



**SELEÇÃO PARA O CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
TURMA 2020 – TURMA MULTIPROFISSIONAL**

**SEGUNDA ETAPA – PROVA DE CONHECIMENTOS**

Prezado(a) candidato(a),

Inicialmente lembramos que você deverá colocar como código (o mesmo utilizado na lista de presença) para que a sua prova não seja identificada. Após a correção, a banca identificará cada candidato, relacionando o código ao nome.

A prova é composta de **35 questões** objetivas de conhecimentos específicos, cada uma valendo **0,25**, totalizando **8,75** pontos e **02** questões abertas, em que o(a) candidato(a) escolherá somente **01** questão para dissertar (valendo **1,25**), totalizando assim, os **10,0** pontos.

Escolha a melhor alternativa para cada questão objetiva e escreva a letra correspondente na tabela de respostas.

A questão dissertativa escolhida deverá ser respondida em um limite máximo de 30 linhas.

Deverão ser entregues apenas as folhas de respostas. Todas as folhas devem ser identificadas com o código do candidato.

Boa prova!

**SELEÇÃO PARA O CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
TURMA 2020 – TURMA MULTIPROFISSIONAL**

**SEGUNDA ETAPA – PROVA DE CONHECIMENTOS**

CÓDIGO DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

**TABELA DE RESPOSTAS**

| PERGUNTA | RESPOSTA |  | PERGUNTA | RESPOSTA |
|----------|----------|--|----------|----------|
| 1        |          |  | 19       |          |
| 2        |          |  | 20       |          |
| 3        |          |  | 21       |          |
| 4        |          |  | 22       |          |
| 5        |          |  | 23       |          |
| 6        |          |  | 24       |          |
| 7        |          |  | 25       |          |
| 8        |          |  | 26       |          |
| 9        |          |  | 27       |          |
| 10       |          |  | 28       |          |
| 11       |          |  | 29       |          |
| 12       |          |  | 30       |          |
| 13       |          |  | 31       |          |
| 14       |          |  | 32       |          |
| 15       |          |  | 33       |          |
| 16       |          |  | 34       |          |
| 17       |          |  | 35       |          |
| 18       |          |  |          |          |

## PROVA DE CONHECIMENTOS

**1)** O Sistema Único de Saúde foi construído a partir de um conjunto de princípios e diretrizes implementados, ao longo dos mais de 30 anos, desde a incorporação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira pela Constituição de 1988. Ao longo da implementação do SUS, um dos princípios e diretrizes que poderia ser apontado como o mais negligenciado é:

- a) descentralização da atenção básica, que ficou restrita aos municípios de médio e grande porte
- b) universalidade, visto que permanecem barreiras formais para garantia do direito aos serviços públicos de saúde
- c) participação comunitária, uma vez que parte expressiva dos municípios constituíram o Conselho Municipal de Saúde
- d) integralidade, que previa oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população nos diversos níveis assistenciais

**2)** A capacidade dos serviços de Atenção Básica resolverem grande parte dos problemas de saúde depende, entre outros fatores, da adoção de um modelo organizacional adequado, ordenado segundo algumas diretrizes. Uma dessas diretrizes é o(a):

- a) organização do trabalho com base nas ações programáticas, que representam as principais causas de morbidade e mortalidades em todo território nacional
- b) integração da Atenção Básica à rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde
- c) abordagem centrada na dimensão individual do adoecimento com vistas a identificar causas e prover tratamento adequado
- d) foco no trabalho médico, uma vez que o desenvolvimento de ações curativas deve ser privilegiado

**3)** A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao longo de sua implementação, tem sido a principal estratégia brasileira para ampliação do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, vários aspectos e desafios, ainda não desenvolvidos adequadamente, podem afetar a manutenção e sustentabilidade da ESF, entre eles está o(a):

- a) enfrentamento de questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença a serem realizadas pelas equipes de saúde da família
- b) institucionalização dos processos de avaliação na Atenção Básica, favorecendo sua incorporação à rotina dos serviços de saúde
- c) aumento do número de consultas pré-natais, puericultura e de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo
- d) ampliação das possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais do território nacional

