ser alfabetizado.
b) São necessários vários contatos com o paciente para concluir a avaliação do consumo alimentar.
c) Pode ser influenciado pela memória do entrevistado.
d) Baixo custo.
e) Facilidade em estimar precisamente o tamanho das porções.

50) De acordo com a pirâmide alimentar para adolescentes, baseada em uma dieta de 2.800 kcal/dia assinale a alternativa correta:

a) O grupo dos legumes e verduras devem estar presente, no mínimo, em 3 (três) porções diárias, por exemplo, duas porções no horário do almoço e uma porção no jantar.

b) Devido a intensa necessidade proteica na adolescência, o grupo das carnes e ovos devem estar presentes nas três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), totalizando três porções diárias o que equivale a 570 kcal/dia.

c) O grupo do leite, queijo e iogurte devem estar presente na quantidade de 4 porções/dia, equivalente a 480 kcal/dia.

d) As frutas devem ser consumidas na quantidade de três porções por dia, de preferência nos intervalos entre as principais refeições, totalizando 210 kcal/dia.

e) O grupo do feijão e leguminosas devem fornecer 110 kcal/dia, ou seja, o equivalente a duas porções.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

26) Os exercícios físicos mostram-se associados a estudos na saúde mental, assim, assinale verdadeiro (V) ou falso (F).

( ) A prática regular de exercícios está associada tanto à prevenção quanto a remissão dos sintomas de depressão.
( ) O exercício físico é importante como uma forma de prevenção primária e secundária da depressão.
( ) Alternativa para substituir o tratamento medicamentoso.

a) V – F –V
b) V – V – F
c) V – F – F
d) F – F – F
e) F – V – F

27) Conforme O'Neal et al (2000) apud Barbanti (2012) consideram no tratamento da depressão com associação de medicamentos e práticas de exercícios físicos o esquema de três fases no programa de tratamento, assim, os autores as denominam de:
a) Fase aguda, fase de prosseguimento e fase de manutenção.
b) Fade de prosseguimento, fase de motivação e fase de recorrência.
c) Fase aguda, fase compensatória, fase de manutenção.
d) Fase de autoeficácia, fase de motivação e fase de manutenção.
e) Fase psicomotora, fase aguda e fase de motivação.

28) Pesquisas costumam apontar ações de efeitos positivos do exercício sobre a ansiedade e depressão. Dentre as alternativas abaixo, marque a incorreta.

a) Estudos apontam algumas estratégias para o controle da ansiedade no esporte, por exemplo, relaxamento, visualização, no caso do excesso, e exercícios de ativação de mentas, no caso de baixa ansiedade.
b) Alguns estudos acreditam que o exercício físico regula a neurotransmissão de noradrenalina e da seretonina, aliviando os sintomas da depressão.
c) Um exercício físico adequado é acompanhado da redução de alguns indicadores de estresse.
d) Pessoas que usam medicamentos psicotrópicos não devem praticar exercícios físicos, mesmo estando em bom estado físico.
e) Pessoas que demonstram sintomas depressivos devem ser inseridas em programas de exercício físico que auxiliem na qualidade de vida.

29) Segundo Barbanti (2012) a depressão clínica é experimentada de maneiras muito diferentes, pois o quadro clínico do indivíduo é singular, podendo apresentar sintomas por longo período ou mais

severos. De modo geral são sintomas psicológicos e comportamentais de depressão clínica:

I. Humor depressivo e retraimento social.
II. Pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio e retardo psicomotor.
III. Sentimento de culpa e inquietação.
IV. Tristeza prolongada e lentificação generalizada ou agitação psicomotora.

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

30) A recreação hospitalar está baseada no modelo de assistência não centralizada na ação médica, e sim, em novas perspectivas de serviços de cuidado e promoção da saúde. Dentre as alternativas abaixo é incorreto afirmar:

a) A recreação nesse contexto tem a função de estimular a criatividade dos indivíduos, por meio de atividades de caráter espontâneo e prazeroso, amenizando as ressonâncias da doença.
b) Com a utilização de estratégias lúdicas, além de outras ligadas ao universo da arte e da comunicação, a recreação pode deixar a estadia da criança em tratamento nos hospitais ou em postos de saúde próxima ao nível da vida que ela tinha antes de ser internada.
c) O uso excessivo de medicamentos, aliado ao conflito psicológico do paciente, exige a implantação de um método recreacionista eficaz, para que a saúde nos níveis físico e psíquico desses pacientes possa ser preservada e reabilitada.
d) A recreação hospitalar é uma técnica terapêutica eficaz dentro do ambiente de internação hospitalar, mas apenas pacientes com funções psíquicas estabilizadas podem participar de oficinas desse gênero.
e) O papel do profissional de Educação Física e da recreação dentro do hospital evidencia uma forma positiva e de profunda importância para se lidar com a temporalidade e a espacialidade dos enfermos, salientando-se uma demanda premente de maior disposição e oferta de pessoas e recursos para o desenvolvimento desta atuação no contexto hospitalar.

31) No que se refere a saúde mental especificamente o idoso, este merece atenção especial devido as perdas da independência e da autonomia. Qual opção abaixo não representa estas perdas:

a) Demência e depressão
b) Diabetes tipo II e depressão
c) Diabetes tipo II e hipertensão
d) Diabetes tipo II e demência
e) Cardiopatia e depressão

32) Pesquisas apontam que o exercício físico mostra-se eficiente no serviço de saúde mental, promovendo a redução da ansiedade, depressão e transtorno de humor, além de melhorar funções cognitivas. Quais dos tratamentos abaixo retratam essa realidade:

a) Psicofarmacologia e psicoterapia

b) Psicoterapia e hidroterapia

c) Ludoterapia e ritmoterapia

d) Psicoterapia e ludoterapia

e) Ritmoterapia e psicoterapia

33) São opções de conduta que ajudam a reduzir as mudanças de tensão e humor que às vezes provocam surtos mais graves, exceto:

a) manter um padrão de atividade física regular orientada por um profissional capacitado.
b) manter um padrão de sono estável
c) manter a família e amigos orientados sobre a doença a fim de reduzir tensões inevitáveis e as críticas mutuas que a doença provoca.
d) Tentar reduzir as tensões no trabalho evitando possíveis recaídas advindas do estresse.
e) Usar álcool e outras drogas, pois essas substâncias psicoativas provocam sensação de bem estar.

