

ASSINATURA DO CANDIDATO



Universidade  
de São Paulo  
Brasil



FUNDAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA  
PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
COREMU/USP

**PROCESSO SELETIVO  
PARA INÍCIO EM 2018**

1ª FASE: **03.09.2017**

GRUPO 8:  
**SAÚDE COLETIVA E  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**INSTRUÇÕES**

**1.** Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.

**2.** Este caderno compõe-se de 30 questões de múltipla escolha de igual valor. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha óptica de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul ou preta.

**3.** Preencha a folha óptica de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.

**4.** Duração da prova: **três horas**. Você deve controlar o tempo disponível, pois não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito provisório para a folha óptica de respostas.

**5.** Durante a prova, são vedadas a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.

**6.** O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das 15h30.

**7.** Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno e da folha óptica de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório.

**8.** A nota da prova será convertida para a escala de 0 (zero) a 10 (dez). Estará eliminado o candidato que não atingir pelo menos nota 3 (três).



**CONHECIMENTOS GERAIS****01**

De acordo com a Política de Humanização, a Clínica Ampliada constitui uma diretriz para o trabalho em equipe no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Clínica Ampliada busca

- estabelecer como abordagem principal as consultas médicas e os exames clínicos.
- encaminhar para atenção hospitalar os casos considerados de menor risco.
- construir Projetos Terapêuticos Singulares conforme as necessidades de cada indivíduo.
- convencer o indivíduo a considerar sua doença e o respectivo tratamento como temas centrais de sua vida.
- priorizar as demandas de saúde de origem orgânica e genética.

**02**

Em relação à proposta de equipes interdisciplinares de referência, são características de seu processo de trabalho:

- a centralidade nas necessidades do usuário e a divisão do poder gerencial entre os trabalhadores.
- a divisão de responsabilidades e a hierarquia entre as profissões médica e as não médicas.
- o encaminhamento para especialidades e a referência para uma população não adscrita.
- a comunicação de caráter vertical e o cumprimento de protocolos rígidos pelos trabalhadores.
- a decisão centralizada no médico e a execução das ações pelos outros profissionais da equipe.

**03**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser definido como o processo de construção de um plano de ação baseado na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários dos serviços de saúde. Nas estratégias necessárias para a elaboração do PTS,

- a reunião de equipe tem pouco valor, já que as propostas e as condutas terapêuticas são decididas apenas pelo profissional médico.
- a participação do usuário nas decisões deve ser estimulada, mas, nos casos considerados de saúde mental, recomenda-se evitar essa estratégia.
- o diagnóstico psicossocial é relevante, mas apenas a avaliação orgânica permite uma conclusão sobre os riscos e as vulnerabilidades dos indivíduos.
- a definição de metas deve priorizar as ações de curto prazo, tendo em vista que as práticas medicamentosas devem ser priorizadas pelas equipes.
- a intersetorialidade é necessária, na medida em que as condições de vida e de trabalho podem agravar a saúde dos indivíduos.

**04**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa de universalização do direito à saúde e pela garantia do acesso aos cuidados e atenção para toda a população. Sobre o processo de implantação do SUS, assinale a alternativa correta.

- A Lei 8.080/1990 priorizou a expansão da assistência médico-hospitalar para os segmentos sociais que contribuíam ativamente com a Previdência Social, bem como direcionou a Atenção Básica aos segmentos não contribuintes.
- A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como ausência de doenças e como objeto de intervenção privativo da saúde suplementar.
- A gestão do SUS passou gradativamente a ser exercida pela esfera federal, diminuindo o protagonismo e a responsabilidade das esferas estadual e municipal.
- A expressão Reforma Sanitária surgiu para designar o movimento social inspirado nos modelos que afirmavam a diminuição da responsabilidade do Estado em relação à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.
- O SUS busca romper com esquemas assistenciais tradicionalmente direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos.

**05**

A bioética utiliza-se de ferramentas, conhecidas como princípios, para o estudo e a tomada de decisão sobre as questões éticas relacionadas à assistência em saúde. Sobre o princípio ético de beneficência/não maleficência, é correto afirmar que

- o benefício do paciente não é a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas.
- a não maleficência deve ser aplicada apenas nos casos de indivíduos que não apresentam quadros psiquiátricos.
- a dignidade deve ser respeitada e o tratamento deve reconhecer as necessidades físicas, sociais e psicológicas do indivíduo.
- o profissional deve informar o paciente sobre todos os aspectos do tratamento apenas na primeira consulta.
- a equipe de saúde deve oferecer o mesmo tratamento a todos os indivíduos, independente de suas particularidades.