**4)** A Atenção Básica em Saúde (ABS) apresenta entre suas diretrizes organizacionais a prerrogativa assistencial de partir do núcleo biomédico para os *“aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso - ‘cada caso é um caso’ - sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos”*. Essa diretriz é chamada de:

- a) reforma sanitária
- b) classificação de risco
- c) prática baseada em evidências
- d) clínica ampliada e compartilhada

**5)** Do ponto de vista do saber clínico, no contexto da Atenção Básica em Saúde, considera-se que é fundamental o(a):

- a) reconhecimento do método científico hegemônico como ordenador das práticas
- b) centralidade em ações de promoção e prevenção em saúde
- c) reformulação do saber e da prática tradicional em saúde
- d) valorização do trabalho uniprofissional

**6)** O acolhimento à demanda espontânea da população adscrita pelas equipes de Saúde da Família no âmbito da APS deve:

- a) buscar atender a população no momento que demandam
- b) reduzir o acolhimento nas unidades às primeiras horas de cada turno
- c) comprometer-se a resolver minimamente 30% dos problemas sanitários
- d) restringir acolhimento a situações de risco individual amarelo ou vermelho

**7)** A Política Nacional de Educação Permanente dos Ministérios da Educação e da Saúde propõe e apoia junto aos cursos de graduação a seguinte ação:

- a) Programa Mais Médicos
- b) Aumento de vagas para residências médicas
- c) Aumento de vagas para residências multiprofissionais
- d) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

**8)** Os debates acerca da educação no campo dos sistemas de saúde levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. Destaca-se como enfoque da Educação Permanente:

- a) representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos
- b) colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação
- c) conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados
- d) ser centrada em cada categoria profissional que seria apoiada por especialistas em suas áreas

**9)** A necessidade de uma formação profissional inserida na prática dos serviços na rede do SUS, especialmente na APS, apresenta grandes desafios a serem enfrentados e superados. Com relação a essa nova proposição de educação na saúde, é correto afirmar que:

- a) nas novas DCNs do curso de graduação em medicina de 2014, a APS é destacada nesse processo, desde o início da formação, constituindo-se como cenário opcional da carga horária no internato
- b) a estratégia de restringir o aprendizado em saúde na vivência e na atenção a pessoas adoecidas ou em risco iminente de adoecer possibilita uma abordagem mais integral e contextualizada dos pacientes, famílias e comunidade
- c) a inserção longitudinal de alunos na APS aliada ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm se revelado estratégias fundamentais para desenvolvimento de uma concepção ampliada do processo saúde-doença
- d) os processos de educação permanente têm incluído, de forma ativa e efetiva, os trabalhadores e usuários em espaços coletivos de cogestão no SUS, permitindo desenvolver práticas educativas promotoras de autonomia e inclusão do sujeito

**10)** A institucionalização da Educação Popular em Saúde começou a ser gestada em 2003. Ganhou espaços dos mais diversos, instalando-se no dia a dia dos serviços, nos processos de formação, na gestão cotidiana do SUS, fortalecendo-se em muitos movimentos sociais populares, nas ruas e nas praças, no campo e na cidade, quando foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Os princípios da PNEP-SUS são:

- a) diálogo, problematização, construção compartilhada do saber
- b) planejamento normativo, hierarquização das ações e avaliação
- c) intersetorialidade e participação institucional e controle social no SUS
- d) educação permanente em saúde, informatização das ações, gestão centralizada nos estados e participação social

**11)** O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das últimas décadas, vêm articulando-se em torno da ideia de promoção da saúde, que resgata, com um novo discurso, o pensamento médico social do século XIX expresso nas obras de autores como Virchow, Villermée, Chadwick e outros, afirmando as relações entre saúde e condições de vida e ressaltando a elaboração de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Os objetivos da Promoção à Saúde visam:

- a) estruturar-se mediante a divulgação de informação científica e elaborar recomendações normativas de mudanças de hábitos
- b) trabalhar na perspectiva do conceito de saúde como ausência de doenças e realizar ações de diagnóstico precoce de enfermidades
- c) diminuir a incidência de uma doença na população e incentivar ações como vacinação e tratamento de água para consumo humano que impeçam a ocorrência de determinada patologia na população
- d) melhorar as condições de vida e saúde das populações e demandam capacidade de mediação e desenvolvimento intersetorial, em torno de planos territoriais, por parte dos trabalhadores e das instituições

**12)** Fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica de algo. De acordo com Mendes (2011), para assegurar resolutividade na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, considera-se como fundamental:

- a) os serviços de um estado ser transformado em uma região de saúde
- b) a integração vertical e horizontal de serviços de saúde
- c) a abordagem comunitária e focalização na família
- d) a modelagem hierárquica e piramidal da rede

**13)** Para medir a “força da atenção primária” em países com configurações de “sistemas de saúde” tão diferentes, Starfield desenvolveu uma classificação para a força da orientação de atenção primária, utilizando seis características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária. (STARFIELD, 2002. p. 32). A autora elenca as características das unidades de saúde importantes para medir a força da atenção primária, uma delas é a:

- a) introdução de terapeutas familiares para possibilitar a orientação familiar da atenção primária
- b) possibilidade de que a unidade de saúde incorpore ações de especialistas na atenção às demandas
- c) extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária
- d) capacidade de uma unidade de saúde de abranger o maior número de pessoas para atendimentos pontuais e de emergência

**14)** A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS está pautada nos seguintes princípios:

- a) democratização da gestão e dos serviços, universalidade e fortalecimento da atenção básica de saúde nos municípios
- b) transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo e autonomia dos sujeitos coletivos
- c) descentralização político-administrativa, proteção social integral e garantia do cuidado e assistência em saúde
- d) articulação da média e alta complexidade com a APS focalizando o acesso à população carente

**15)** A PNH toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm como tarefas produzir saúde. Analise os itens abaixo.

- I. Acolhimento.
- II. Cogestão.
- III Rede de atenção hierarquizada em pirâmide de complexidade
- IV. Clínica Ampliada e compartilhada.
- V. Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde.
- VI. Adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local.

Os itens que estão contemplados como diretrizes são:

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

**16)** É um dos sinais de alarme que indica possível agravamento do quadro clínico da Dengue:

- a) aumento da diurese
- b) febre alta (39° a 40°C)
- c) dor abdominal intensa e contínua
- d) redução repentina do hematócrito

**17)** De acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead, os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) estão dispostos em diferentes níveis, tanto centrais quanto distais. O nível que está corretamente relacionado aos DSS é:

- a) no primeiro nível estão os indivíduos, na base do modelo, suas características de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde
- b) no segundo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação
- c) o terceiro nível compreende o estilo de vida dos indivíduos, estando situado no limiar entre os fatores individuais e os DSS
- d) o quarto nível destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo

**18)** As características da Atenção Básica no Brasil pressupõem modelos técnicos assistenciais organizadores das práticas desenvolvidas e, entre estes, o modelo da Clínica Ampliada que se caracteriza por:

- a) normatizar e regular as transferências para centros especializados
- b) inclusão de profissionais médicos especializados na equipe da AB
- c) inclusão de fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos na equipe da ESF
- d) disponibilizar equipes de referência de apoio matricial especializado às UBS

**19)** A PNAB (2012) propõe princípios para que a ESF ao ser implantada deve substituir o modelo tradicional de organização de serviços da atenção básica para:

- a) prestar pronto atendimento de urgência e emergência na unidade de saúde
- b) tornar a família e a comunidade em unidades privilegiadas para as práticas
- c) ser financiada e gerenciada pelo sistema estadual de saúde
- d) prover atendimento médico durante 24 horas/semana

**20)** A revisão da PNAD, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Entre as propostas de mudança na organização no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, a que **NÃO** está contemplada nessa revisão foi o(a):

- a) livre acesso a qualquer cidadão residente em qualquer território de âmbito municipal
- b) realização da visita domiciliar somente com a presença do médico
- c) ampliação do conceito de territorialização na vigilância em saúde
- d) priorização do atendimento da demanda espontânea