34) São efeitos considerados benéficos para a hipótese psicológica da atividade física:

a) Distração, autoconfiança e interação social.
b) Autoeficácia e monoaminas
c) Interação social, endorfinas e distração
d) Monoaminas, endorfinas e distração
e) Interação social, auto eficácia e monoaminas

35) Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) os transtornos depressivos são classificados em diferentes tipos, com exceção:

a) transtorno depressivo recorrente
b) episódio depressivo
c) transtorno bipolar
d) transtorno persistente de humor
e) transtorno volátil

36) Acerca dos transtornos de ansiedade é correto afirmar:

a) São provavelmente originados das experiências da vida adulta
b) São empecilhos para a prática da atividade física
c) O exercício físico não é eficaz para esse tipo de transtorno
d) O exercício físico é contraindicado para pessoas com transtorno de ansiedade.
e) a realização de exercícios de forma aguda e intensa está associada a diminuição dos transtornos de ansiedade.

37) São funções dos CAPS perante os pacientes com transtornos mentais:
a) Estimular a integração social e familiar, apoiar iniciativas de autonomia e oferecer atendimento médico e psicológico.
b) Propiciar a interação com professores, médicos e psicólogos, incentivar a dependência por uma vida sem autonomia e criar vinculo sólidos com a equipe de saúde.
c) Colaborar com o processo de transformação do idoso e com a imagem corporal condizente com os padrões da sociedade
d) Transformar a vida dos envolvidos nesses centros, viabilizando maneiras prazerosas e eficazes, construindo elementos catalisadores para uma qualidade de vida.
e) destruir conceitos ultrapassados dos transtornos mentais e ampliar a capacidade intelectual dos envolvidos.

38) Dentre as opções abaixo não representa sinais e sintomas relacionados à ansiedade:

a) Tontura
b) taquicardia
c) falta de ar
d) Sono
e) Hiperventilação

39) Representam efeitos psicológicos no exercício físico regular, exceto:

a)Redução de depressão e ansiedade, regularização do sono
b) Piora no nível de estresse do indivíduo devido a manutenção e aperfeiçoamento necessário para a capacidade funcional
c)Canalização das frustrações reprimidas, combate ao isolamento social
d) Redução dos sintomas em clientes com crises fóbicas e de ansiedade elevada
e)Promoção de autoconceito, autoestima e autoconfiança

40) A anorexia nervosa é caracterizada como:

a) Doença mental com procura voluntária obsessiva e continuada de emagrecimento, distorção da autoimagem, com menosprezo pela aparência estética e pelas condições gerais de saúde.
b) Doença mental com busca voluntária obsessiva e continuada de se alimentar e ganhar peso, com menosprezo pela aparência estética e pelas condições gerais de saúde.
c) Doença mental com busca involuntária de emagrecimento com preocupação pela aparência estética e pelas condições gerais de saúde.
d) Doença mental com busca involuntária de se alimentar e ganhar peso, com preocupação pela aparência estética e pelas condições gerais de saúde.

e) Doença mental com buscar voluntária de exercitar-se com o objetivo de melhorar a aparência estética e as condições gerais de saúde.

41) São objetivos das atividades esportivos e recreação desenvolvidas em hospitais psiquiátricos:

a) Ampliar as capacidades físicas em ênfase no rendimento, proporcionar técnicas específicas que facilitem o cotidiano autônomo do paciente e aumentar variáveis pertinentes as suas necessidades básicas
b) Melhora o relacionamento interpessoal, despertar o interesse por um corpo mais sadio, capaz e eficiente, e contribuir para o equilíbrio da vida comunitária, através da drenagem de tensões e agressividade dos pacientes
c) Estimular as tensões oriundas de traumas passados, contribuir para o processo de assimilação de conhecimentos técnicos acerca dos objetivos de atividades recreativas e permitir melhor qualidade de vida
d) Avaliar o entendimento dos pacientes acometidos por transtornos mentais acerca dos objetivos de uma atividade prazerosa, sempre levando com consideração o efeito progressivo que ações dessa natureza podem proporcionar de maneira equivocada
e) Estabelecer regras de convivência entre os pacientes, fomentando o respeito mútuo e, exigindo a práxis do que é estudado nos encontros/reuniões na medida em que as atividades acontecem.

42) Segundo Roeder (2003), o jogo tem grande destaque no campo da Educação Física e Saúde Mental. Sendo assim, assinale a alternativa correta.

I. O jogo quando apresentado e em contato com o movimento lúdico espontaneamente positivo e construtivo, proporcionam o bem-estar ao indivíduo.
II. O jogo é um importante aliado terapêutico que possibilita abertura de novos canais, corrige projeções e facilita associações. Os afetos que aparecem no jogo passam a constituir, depois, objeto de experiência.
III. Os jogos têm como objetivo apenas a melhora de componentes da psicomotricidade e habilidades motoras.
IV. O jogo resgata a sensação de prazer/ludicidade do paciente como ponto positivo para a amenização de sofrimentos psíquicos e angústias que as doenças mentais acarretam.

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

43) Existem diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que variam conforme o tamanho da população atendida e especificidade da demanda. Marque a alternativa incorreta quanto ao CAPS III:

a) Implantado em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
b) Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.
c) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local.
d) Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.
e) Atende à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

44) Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente condizente e estruturado. Quanto ao CAPSi é correto afirmar que:

a) Possui atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.
b) Possui atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

c) Possui atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
d) Possui atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
e) Possui atendimento diário a crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais.

45) Em relação ao Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, assinale verdadeiro (V) ou falso (F)

( ) A mobilização ocorreu no sentido de efetivar a Reforma Psiquiátrica.
( ) Reconhece a importância das oficinas terapêuticas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento.
( ) Traz alguns indicativos sobre o lazer e o esporte como estratégias de inserção social e/ou como direitos dos usuários.

a) V – F –V
b) V – V – V
c) V – F – F
d) F – F – F
e) F – V – F

46) Sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é correto afirmar que:

a) São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais.
b) É necessário que os usuários dos CAPS tenham tido uma longa história de internações psiquiátricas.
c) Todos os CAPS da região devem ter o mesmo projeto terapêutico no serviço.
d) Os CAPS foram criados como estratégia para dar continuidade ao modelo manicomial de cuidado.
e) O CAPS deve se restringir a uma única articulação com a rede de saúde.