**06**

Considerando os princípios da descentralização e da regionalização e a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, o protagonismo da gestão local no SUS é concentrado

- na esfera municipal.
- na esfera estadual.
- nas organizações sociais de saúde.
- na esfera federal.
- nas regiões de saúde.



**07**

Em relação aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, é correto afirmar:

- O usuário não precisa saber o nome dos profissionais e do gestor da unidade de saúde na qual realiza tratamento.
- O acesso ao prontuário pelo próprio usuário ou por terceiro por ele autorizado deve ser negado pela equipe de saúde que o acompanha.
- A participação do segmento dos usuários nos conselhos gestores e nas conferências de saúde ocorre mediante a indicação de nomes pelo secretário de saúde do município.
- O usuário deve ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões ou denúncias aos gestores e às ouvidorias, sendo respeitados a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.
- O usuário não pode recusar a assistência religiosa prestada por serviços de saúde ligados a organizações religiosas.

**08**

*O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.*

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

É um objetivo da estratégia de acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS):

- a abordagem parcial e procedimental, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- a mudança de objeto do trabalho em saúde, do indivíduo como um todo para a sua doença e incapacidade.
- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários com a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a fragmentação e descontinuidade das atividades exercidas por cada categoria profissional.
- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, fortalecendo a entrada por meio de filas, com ordem de chegada e marcação de consultas.

**09**

As doenças de notificação compulsória são “doenças ou agravos à saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes”.

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

São doenças de notificação compulsória:

- dengue, sarampo e tuberculose.
- tétano, depressão e aids.
- botulismo, sífilis congênita e sinusite.
- varíola, traumatismo craniano e síndrome respiratória aguda grave.
- meningite, Alzheimer e síndrome do pânico.

**10**

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a reunião de equipe é

- o momento de maior pragmatismo, no qual uma pessoa da equipe com mais experiência distribui tarefas aos demais.
- o espaço em que os usuários do serviço de saúde, organizados no conselho gestor, podem fiscalizar o trabalho da equipe.
- um momento de diálogo e de reconhecimento do direito à voz e à opinião por todos os profissionais da equipe.
- um espaço de votação constituído por um representante de cada categoria profissional e de cada setor do serviço de saúde.
- o momento de repasse das informações e de troca de plantão, visando apenas à organização da rotina das enfermarias.

**11**

A partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica é ratificada como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A Atenção Básica deve

- estabelecer critérios de eletividade para procedimentos cirúrgicos em outros pontos de atenção.
- realizar atendimento individual médico especializado durante as crises agudas das doenças.
- priorizar a atenção às condições crônicas de agravos à saúde.
- ser referência ao atendimento pré-hospitalar móvel.
- ser a porta de entrada principal para os casos de urgência e emergência.

**12**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a PNAB

- determinou que a Estratégia de Saúde da Família deve atender apenas as regiões metropolitanas, excluindo a expansão de cobertura para territórios de difícil acesso.
- padronizou a composição das equipes de saúde, independentemente do perfil das populações e das distintas realidades do Brasil.
- excluiu algumas de suas estratégias, como o Consultório na Rua, visando dar maior objetividade ao trabalho das equipes de saúde.
- avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva na gestão do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.
- diminuiu o número de municípios habilitados para constituírem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com vistas a diminuir os gastos na Atenção Básica.



**13**

Dentre as diretrizes descritas abaixo, identifique as que caracterizam a Rede de Atenção às Urgências:

- I. Implantação de modelo de atenção multiprofissional e compartilhado em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras na gestão de linhas de cuidado.
- II. Articulação determinada pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais órgãos gestores do SUS cumprir de forma verticalizada as normativas estabelecidas.
- III. Delegação do cuidado das urgências exclusivamente para hospitais com parque tecnológico de alta complexidade.
- IV. Humanização da atenção à saúde, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
- V. Atendimento às urgências realizado apenas em âmbito hospitalar, sempre seguindo a ordem de chegada.

Estão corretas apenas as diretrizes indicadas em

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II, III e IV.
- d) I, III e V.
- e) II, IV e V.