**21)** O SUS, há mais de 40 anos, tem sustentado que o sistema se organiza a partir da atenção básica e com arranjos organizacionais focados na ESF. Como resultado deste esforço, é correto afirmar que:

- a) a estruturação e ampliação de uma fonte estável de financiamento a partir da racionalização dos recursos, antes fragmentados e hospitalocêntricos, diretamente para a atenção básica
- b) a expansão e implementação no Brasil ocorreu principalmente nas grandes cidades e áreas centrais das metrópoles, denotando a melhoria de indicadores de saúde mais significativa para esta população
- c) o reconhecimento dos CAPS e dos NASF como a base para as articulações intersetoriais, devido à maior proximidade desses profissionais com a população e às interações no território de abrangência
- d) seu direcionamento político para incluir populações ribeirinhas, pessoas em situação de rua e pessoas trans reforçaram a perspectiva de busca pela equidade

**22)** Leia o trecho abaixo:

“É justo ou equânime uma pessoa que recebe 100 salários mínimos ter o atendimento 100% gratuito no SUS? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? Eu acho que essa discussão é extremamente importante para esse Congresso”

Luiz Henrique Mandetta, programa Roda Viva, TV Cultura, 27/05/2019



Estas afirmações estão se tornando correntes na sociedade brasileira e revelam questionamento dos princípios conquistados por lutas e esforços empreendidos e que culminaram na Constituição da República de 1988. O princípio abordado no trecho é o:

- a) princípio da saúde como direito social, inerente a condição de cidadania
- b) princípio da assistência do sistema de proteção para os pobres
- c) princípio da filantropia para quem mais precisa
- d) princípio do seguro social meritocrático

**23)** Algumas diretrizes organizacionais vêm se demonstrando importantes para que a Atenção Básica à Saúde cumpra o seu papel. Sobre elas, é correto afirmar que a:

- a) gestão da porta de entrada do sistema deve se basear em equipes multiprofissionais com demandas determinadas e horários planejadamente definidos
- b) estruturação de protocolos bem desenhados para as principais doenças que aportam ao sistema para guiar as intervenções possuem eficácia comprovada
- c) construção de vínculos duradouros com os usuários é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação
- d) formatação de apoio matricial fundamental para deslocar a coordenação do cuidado de casos que necessitam de especialistas para diferentes pontos de atenção da rede

**24)** No contexto das políticas de formação e educação permanente em saúde no Brasil, segundo Gigante e Campos (2016), são princípios pedagógicos utilizados como fontes de aprendizagem inscritas na lógica das metodologias ativas, como referenciais inovadores e necessários para a promoção de mudanças visando às práticas integradoras e democráticas como:

- a) ensino-aprendizagem da prática baseada em evidências, o processo de aprender a aprender e a prática constante de metodologias ativas
- b) aprendizagem significativa, o processo de aprender a aprender e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem
- c) exposição de temas relevantes, a prática clínica baseada em evidências e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem
- d) prática clínica baseada em evidências, a prática das metodologias ativas e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem

**25)** O enfoque da educação permanente, ao contrário da educação continuada, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. A inversão dessa lógica aponta para:

- a) estratégia de capacitação com rupturas no tempo, configurando-se como cursos periódicos sem sequência constante
- b) continuidade do modelo acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização
- c) a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos
- d) mudança das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer

**26)** De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente "hoje em dia já é possível potencializar a Educação Permanente e em Serviço com os aportes das tecnologias de Educação a Distância". A este respeito, é correto afirmar que se faz necessário:

- a) fortalecer os processos de Educação Permanente com a inclusão de aportes da Educação a distância, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo
- b) o aprendizado através de recursos tecnológicos, em particular na atualização profissional, todavia não pode haver preponderância sobre a educação permanente presencial
- c) o fortalecimento dos modelos educativos multimídias pautados em casos clínicos que privilegiem a prática baseada em evidências
- d) um espaço educativo de acesso aberto ao público alvo, no qual se desenvolvem cursos programados e sistemáticos de capacitação continuada de profissionais, técnicos, pessoal administrativo e auxiliares da saúde pública