47) A associação entre nível de atividade física e o estado de saúde mental de pessoas idosas mostra uma relação benéfica no processo de envelhecimento. Sobre essa relação, é incorreto afirmar que:

a) Depressão e demência têm incapacitado idosos em todo o mundo por levarem à perda da independência e quase inevitavelmente, da autonomia.
b) Uma vida ativa melhora a saúde mental e contribui na gerência de desordens como a depressão e a demência.
c) As Atividades de vida diárias (AVD) são ferramentas exclusivas no tratamento da demência, porém pouco auxilia na emancipação do idoso.
d) Ao relacionar os níveis de atividade física com a demência, verificou-se menor prevalência de demência para os sujeitos não sedentários.
e) Para a OMS a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais.

48) Quanto à reabilitação psicossocial, podemos afirmar que:
I. Trata-se apenas de recuperar habilidades laborais perdidas em consequência da instauração de um processo de adoecimento psíquico grave.
II. O processo de reabilitação psicossocial visa o exercício da cidadania, a postura dos profissionais, usuários, familiares e sociedade frente à doença mental.
III. É um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de sujeitos, ajustadas com as demandas individuais de cada um e seu contexto sócio-histórico-cultura.
IV. Ainda mostra-se uma atividade pouco eficaz no cuidado de pessoas com transtornos mentais.

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

49)A saúde mental deve ser encarada pelo professor de educação física com um possível campo de atuação profissional e pesquisa, como já aponta Roerder (2003). Para a autora são

possíveis práticas terapêuticas desenvolvidas pelo professor de educação física:

a) As técnicas de relaxamento e atividades rítmicas.
b) Alongamentos e radioterapia
c) Dançaterapia e psicoterapia
d) Teatro e psicofarmacologia
e) Todas estão corretas

50) A demência é caracterizada pela perda lenta e progressiva da memória e pelo déficit cognitivo. Trata-se de memória na qual a retenção de informações pode permanecer por vários anos, assim, com informações sobre os eventos que ocorreram em um tempo com distância:

a) Memória imediata.
b) Memória recente.
c) Memória remota.
d) Memória reativa.
e) Memória anterógrada.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM

26) Quais os mecanismos de defesa usados nos exemplos abaixo:

Menino vítima de abuso sexual pelo tio não evoca o fato em roda de discussão Professora na saída da escola, encontrando-se enfurecida, entretanto não expressa e ao chegar à rua dá um chute em um gato; Mulher passa a culpa de não ter ido à prova do concurso, devido seu pai não tê-la acordada; Pessoa descreve incêndio em sua casa que matou a família inteira, sem demonstrar emoção.

a) Compensação; isolamento; introjeção; Regressão.

b) Repressão; Projeção; Isolamento; Compensação.

c) Deslocamento; Repressão; Isolamento; Projeção.

d) Sublimação; Repressão; Projeção; Isolamento.

e) Repressão; Deslocamento; Projeção; Isolamento.

27) Cliente apresenta-se com ambivalência afetiva, alucinações áudio visuais, ideias piromaníacas, delírios persecutórios, assim sendo, estas variações patológicas são de quais funções psíquicas respectivamente:

a) Pensamento; Afetividade; Atividade voluntária; Linguagem; Consciência. x

b)Senso percepção; Conduta; Afetividade; Linguagem; Orientação.

c)Afetividade; Senso percepção; Atividade Voluntária; Pensamento.

d) Afetividade; Atividade voluntária; Raciocínio; Orientação.

e)Consciência; Afetividade; Conduta; Linguagem; Orientação.

28) Uma cliente na consulta de Enfermagem diz ser perseguida por toda vizinhança, vendo pessoas que já morreram ao seu lado e que em alguns momentos apresenta em seu discurso repetição em eco da última sílaba, diante desta narração descreva as terminologias psiquiátricas específicas.

a) Alucinação olfativa; Ecopraxia; Mussitação.

b) Delirium; Alucinação tátil; Solilóquios.

c) Alucinação visual; Ecopraxia; Delírios de grandeza;

d) Delírios persecutórios; Alucinação Visual; Ecolalia.

e) Alucinação visual; Ecolalia; Jargonofasia.

29) Uma pessoa internada de forma compulsória, em crise psicótica aguda, deverá ser medicada com neuroléptico, diga o primeiro tranquilizante, como chamavam, a ser usado na evolução histórica da psiquiatria, e o efeito colateral mais comum que pode causar.

a) Haldol; Sialosquese.

b) Neozine; Sialorréia.

c) Levomepromazina; Sialosquese.

d) Carbamazepina; Sialorréia.

e) Clorpromazina; Hipotensão Arterial.

30) Em uma anamnese o enfermeiro percebe o cliente com as funções psíquicas Atenção; Senso percepção e Memória afetada, com isso, cite uma variação patológica possível para cada função afetada.

a) Concretismo; Hipotimia; Mutismo.

b) Aprosexia; Alucinação; Hipomnésia.

c) Concretismo; Hipertimia; Ecopraxia.

d) Hipoprosexia; Disartria; Neologismo.

e) Concretismo; Ambivalência; Ecopraxia.

31) No momento de um contato terapêutico com o usuário do Serviço de Saúde, em determinado momento o terapeuta de referência (TR), estabelece a repetição da última ideia expressada pelo cliente, sendo assim, qual a técnica de comunicação utilizada pelo TR.

a) Reflexão.

b) Foco.

c) Reafirmação.

d) Troca de percepções.

e) Clarificação.

32) Na comunicação terapêutica existem elementos que atuam na diminuição da ação, entre os quais a CATARSE EMOCIONAL, que oportuniza ao cliente que atitude durante este diálogo.

a) O cliente é levado a falar sobre as coisas que mais o preocupam, traz à tona os sentimentos e as experiências discutidas.

b) Envolve a simulação de determinada citação.

c)Envolve o foco sobre a interação atual do enfermeiro e cliente no relacionamento.

d)Implica em ventilar a raiva e o comportamento agressivo, uma ação assertiva.

e)Modelar e educar, fomentar a aliança terapêutica, validar a realidade, encorajar a autonomia do cliente.

33) Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de acordo com a Portaria 3088 existem os componentes da atenção psicossocial especializada, chamados Centro de atenção Psicossocial (CAPS), com indicações populacionais e a demanda a ser atendida pelos mesmos, sendo que um deles CAPS III que deve atender:

a) pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes.

b) pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes.

c) adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

d) pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento

noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

e) adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

34) A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi pactuada na reunião da Comissão Intergestora Tripartites (CIT) de 24 de novembro de 2011, sendo constituída por alguns componentes, entre eles os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência, destacando-se os seguintes serviços:

a) CAPS; Consultório de Rua.

b) Enfermaria Especializada em Psiquiatria; SAMU.

c) Consultório de Rua; Programa de Volta Para Casa.

d) Sala de Estabilização, UPA 24 horas.

e) Programa de Volta Para Casa; Unidade de Acolhimento. x

35) Os Centros de Convivência tem como caracterização específica.

a) Política pública de reabilitação e inclusão social.

b) Estratégicos para a inclusão social das pessoas, por meio da construção de espaços.

c) Moradias inseridas na comunidade e destinadas à reabilitação psicossocial x

d) Unidade de reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

e) Unidade de suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas.