**14**

Uma das estratégias propostas pela Política Nacional de Humanização é o Apoio Matricial, que pode ser definido como

- a) o atendimento especializado realizado pela equipe de apoio matricial de todos os casos encaminhados pelas unidades de Atenção Básica de uma determinada região.
- b) a segunda opinião de um especialista médico de uma unidade de alta complexidade, geralmente apresentada por meio de videoconferência.
- c) o envolvimento de famílias e comunidades para a resolução dos problemas de saúde complexos nos municípios em que não existe ambulatório de especialidades médicas.
- d) a capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem em casos de manejo complexo, minimizando o volume de trabalho das equipes de apoio matricial.
- e) o processo de trabalho no qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, funcionando também como referência para outras equipes.

**15**

A organização do acesso universal ao cuidado integral deve ocorrer por meio das Redes de Atenção à Saúde. A rede de atenção de uma Região de Saúde tem por composição mínima

- a) um conjunto de postos de saúde, maternidade, centro de oncologia e ambulâncias bem equipadas para pacientes se deslocarem para grandes centros urbanos.
- b) serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.
- c) um rol de procedimentos na rede de serviços municipais que garanta acesso exclusivo para seus próprios municípios, contemplando todos os pontos de atenção.
- d) um instrumento de pactuação dos gestores municipal e federal que garanta a referência de todos os casos de média e alta complexidade para hospitais universitários.
- e) a cobertura plena da Estratégia de Saúde da Família, um hospital com 30 leitos, um hospital psiquiátrico e uma maternidade voltada ao atendimento de gestantes de alto risco.



**SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA****16**

O sistema de saúde brasileiro tem três subsistemas operando simultaneamente. O Sistema Único de Saúde (SUS) é universal e, considerando as ações de assistência, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico/SADT e uso de recursos hospitalares, cobre diretamente 75% da população, com investimento público advindo de impostos. Somam-se a isso os 25% da população coberta por planos e seguros de saúde, em diversas modalidades vindos, na maioria, de acordos coletivos e vinculados ao emprego formal. Por fim, parte dos gastos em saúde advém do pagamento direto, principalmente no setor farmacêutico. Este modelo faz com que tenhamos um gasto em saúde proporcional ao dos países desenvolvidos, variando em torno de 9% do PIB. As análises sobre esse modelo apontam para algumas evidências e permitem afirmar:

- Quando comparado aos países desenvolvidos e a outros em desenvolvimento, o gasto privado se mostra muito amplo em relação ao público, mesmo sendo responsável por apenas 25% da população. O setor privado consome 52% de todo o gasto em saúde no Brasil e, por conta da baixa regulação da ANS, não garante acesso a uma série de ações de saúde, impondo um alto custo e pouca capacidade de oferta.
- O gasto público vem crescendo ano após ano em relação ao PIB, e isso é um dos fatores que impulsionaram uma melhora nos perfis de mortalidade materna e infantil. Além disso, os planos de saúde ajudam a “desafogar” o SUS e podem ser complementares, assim como a Constituição prevê.
- Os planos populares, propostos pelo Ministério da Saúde, são uma alternativa viável para resolver o alto gasto público em saúde. Tal ação possibilitaria a inserção de centenas de milhares de pessoas em assistência médica e permitiria uma maior resolutividade do setor da saúde.
- O sistema de saúde do Brasil segue os padrões internacionais de gasto público em relação ao privado. Isso permite uma maior carteira de serviços para a população. A relação entre o público e o privado é delimitada pela Constituição, que define que ações de imunização e transplantes são 100% de responsabilidade pública.
- A cobertura do SUS consome 63% de todo o orçamento em saúde. A relação de gasto entre o setor público e o privado segue os padrões de países desenvolvidos, como França e Espanha; contudo, por conta do subfinanciamento crônico do SUS, sua expansão se mostra tímida diante do perfil de morbimortalidade da população brasileira.

**17**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram, em 1978, a Conferência de Alma-Ata, que é considerada um marco na história da Atenção Primária no mundo. O modelo de Atenção Primária defendido na Declaração de Alma-Ata tem como característica

- ser composto por um conjunto limitado de serviços de saúde direcionados para as populações mais pobres.
- ter como princípios a cobertura e acessibilidade universal, ação intersetorial e utilizar tecnologia custo-efetiva.
- ter como princípio considerar saúde como um direito humano.
- ser composto por programas como controle do crescimento, do aleitamento materno e da imunização.
- ser composto por ações que priorizem a necessidade de responder aos determinantes sociais da saúde e determinantes políticos de maneira ampliada.

**18**

A literatura sobre os modelos para a avaliação de programas e serviços de saúde apresenta grande diversidade de classificação e nomenclatura. No entanto existem passos a serem dados nos processos avaliativos comuns a todas as propostas.