**27)** O modelo de História Natural das Doenças criado por Levell e Clark (1976) baseou-se na crítica à teoria unicausal da doença oriunda da bacteriologia e propôs a noção de multicausalidade. A criação deste modelo representou para o campo da saúde:

- a) avanço conceitual em direção a uma visão do processo saúde doença na perspectiva da complexidade
- b) permanência da visão de que os fatores ambientais e socioeconômicos são externos ao processo saúde doença
- c) relevância da prevenção primária como forma de impedir o estabelecimento de uma doença ou que ela se agrave
- d) integração dos aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais na explicação dos fenômenos de saúde e doença

**28)** A noção de integralidade da saúde e a crítica aos modelos clássicos de administração que se caracterizam pela rígida e excessiva divisão do trabalho, à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho têm levado a novas concepções sobre o trabalho em equipe. Nesse contexto, a noção de trabalho multidisciplinar em equipe na Estratégia de Saúde da Família valoriza a:

- a) organização do trabalho de equipes formadas por profissional de nível superior e atendentes sem qualificação para agilizar o acesso e o fluxo de consultas médicas
- b) agregação do maior número de categorias profissionais na equipe de referência, visando um trabalho sequencial para atender às demandas dos usuários
- c) comunicação entre os integrantes da equipe de referência, visando a gestão colegiada e o vínculo terapêutico com os usuários
- d) ampliação da equipe matricial como forma de aumentar o acesso da população adscrita às unidades básicas

**29)** O perfil de morbimortalidade do Brasil, analisado ao final da primeira década do século XXI, identificou o forte predomínio das causas decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população. Os indicadores das DCNT evidenciam que:

- a) tendências favoráveis na maioria dos principais fatores de risco mostram que as ações de promoção e prevenção da saúde vêm sendo exitosas
- b) apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%
- c) a prevalência de diabetes e hipertensão está diminuindo, paralelamente à prevalência de excesso de peso
- d) depressão e TMC foram mais prevalentes em pessoas com níveis mais altos de educação e renda

**30)** A mortalidade no Brasil em relação aos tipos de câncer, nos últimos 27 anos, vem apresentando mudanças importantes. Nas mulheres, as taxas de mortalidade por câncer de mama, de pulmão e colorretal aumentaram, enquanto as de câncer do colo do útero e do estômago diminuíram. Em relação aos indicadores de câncer de colo uterino no sexo feminino, é correto afirmar que:

- a) o rastreamento e a mortalidade do câncer de colo foram maiores nas regiões Norte e Nordeste onde a redução de mortalidade é maior as taxas de mortalidade ainda são ascendentes
- b) a incidência de câncer do colo do útero no Brasil é muito baixa e se compara aos países desenvolvidos e de maior renda do mundo
- c) a diminuição de mortes atribuíveis ao câncer do colo uterino nas duas últimas décadas deve-se principalmente ao desenvolvimento de novas práticas terapêuticas
- d) a frequência de mulheres entre 25 e 59 anos de idade que relataram ter feito pelo menos um teste de Papanicolau nos três anos anteriores aumentaram 25% no Brasil

**31)** As doenças infecciosas ainda são um problema de saúde pública no Brasil, muito embora a proporção do total de mortes causadas por elas tenha caído de 50% para 5% ao longo dos últimos oitenta anos. Considerando a situação epidemiológica atual no Brasil, é correto afirmar que o(a):

- a) mortalidade por tuberculose diminuiu e foi acompanhada por uma diminuição da incidência deste agravo
- b) ocorrência de epidemias por Dengue vem diminuindo desde o início do século XXI devido ao maior controle do vetor
- c) redução da mortalidade de crianças por infecções respiratórias nas duas últimas décadas é fortemente atribuída à Estratégia Saúde da Família
- d) sucesso do programa de distribuição de medicamentos para AIDS pode ser avaliado pela redução da mortalidade e da incidência de novas infecções

**32)** A Hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. Na abordagem dos pacientes com Hanseníase, deve-se considerar que:

- a) os ambientes coletivos como escolas e igrejas são espaços privilegiados de transmissão da doença
- b) a hanseníase é detectada em todos os estados do Brasil, mas sua incidência é mais relatada na região amazônica
- c) a introdução da terapia multidroga disponibilizada no SUS não foi responsável pela redução da prevalência da doença na população
- d) as equipes da ESF devem encaminhar os pacientes com Hanseníase para acompanhamento do tratamento nos ambulatórios de dermatologia

**33)** “A noção de promoção da saúde, desde que foi concebida por Henry Sigerist como uma das tarefas da medicina, vem apresentando uma certa evolução conceitual, marcada pelo avanço da reflexão em torno do conceito de saúde e da diversificação de propostas de políticas e práticas que contemplem a promoção”(Teixeira C, 2006). Na evolução da Promoção, podem-se identificar alguns marcos históricos e seus respectivos postulados como:

- a) a Conferência de Ottawa (1986) como um enfoque político e técnico para a compreensão e intervenção sobre o processo saúde-doença e cuidado
- b) as Conferências de Adelaide (1988) e Sudsvall (1991) enfatizaram mudanças sobre estilos de vidas em função dos riscos e escolhas comportamentais
- c) o Relatório Lalonde elaborado na década de 70 no Canadá enfatizou a importância de enfrentamento das desigualdades sociais
- d) a Conferência de Alma Ata (1978) propôs a promoção à saúde nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde

**34)** O Programa Mais Médicos (PMM), introduzido no Brasil em 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à Atenção Básica resolutive, teve como um de seus componentes o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis. Além destes, o PMM teve grande importância em outros aspectos da estruturação da Atenção Básica como:

- a) mudança na forma de financiamento dos municípios para expansão da atenção básica
- b) incentivo à expansão das residências de médicas de pediatria e obstetrícia na atenção básica
- c) recursos para construção e reformas de ambulatórios especializados para aumentar a resolutividade da APS
- d) reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina com ampliação do ensino na atenção básica

**35)** As equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) têm um papel muito importante na construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS). As características do processo de construção dos PTS compreendem que:

- a) a análise dos casos e definição das ações sejam realizadas em reuniões com todos os profissionais da equipe de referência
- b) uma vez definido o projeto, ele seja mantido pelo tempo que o usuário permanecer adscrito à equipe de referência
- c) a responsabilidade pela gestão do caso seja atribuída a todos os membros da equipe de referência e do NASF
- d) seja específico e restrito aos processos de adoecimento que ocorrem em indivíduos

## PROVA ESCRITA

Caro aluno, abaixo você encontra os enunciados das duas questões discursivas. Analise as duas e escolha uma delas para responder. A resposta deverá ser realizada na folha resposta e ter no máximo 30 linhas.

Esta questão vale 1,25 pts. e serão avaliados os seguintes aspectos: padrão da resposta, objetividade e clareza na organização das ideias e adequação à norma culta.

### Questão 1

As mudanças esperadas para a formação dos profissionais da saúde, que deem respostas às demandas da sociedade e dos sistemas de saúde, têm sido foco de discussões e desafios para os processos de educação permanente desses profissionais. Nessa perspectiva, “A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enfatiza a necessidade de alteração de ordem metodológica nos processos de formação em saúde. Ao explicitar princípios pedagógicos como a aprendizagem significativa, o processo de aprender a aprender e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem, se inscreve na lógica das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como referenciais pedagógicos inovadores e necessários para a promoção de mudanças visando às práticas integradoras e democráticas. (GIGANTE e CAMPOS, 2016;p.759).

Comente a fala acima em relação às implicações para a prática individual e das equipes de saúde no contexto de qualificação da Atenção Primária em Saúde.

### Questão 2

Elabore um texto que apresente e integre os conceitos relacionados e necessários ao desenvolvimento da Clínica Ampliada e Compartilhada proposta pela Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS):

- Trabalho em equipe multidisciplinar
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)
- Projeto Terapêutico Singular
- Reuniões de equipes da Estratégia Saúde da Família