36) Os transtornos de Personalidade incluem o transtorno de personalidade Boderline, o qual é caracterizado pela presença de:

a) É irrealisticamente preocupado com medo de ser deixado para cuidar de si mesmo

b) Alterna entre o desafio hostil e o remorso

c) Comprometimento e esquisitice na interação social

d) Relacionamentos intensos e caóticos

e) Mostra rigidez e teimosia

37) Uma criança atendida em um serviço de saúde mental com história de distúrbio de oposição e desafio, o qual Popper; Steingard (1994) sugeriram que as influências familiares podem ter que papel no desenvolvimento do distúrbio supracitado.

a) Papel funcional

b) Papel etiológico

c) Papel estrutural

d) Papel ecológico

e) Papel permissivo

38) Dentre os transtornos relacionados com substancias psicoativos, relacionados ao uso abusivo de álcool e dependência, caracteriza na fase crônica, com complicações que incluem a Psicose de Korsakoff, identificada por.

a) Diplopia; Ataxia; Torpor.

b) Dor; Queimação; Formigamento.

c)Taquicardia; Edema; Dispnéia.

d) Confabulação; Confusão Mental; Perda de memória recente.

e) Amnésia; Letargia; Fala arrastada.

39) Enfermeiros têm que lidar com crises diariamente, sendo chamados a intervir, e um modelo de sete estágios em situação de crise é fornecido por Roberts e Ottens (2005), sendo que na fase de intervenção é o foco da Enfermagem, destacando-se como habilidade nesta fase.

a) Estabelecer limites rígidos para comportamentos agressivos ou destrutivos.

b) Observar mudanças de comportamento positiva.

c) Escolher as ações apropriadas.

d) Pedir ao cliente que descreva o evento que preceptou a crise

e) Avaliar as condições físicas e mentais do cliente

40) Como dispositivo ao modelo hospitalocentrico em saúde mental/psiquiatria passaram a efetivar os centros de atenção psicossocial, sendo que para cada centro existe uma demanda de atendimento, para a demanda que atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes, temos como referência:

a) CAPS III

b) CAPS ad III

c) CAPS II

d) CAPS ad

e) CAPS i III

41) A introdução de neurolépticos típicos há meio século propiciou acentuado crescimento no arsenal farmacológico no tratamento de psicoses, que até nossos dias por meio de estudos vem apresentando eficácia na terapêutica convencional, dentre os quais destacamos:

a) Leponex

b) Olanzapina

c) Carbolim

d) Depakene

e) Neozine

42) Na saúde mental, Maslow descreveu a realização pessoal como “ser psicologicamente sadio, integralmente humano, muito evoluído e plenamente maduro”, crendo que pessoas “sadias” ou “realizadas” possuíam como característica:

a) Capacidade de acompanhar a evolução de tecnologias

b) Capacidade de percepção adequada da realidade

c) Capacidade de reação aos resultados

d) Capacidade de integração com o outro

e) Capacidade de domínio do ambiente

43) Eugen Bleuler utilizou o termo Esquizofrenia, o qual notou que seus clientes apresentavam cisões entre emoção, comportamento e pensamento, sendo que para ele os sintomas fundamentais baseavam-se nos quatro As:

a) Aprosexia; Anedonia; Alucinação; Amnésia.

b) Anedonia; Autismo; Aprosexia; Alpraz

c) Autismo; Anedonia; Amnésia; Alogia

d) Abulia; Alogia; Autismo; Ambivalência

e) Associações; Autismo; Afeto; Ambivalência.

44) A Síndrome Neuroléptica Maligna é uma complicação rara, porém potencialmente fatal do tratamento com medicações neurolépticos, como cuidados diários é prescrição de Enfermagem a verificação de Temperatura rigorosamente e a observação quanto a sinais extrapiramidais e como medicamento anticolinérgico usado para o tratamento dos efeitos colaterais destaca-se:

a) Imipramina

b) Bupropiona

c) Biperideno

d) Venlafaxina

e) Risperidona

45) A Litemia é necessária para garantir um nível terapêutico dos Sais de Lítio e prevenir intoxicações, sendo que valor sempre está indicado na Hemodiálise:

a) 0,8 e 1,3 mEq/l

b) 1,0 e 1,5 mEq/l x

c) acima de 1,2 mEq/l

d) 0,6 a 1,5 Meq/

e) acima de 4mEq/l

46) Uma Pessoa com Distúrbio mental relacionado a Drogas e Diagnóstico de Enfermagem Negação ineficaz relacionado ego fraco, poderá ter como prescrição de Enfermagem:

a) Reforçar e focalizar a realidade.

b) Prever e satisfazer as necessidades do cliente

c) Corrigir quaisquer concepções errôneas, como: "Eu não tenho problema com bebida. Posso parar na hora que quiser"

d) Dar reforço positivo

e) Corrigir com limitação de comportamento manipulativo.

47) Em um atendimento de enfermagem, uma pessoa com quadro Depressivo e diagnóstico de enfermagem Distúrbio da Auto estima, relacionado a sentimentos de abandono por um ente querido, e evidenciado por perspectiva negativa e pessimista, assim sendo, como prescrição de Enfermagem, o enfermeiro introduzirá como cuidado:

a) Entrar em contato com alguém da família.

b) Discutir práticas diárias.

c) Promover a freqüência a atividades individuais

d) Avaliar estágio de fixação

e) Encorajá-la a reconhecer áreas de mudanças e auxiliar nesta tentativa.