Sobre esses passos, é correto afirmar:

- As opções metodológicas adotadas, que podem ser divididas em abordagens quantitativas e qualitativas, permitem o agrupamento dos diferentes modelos.
- Os passos comuns a todas as propostas avaliativas, como em toda pesquisa científica, são a definição do objeto, seleção da metodologia e síntese dos resultados.
- A condução do processo avaliativo se traduz na realização de sete passos sequenciais fundamentais para alcançar a sua realização plena.
- Não há definição prévia dos passos a serem dados; o que permite a comparabilidade das abordagens são os impactos obtidos por meio dos diferentes modelos avaliativos.
- Os modelos avaliativos estão baseados em diferentes teorias das Ciências Sociais e são elas que permitem a comparabilidade entre as diferentes propostas.



## 19

Tendo em vista o contraste entre os conceitos de grupo de risco, de comportamento de risco e de vulnerabilidade nas estratégias de promoção da saúde e de prevenção de agravos, é correto afirmar que o conceito de

- a) vulnerabilidade toma como problema e alvo principal as suscetibilidades populacionais e como resultado prioritariamente esperado a construção de resposta social ao problema.
- b) grupo de risco delimita como problema e alvo principal o contato entre infectado e suscetível e como resultado prioritariamente esperado a adoção de práticas seguras pelos indivíduos expostos.
- c) vulnerabilidade toma como problema e alvo principal as suscetibilidades populacionais e como resultado prioritariamente esperado o desenvolvimento de práticas seguras pelos indivíduos infectados.
- d) comportamento de risco toma como problema e alvo principal as suscetibilidades populacionais e como resultado prioritariamente esperado a construção de barreiras entre suscetíveis e infectados.
- e) comportamento de risco toma como problema central o contato entre infectados e suscetíveis e como resultado prioritariamente esperado a construção de resposta social ao problema.

## 20

A proposta de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) feita por meio de “Programas de Saúde” tem por objetivo

- a) simplificar o atendimento de forma a baratear o custo das ações de saúde e torná-las acessíveis à população, aumentando, portanto, a cobertura de consultas médicas.
- b) organizar diversas ações e atividades articuladas, levando em consideração aspectos epidemiológicos, grupos de maior risco ou agravos relevantes à saúde da população alvo.
- c) organizar os agendamentos das consultas, como no caso do pré-natal, quando é possível previamente agendar retornos.
- d) organizar agendas que atrelem atendimentos feitos em consultas médicas individuais aos grupos educativos.
- e) desenvolver atividades capazes de resolver prioritariamente os problemas relacionados às doenças infectocontagiosas, como a tuberculose.

## 21

As práticas de ações programáticas em saúde constituem formas de organizar o trabalho coletivo no serviço de atenção à saúde e podem ser compreendidas e particularizadas pelo uso da teoria do trabalho em saúde.

A ação programática

- a) pressupõe, para que seja adotada, a atenção aos indivíduos exclusivamente dentro de programas por grupos de patologias.
- b) é sinônimo do planejamento em saúde, que trata da dinâmica do poder político, em relação às instituições de Atenção à Saúde.
- c) baseia-se no ideal da integração médico-sanitária, inspira-se em tecnologias de base epidemiológica e segue uma lógica de intervenção que articula ações médicas e de saúde coletiva.
- d) remonta à programação adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na década de 1970 e aos princípios do movimento sanitário e da reforma sanitária (1989), portanto constitui um modelo ultrapassado.
- e) visa à abordagem dos problemas de saúde dos indivíduos, priorizando medidas voltadas para a cura, sem relação com a saúde de coletivos ou com projetos emancipatórios.

## 22

A Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, recomenda cinco campos para a promoção e implantação de ações de promoção à saúde: políticas públicas saudáveis, reforço na ação comunitária, criação de espaços saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

Sobre os referidos campos, é correto afirmar:

- a) As ações de promoção à saúde são exclusiva responsabilidade dos equipamentos de saúde, pois a eles compete a produção tecnológica na área.
- b) Ações comunitárias devem ser reforçadas nas redes de apoio de vizinhança, pois este é seu aspecto mais importante na promoção coletiva de saúde.
- c) A viabilização das habilidades pessoais é um importante aspecto da promoção de saúde, pois capacita os indivíduos a adquirirem estilos de vida saudáveis.
- d) As propostas não levam em conta espaços comunitários de ação.
- e) As estratégias não levam em conta o planejamento em saúde.