48) O Enfermeiro em seu plano de cuidados prescreve a um cliente em episódio depressivo relacionado a humor deprimido, desta forma, uma das prescrições de enfermagem importante proporcionar descargas à hostilidade se necessário, a partir deste contexto, define-se como diagnóstico de enfermagem:

a) Risco de violência auto dirigida

b) Distúrbio da autoestima

c) Impotência

d) Risco de Lesão

e) Luto disfuncional

49) Diante de um adolescente, com quadro de Distúrbio Obsessivo Compulsivo e diagnóstico de enfermagem Ajuste Individual Ineficaz relacionado aprendizado de evitação, evidenciado por pensamentos obsessivos, o Enfermeiro deverá prescrever como cuidado importante:

a) Gerenciar consequências na situação de violação dos limites

b) Oferecer reforço positivo aos comportamentos não ritualísticos.

c) Demonstrar consideração positiva genuína

d) Discutir percepção do cliente.

e) Estabelecer estratégias e limites de ajuste

50) A meta de uma relação terapêutica Enfermeiro e Cliente pode basear-se em um modelo de resolução de problemas, destacando-se como intervenção:

a) Travar conhecimento e estabelecer sintonia.

b) Confiar na presença.

c) Estabelecer criatividade nas artes.

d) Frequentar com o cliente às atividades.

e) Identificar o que está perturbando o cliente neste momento.

SAÚDE COLETIVA

1) Considerando o conceito de promoção em saúde (PS) descrito na carta de Ottawa (1986), a qual destaca a PS como estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde associado a um conjunto de valores, Westphal (2006) destaca cinco campos de ação da PS, estes diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de prevenção de doenças, são eles:

a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades coletivas e reorientação dos serviços de saúde.
c) Elaboração e implementação de hábitos de vida saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços de atividades educativas, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de atenção primária.
d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reforço da ação individual, criação de espaços reabilitativos, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.
e) Elaboração e implementação de politicas públicas saudáveis, reforço da ação individual, habilitação da comunidade para o auto cuidado, desenvolvimento de habilidades de saúde, gestão de saúde e gestão local de politica pública.

2) Conforme descrito no documento de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) a ideia para o controle integrado das DCNT é:

a) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersetorialidade, que viabilize ações fora do setor Saúde.
b) Enfatizar o desenvolvimento de ações campanhistas e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
c) Enfatizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e extra setoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração dos gestores, seja do ponto de vista da corresponsabilidade entre esferas diferentes de governo, seja pelo financiamento que viabilize ações dentro do setor Saúde.
d) Enfatizar o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista das linhas de cuidado compartilhadas entre esferas de governo, seja pela interdisciplinaridade que viabilize ações fora do setor Saúde.
e) Enfatizar o desencadeamento de ações intersetoriais e extrasetoriais, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela equidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

3) Um dos pontos descritos e discutidos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas é o governo brasileiro e a agenda intersetorial. O Brasil, preocupado com as questões do crescimento das DCNT, reconhece a importância e adere a aliança internacional, tais como Agenda 21, protocolo de Kyoto, convenção Quadro entre outros. Ressalta-se a adesão do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física (Projeto Pratique Saúde, 2005), que aborda que dois pontos dos principais fatores de risco das DCNT:

a) Imunização e envelhecimento populacional acelerado.
b) Sedentarismo e desconhecimento da incidência das DCNT.
c) Urbanização e Sedentarismo.

d) Sedentarismo e a dieta inadequada.
e) Dieta inadequada e envelhecimento populacional.

4) De acordo com as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas (2008) as DCNT aumentam substancialmente no mundo, em 2005 em todo o mundo, das 58 milhões de mortes, 35 milhões referem-se às DCNT, projeta-se um aumento nos próximos 10 anos de 17%, neste sentido, a OMS (2005) descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral, dentre os dez mitos pode-se citar:

a) As DCNT afetam predominantemente os países ricos; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

b) As DCNT afetam predominantemente mulheres; As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

c) As DCNT afetam predominantemente mulheres e homens; As DCNT afetam predominantemente os países com hábitos de ingestão de carboidratos em exagero; As DCNT afetam jovens e idosos; As DCNT não podem ser prevenidas.

d) As DCNT afetam predominantemente os países pobres; As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas; As DCNT não podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente mulheres.

e) As DCNT afetam predominantemente os países de etnia negra; As DCNT afetam predominantemente pessoas com deficiência de imunidade; As DCNT podem ser prevenidas; As DCNT afetam predominantemente homens.

5) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresentam inter-relação com outras politicas, em especial com a integralidade da atenção, colocando-se como primordial nas linhas de cuidados. Esta inter-relação pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desrespeitar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver (Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas, 2008), neste sentido, a PNAB sendo a porta de entrada para o sistema de saúde o que pode oportunizar:

a) Exames complementares para o diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e monitoramento dos fatores de risco.

b) Diagnóstico precoce, mudança de comportamentos e monitoramento de fatores de risco.

c) Diagnóstico precoce, encaminhamentos às especialidades e monitoramento dos fatores de risco.

d) Diagnóstico precoce, reabilitação com garantia de agendamento e acompanhamento pela estratégia saúde da família.

e) Diagnóstico precoce, avaliação clínica sistemática e acesso a medicamentos.

6) O documento que trata das 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, é:

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

7) O Informe Lalonde (1974) citado no texto de Westphal (2006) foi um dos documentos mais importantes na construção histórica do conceito de promoção à saúde. Sendo este documento orientado pela proposta “Campo da saúde” que

trouxeram as seguintes sugestões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde:

a) O meio ambiente, a imunização, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

b) O ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde.

c) O ambiente, o perfil de saúde das pessoas, os estilos de vida das pessoas e o modelo de atendimento em saúde.

d) O ambiente, a biologia humana, a urbanização acelerada e o sistema de saúde.

e) O meio ambiente, a biologia humana, sistema econômico-social e o sistema de saúde.

8) Sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) considerada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujas diferentes densidades tecnológicas, estejam integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado, a garantia dessa operacionalização da integralidade do cuidado, se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, são eles:

a) População e Região de Saúde, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde nas DCNT.

b) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde.

c) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

d) População e Perfil das doenças, estrutura organizacional e modelo de atendimento à saúde.

e) População e Região de Saúde, estrutura operacional e modelo de atendimento à saúde.

9) No texto Promoção da saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), a autora descreve todo um contexto histórico do paradigma de promoção da saúde e faz uma análise crítico/comparativa com a prevenção de doenças, neste contexto, apresenta nomes de importantes sanitaristas que contribuíram e contribuem para compreensão deste paradigma, buscando a sua prática a partir do modelo apresentado pelos diferentes sanitaristas, assim a autora cita Leavell & Clarck (1965), autores de um modelo explicativo referente a "história natural do processo saúde doença" este modelo contempla:

a) Tríade epidemiológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

b) Tríade sociológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

c) Tríade biológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

d) Tríade ecológica, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

e) Tríade sanitarista, na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

10) Considera-se Rede de Atenção à Saúde (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, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para se garantir a resolutividade da Rede existem fundamentos a serem considerados, dentre os quais se destaca:

a) Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, planejamento de ações de governo para atender a necessidade de saúde local, Suficiência.

b) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

c) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais e municipais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

d) Economia de Escala, Ações e medidas, compromisso dos gestores federais, acesso ilimitado a boa assistência à saúde e acesso a medicação especifica.

e) Economia de Escala, responsabilização, compromisso dos gestores federais, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

11) De acordo com Westphal (2006), dezenove anos após a conferencia de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferencia Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Politicas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde," esta conferencia resolveu mudar de estratégia, assim, em vez de convocar os ministros da saúde e cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, a estratégia utilizada foi:

a) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

b) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial de Atenção a Saúde - OMAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

c) Convocaram os centros colaboradores da Conferencia de Alma Ata na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia "Saúde para todos no ano 2000".

d) Convocaram os centros colaboradores da Organização Panamericana de Saúde - OPAS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia de Alma Ata.

e) Convocaram os centros colaboradores da Organização Mundial da Saúde - OMS na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferencia.

12) A atenção à saúde no Brasil sofreu imensas transformações no século 20, principalmente nos anos 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a expansão da assistência médica suplementar.

a) Podemos confirmar que o período descrito era satisfatório as necessidades de saúde da população, não requerendo as mudanças impostas;

b) O Sistema de saúde do momento era insatisfatório, mal distribuído, ineficiente e ineficaz, o que levou a necessidade de transformação no Sistema de saúde;

c) A população conseguia resolver suas questões de saúde e doença no cenário descrito, se exigências de mudanças;

d) Os serviços de saúde privado buscavam incessantemente resolver os problemas de saúde e doença da população;

e) Os custos com os serviços de saúde sempre foram altos o que levava o Estado a dividir as despesas com as empresas privadas que ofereciam serviços de saúde.

13) Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, produzidos fatos político-institucionais com consequências importantes para as políticas de saúde e consequentemente à saúde da população. Assim, marque a resposta correta.

a) Cobrança da carteira de trabalho, para provar a contribuição com os serviços de saúde;

b) Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2011.

c) Adoção do Cartão Único Municipal em alguns municípios, para identificação dos moradores da área;

d) Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99) e Expansão do PSF;

e) Cancelamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com proposta de mudanças na distribuição desses medicamentos.

14) O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, busca:

a) Aumentar a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

b) Não considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

c) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

d) Fortalecer e qualificar a Rede hospitalar visando maior lucro e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

e) Incorporar nas práticas de gestão e de atenção as responsabilidades e deveres dos usuários da saúde, para que a população cumpra seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

15) A afirmação a seguir "Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando "o Homem". Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer" refere-se:

a) A Política de Educação Permanente como prioridade na valorização do profissional e usuário de saúde, ambos trocam experiências;

b) A Política de Humanização como aspecto transversal na rede de atenção;

c) A uma das estratégias do Pacto pela vida;

d) A Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

e) A alteridade ou seja a experiência internalizada da existência do outro, como um objeto, como um outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas.

16) A Política Nacional de Humanização, estabelece varias orientações para os serviços de saúde dentre elas podemos afirmar:

a) A Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde não se faz necessário;

b) A Construção da autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS devem ser politicamente individualizada;

c) Permiti atitudes e ações hierárquicas na rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários evitando interferências desnecessárias da comunidade nos serviços;

d) Oferece um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto da objetividade nelas presente;

e) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

17) A Atenção Básica à Saúde deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando essas necessidades, para que a programação dos serviços de saúde para das necessidades de saúde dos usuários. Assim, marque a responsabilidade comum a todas as esferas de governo para o alcance desse objetivo comum.

a) Apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

b) Coordenar o cuidado, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde para possível seleção da qualidade do pessoal e do serviço, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, privilegiando alguns.

c) Promover a defesa de um SUS que reconhece a dificuldade de trabalhar com o povo brasileiro devido sua diversidade.

d) Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de avaliação da permanência dos serviços;

e) Definir, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a saúde da população produtiva dos polos industriais do país.

18) Conforme o texto de Westphal (2006) a Promoção da Saúde foi assim denominada pela

primeira vez no século XX pelo brilhante sanitarista Henry Sigerist, o qual concebeu quatro funções da medicina conhecidas como. A respeito da Promoção da Saúde Marque a resposta certa:

a) Promoção da saúde, Promoção do ambiente, inclusão de exercícios físicos, reabilitação

b) Reabilitação, Promoção do ambiente, desenvolvimento da doença, higiene e alimentação,

c) Promoção da Saúde, Promoção do ambiente, Prevenção das doenças inclusão de exercícios físicos

d) Promoção da Saúde, Prevenção das doenças, tratamento dos doentes, reabilitação

e) Reabilitação, tratamento dos doentes, inclusão de exercícios físicos higiene e alimentação.

19) Nas duas últimas década do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde surgida no Canadá enfatizando determinantes no processo saúde doença nesse grupo situam-se a Nova Promoção da saúde a qual tem como referência importante documento conhecido como:

a) Relatório do Canadá

b) Conferencia de Adelaide

c) Carta de Ottawa (WHO, 1986)

d) Conferência de Sundsval

e) Conferência de Jacarta

20) A corrente de promoção da saúde que procura romper com o modelo biomédico e sugeri uma perspectiva mais holística sobre a Saúde enfatiza o papel das ações de promoção visando alterar comportamento não saudáveis.

a) Corrente de Promoção de Saúde Behaviorista

b) Corrente de Promoção de Saúde Preventivista

c) Corrente de Vigilância em Saúde

d) Corrente universal de Saúde

e) Corrente de atenção a Saúde

21) Para Carvalho (2007) são numerosas as definições de Promoção da Saúde está diversidade deve-se a diferentes considerações tais como:

a) Políticas, sociais, teóricas

b) Sociais, estratégicas,humanísticas

c) Estratégicas, comunitária, participativa

d) Política, teórica, ambiental

e) Comunitária, participativa, reabilitação

22) Conforme Carvalho e Cecim (2006) a Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão:

a) Práticas, especializadas, necessárias e políticas

b) Especializadas, técnicas, subjetivas e urgentes

c) Políticas, especializadas, necessárias e técnicas

d) Técnicas, subjetivas, urgentes e necessárias

e) Políticas, práticas, técnicas e instrumentos.

23) Os autores acima citados também afirmam que a Gestão, a Atenção a Saúde, o controle social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de

a) Práticas de alimentação saudável

b) Práticas da integralidade

c) Práticas de reabilitação

d) Práticas de empregabilidade

e) Práticas de tecnologias.