## 23

Em relação à Atenção Primária à Saúde e à Estratégia de Saúde da Família, analise as afirmações abaixo.

- I. A Atenção Primária à Saúde representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população.
- II. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e de conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade.
- III. As equipes de Saúde da Família são compostas, por no mínimo, um médico de família, um nutricionista, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.
- IV. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde.

Estão corretas apenas as afirmações

- a) I, III e IV.
- b) II e III.
- c) II e IV.
- d) I e III.
- e) I, II e IV.

## 24

A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) é, em parte, exercida por meio dos conselhos de saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, composto por representantes do \_\_\_\_\_, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, possuindo caráter \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

As lacunas do texto devem ser preenchidas por:

- a) governo; permanente; deliberativo.
- b) governo; periódico; consultivo.
- c) poder legislativo; permanente; deliberativo.
- d) poder legislativo; periódico; consultivo.
- e) poder judiciário; permanente; consultivo.

## 25

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial são doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias. Estas possuem quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool. Em relação aos fatores de risco, é correto afirmar:

- a) A cessação do tabagismo antes dos 40 anos não gera impacto na mortalidade prematura.
- b) O uso de fármacos aumenta de duas a três vezes a chance de sucesso de acordo com a medicação prescrita.
- c) O aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde não aumenta as taxas de cessação do tabagismo, somente haverá resultados em abordagens intensivas por profissionais especializados.
- d) A abordagem cognitivo-comportamental individual tem melhor custo/efetividade no tratamento do fumante.
- e) Os medicamentos não nicotínicos, como a bupropiona, não estão indicados no tratamento do fumante.

## 26

No idoso independente, a autovigilância dos sintomas e da glicemia é tão importante quanto em qualquer outra idade. No idoso dependente, o trabalho de vigilância deve ser assumido pelo cuidador. Em tais condições, sempre se deve avaliar a qualidade da ajuda em casa. Em todos os casos, as prioridades devem ser: estabilizar a glicose sérica e evitar as complicações da doença, controlar os outros fatores de risco (sobretudo a hipertensão), para a prevenção das complicações macrovasculares, que é tão importante quanto o controle da glicemia.

Para o controle do Diabetes Mellitus, deve-se considerar o seguinte critério:

- a) Glicemia de jejum abaixo de 140 mg/dL.
- b) Glicemia pós-prandial menor que 180 mg/dL em pessoas com complicações crônicas.
- c) Perda de peso, mesmo na ausência de sobrepeso e/ou obesidade.
- d) Evitar a desidratação.
- e) Hipoglicemias não são consideradas.



**27**

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros (as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas. Os fatores de risco para osteoporose e para fraturas ósseas podem ser divididos em maiores e menores.

São fatores de risco maiores para osteoporose:

- a) fratura anterior causada por pequeno trauma e raça branca ou asiática.
- b) sexo feminino, menarca tardia e nuliparidade.
- c) baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio e alta ingestão de proteína animal.
- d) pouca exposição ao sol, imobilização prolongada e quedas frequentes.
- e) sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

**28**

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Estas redes de atenção à saúde são coordenadas pela (o)

- a) atenção Primária à Saúde.
- b) atenção Secundária e Terciária à Saúde.
- c) secretaria estadual de saúde.
- d) conselho municipal de saúde.
- e) câmara municipal.

**29**

São princípios norteadores da Política de Humanização:

- a) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem humanizada à saúde. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício da Política de Humanização.
- b) Considerar que a integralidade deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes. Além desse, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pela produção social da saúde.
- c) Avaliar, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
- d) Contribuir para a democratização do conhecimento da Política de Humanização, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e valorização dos profissionais de saúde.
- e) Valorizar a dimensão subjetiva e social, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas do tipo assentados e ribeirinhos.

**30**

Considere as situações descritas abaixo relacionadas com a saúde no Brasil.

- I. Caracteriza-se por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.
- II. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resultará numa transformação da pirâmide etária da população brasileira.
- III. O formato triangular, com base alargada, observado nas pirâmides etárias da população brasileira em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.
- IV. Uma população em processo lento de envelhecimento, como a brasileira, significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade.

Estão corretas apenas as situações indicadas em

- a) I e II.
- b) III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I e IV.
- e) II, III e IV.







**RP 2018**  
1ª Fase – Prova Objetiva – P1 (03/09/2017)

**1/100**

**1**  
1/1