24) A presença da Saúde coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino precisaria de:

a) Transversalizar o conjunto da formação das práticas tecnológicas.

b) Estabelecer a imagem clássica da terapêutica entre pesquisa e extensão.

c) Estabelecer permeabilidades multiprofissionais com as redes de ensino

d) Transversalizar o conjunto da formação, estruturar práticas intercursos, estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e extensão.

e) Transversalizar a organização do ensino da pesquisa e das relações humanas no contexto da organização

25) As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e nesse sentido, preocupam-se com:

a) Com a saúde de grupos étnicos, com a pesquisa e ações de reabilitação no contexto da doença.

b) Com a participação da sociedade nas questões de vida, saúde, no contexto do ensino e tecnologias

c) Com a dimensão do coletivo demarcando possibilidades de intervenções

d) A saúde do público sejam indivíduos, gerações, classes sociais, e populações, instigam uma maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social

e) A saúde do público, no exercício da prática em manter a clínica terapêutica, no cotidiano da comunidade.

QUESTÕES DE 26 A 50 – ESPECÍFICAS DE PSICOLOGIA

26) A maior parte dos quadros psiquiátricos, sejam eles de etiologia "psicogênica", "endógeno-genética" ou mesmo "orgânica", surgem:

a) após eventos estressantes da vida;

b) após dificuldades cotidianas;

c) após insônias frequentes;

d) antes de acontecimentos importantes;

e) paralelos à momentos de reconhecimento;

27) Em relação à entrevista clínica, assinale a opção correta.

a) O resultado da entrevista está relacionado tanto à experiência e à habilidade do entrevistador na tarefa de entrevistar quanto ao seu domínio da técnica de entrevista.

b) O treinamento adequado de um entrevistador obedece a um protocolo que garante a verificação de todos os aspectos e detalhes importantes da entrevista.

c) Sendo o beneficiado direto da entrevista clínica as pessoas entrevistadas, não se recomenda a utilização dessa técnica de avaliação quando estiverem envolvidos interesses múltiplos, a exemplo da realização de entrevista a pedido de uma empresa.

d) O objetivo dessa entrevista é descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos do indivíduo, casal ou família, sendo o tempo delimitado conforme o sujeito a ser avaliado.

e) Havendo dificuldades no levantamento de informações, o avaliador deve interromper a entrevista para não ocorrer distorções ou influências na avaliação.

28) A atuação do psicólogo no ambiente hospitalar deve orientar-se, em sua estrita vocação, por uma prática:

a) assistencial;

b) clínica;

c) institucional;

d) diagnóstica;

e) organizacional;

29) KUBLER-ROSS, no seu livro Sobre a Morte e o Morrer aponta como a primeira fase no processo de morrer:

a) negação e agressividade;

b) agressividade e depressão;

c) negação e isolamento;

d) isolamento e depressão;

e) desajuste e intolerância;

30) Sobre o papel da família do paciente, considere a afirmativa correta:

a) A família perde seu lugar neste momento difícil e o ambiente hospitalar é quem tem a responsabilidade de dar suporte ao paciente em fase terminal.

b) A família perde seu lugar neste momento difícil e o psicólogo hospitalar é quem tem a responsabilidade de dar suporte ao paciente em fase terminal.

c) A família do paciente é o único meio no qual é possível reverter o quadro emocional desajustado do paciente;

d) A família desempenha um papel preponderante e suas reações muito contribuem para reações do paciente, se não levarmos em conta a família do paciente, não poderemos ajudá-lo com eficácia;

e) Todas as afirmativas estão corretas;

31) O objetivo da psicologia hospitalar se configura corretamente:

a) Seu objetivo principal gira em torno de acontecimentos que ocorrem no ambiente hospitalar onde o paciente está intimamente inserido.

b) O foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento, tendo como objeto principal a subjetividade do sujeito.

c) Foco da psicologia hospitalar é exclusivamente o sujeito adoecido.

d) Foco da psicologia hospitalar é avaliar o ambiente no qual o doente está inserido na tentativa de melhorar sua qualidade de vida.

e) Todas estão corretas.

32) A psicologia hospitalar utiliza como estratégia de trabalho duas técnicas principais:

a) Atenção flutuante e discurso livre.

b) Discurso livre e escuta analítica.

c) Escuta analítica e manejo situacional.

d) Manejo situacional e escuta analítica.

e) Escuta analítica e atenção flutuante.

33) No ambiente hospitalar o paciente desenganado fora das possibilidades terapêuticas oferecidas pela medicina, sem possibilidades de cura ou de mantê-lo vivo, tem um prognóstico psicoterapêutico que;

a) É inviável submeter este sujeito aos cuidados do psicólogo.

b) Cabe ao psicólogo fazê-lo aceitar o seu estado terminal.

c) O que deve orientar o trabalho do psicólogo é o desejo de vida do paciente e não a possibilidade de vida do paciente.

d) O foco do trabalho do psicólogo deve ser baseado na estatística de possibilidades de um bom prognóstico.

e) O foco do trabalho do psicólogo é dar suporte à equipe médica nos momentos adversos.

34) Ao fazer o diagnostico de situação de risco aumentado para suicídio, é correto afirmar que o psicólogo deve tomar as seguintes providências no ambiente hospitalar:

a) Comunicar sua avaliação de imediato, sem nenhum tipo de adiamento, à enfermeira, à equipe médica e em momento oportuno, aos familiares e ao próprio paciente.

b) Registrar sua avaliação e as providências tomadas no prontuário do paciente.

c) Recomendar que a partir daquele instante o paciente não seja deixado sozinho, seja mantido sob observação por 24h, até nova avaliação.

d) Recomendar a retirada imediata dos meios disponíveis para realização de atos suicidas pelo paciente.

e) Todas estão corretas.

35) O Embotamento Afetivo caracterizado pela perda profunda de todo tipo de vivência afetiva, ocorre tipicamente nos casos de:

a) Síndrome do pânico;

b) Depressão;

c) TDAH;

d) Esquizofrenia;

e) Síndrome de Burnaut;

36) O Transtorno de Personalidade Borderline é melhor caracterizado:

a) Distanciamento afetivo, afeto embotado, indiferença a elogios, preferência quase invariável por atividades solitárias, insensibilidade marcante para com normas e convenções sociais;

b) Instabilidade afetiva intensa, acesso de raiva intensos, indiferença a elogios, preferência quase invariável por atividades solitárias, insensibilidade marcante para com normas e convenções sociais;

c) Instabilidade emocional intensa, sentimento crônico de vazio, relacionamentos emocionais intensos e muito instáveis, autolesão e envolvimento em situações perigoras, esforços repetitivos para evitar o abandono e atos suicidas repetitivos;

d) Instabilidade emocional controlada, sentimento crônico de vazio, relacionamentos emocionais intensos e estáveis, autolesão e envolvimento em situações perigoras, esforços repetitivos para evitar o abandono e atos suicidas repetitivos;

e) Dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, afetividade superficial, busca contínua de atenção e apreciação pelos outros.

37) Sobre a Síndrome do Pânico, na qual ocorre importante descarga do sistema nervoso autômico, produzindo sintomas como: taquicardia, sudorese, tremores, dispneia, náuseas, formigamento, é incorreto afirmar:

a) são recorrentes o medo de infarto, de morrer e enlouquecer;

b) as crises são de início abrupto e de curta duração, raramente duram mais que meia a uma hora;

c) são geralmente desencadeados por determinadas condições como: aglomerados humanos, túneis ou congestionamentos, situações de ameaça; .

d) Nas crises intensas, os pacientes podem experimentar diversos graus de despersonalização, com a sensação de a cabeça ficar leve, de o corpo ficar estranho.

e) Não há sofrimento subjetivo significativo, apenas o medo frequente de ter novas crises e preocupações sobre possíveis implicações da crise;

38) A respeito das síndromes obsessivos compulsivas podemos aferir que:

I- Os quadros obsessivo-compulsivos caracterizam-se por ideias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos.

II- Tais quadros são vividos como uma pressão sobre o indivíduo, como algo que os abriga e submete;

III- As síndromes são divididas em dois subgrupos: aquelas nas quais predomina as ideias obsessivas e aquelas nas quais predominam os atos e comportamentos compulsivos;

a) estão corretas apenas I e II;

b) estão corretas apenas II e III;

c) estão corretas apenas I e III;

d) estão corretas I, II e III;

e) I, II e III estão incorretas;

39) A anorexia nervosa caracterizada pela perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos que engordam ou por comportamentos como vômitos e/ou purgação auto-induzidos e exercícios excessivos. Do ponto de vista psicopatológico é correto afirmar que:

a) é uma condição complexa determinada por fatores genéticos, mais frequente em indivíduos de baixo nível socioeconômico;

b) um dos pontos fundamentais da anorexia é a disfunção dos mecanismos de saciedade, de modo

que o individuo come de forma contínua enquanto houver alimento disponível;

c) ocorre com mais frequência em garotos adolescentes e homens excessivamente vaidosos;

d) o que é característico da anorexia nervosa é a distorção da imagem corporal;

e) o peso corporal é mantido em pelo menos 15% acima do esperado;

40) Compõem a atenção psicossocial estratégica (especializada):

a) CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i

b) NASF, CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS AD

c) Unidade Básica de Saúde, Centro de Convivência e Consultório na rua.

d) NASF, Hospital de emergência, SAMUR, Unidade de acolhimento.

e) Todas os dispositivos acima listados.

41) São estratégias de desinstitucionalização prevista na RAPS:

a) Serviços de atenção psicossocial e NASF.

b) Residências Terapêuticas e UBS'S.

c) Hospitais Psiquiátricos.

d) Serviços residenciais terapêuticos e Programa de volta para casa.

e) Serviços de acolhimento.

42) Diversos dispositivos legais tem sido criados com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento em saúde mental. São sem dúvida um reflexo do processo da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, iniciada a partir dos anos 80 e que levou ao surgimento de serviços alternativos de saúde mental. È correto afirmar que esse processo teve como ação fundamental:

a) as transformações decorrentes da Lei nº 10.216/01 aprovada no Brasil, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde;

b) a criação dos manicômios;

c) a criação das alas hospitalares específicas para portadores de transtornos mentais;

d) a criação das alas hospitalares específicas para isolamento das pessoas sem transtorno dos portadores de transtornos mentais;

e) todas estão corretas;

43) O avaliador aplica um teste duas vezes em duas semanas nas mesmas pessoas para verificar o grau de coerências dos dois resultados. Qual o objetivo principal?

a) Objetividade

b) Precisão

c) Padronização

d) Validade

e) Definição

44) Qual das afirmativas sobre diferença de sexo na inteligência medida é correta?

a) Homens tem melhor desempenho do que mulheres em cálculos matemáticos;

b) Meninos são superiores a meninas no que se refere a visualização de objetos no espaço.

c) No grau secundário, os meninos sobressaem-se em relação as meninas em testes de uso da linguagem;

d) Os testes de inteligência hoje usados são elaborados para favorecer as pessoas do sexo masculino;

e) Os testes de inteligência hoje usados são elaborados para favorecer as pessoas do sexo feminino;

45) Qual afirmação sobre a sensação e percepção é verdadeira?

a) A sensação se refere a objetos, lugares e eventos, enquanto a percepção lida com categorias como qualidade e intensidade;

b) A sensação fornece uma visão espelhada da realidade enquanto a percepção é menos acurada;

c) a sensação envolve a entrada de informações, enquanto a percepção implica a organização e a interpretação dos dados;

d) a sensação requer percepção, enquanto a percepção não quer a sensação;

e) Todas são verdadeiras;

46) Qual a característica mais essencial para um teste objetivo?

a) Formula questões sobre o comportamento aberto;

b) O escore geral é consistente de uma aplicação para outra quando o mesmo teste é reaplicado depois de várias semanas;

c) É avaliado de forma semelhante por diferentes examinadores.

d) Mede o que é suposto medir;

e) Formula questões sobre o comportamento fechado;

47) O que caracteriza os distúrbios neuróticos:

a) ansiedade e esquiva;

b) Excitação e elação;

c) Dificuldade de cognição;

d) Comportamento desajustado

e) Comportamento de esquiva;

48) Qual dos distúrbios abaixo é considerado dissociativo?

a) Distúrbio de personalidade antissocial;

b) Distúrbio bipolar;

c) Distúrbio obsessivo-compulsivo

d) Fuga psicogênica

e) Síndrome do Pânico

49) Qual personalidade é comumente associado ao alcoolismo?

a) Anti-social

b) De esquiva

c) Compulsiva

d) Passivo-agressiva

e) Paranóide

50) Qual das esquizofrenias é caracterizada por uma condição relativamente moderada, desencadeada repentinamente por estresse?

a) Desorganizada;

b) De processo;

c) Reativa;

d) Indiferenciada;

e) Ansiosa