



**PROVA DE SAÚDE COLETIVA
COMUM A TODAS AS ÁREAS**

1. (RESIDÊNCIA 01/2018). Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são modalidades de formação em saúde que buscam através da inserção de profissionais no cotidiano das práticas oportunizar a qualificação em serviço alinhada com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre essa modalidade de formação, considere os itens:

- I) Constituem-se em ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço;
- II) São desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde.
- III) São orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, contando dentre os eixos norteadores a articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica e a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe.
- IV) Estão inclusas enquanto categorias profissionais a Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia,

Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Estão CORRETOS os itens:

- A) II, IV
B) I, II, III
C) I, II, IV
D) I, III, IV
E) I, II, III, IV

2. (RESIDÊNCIA 01/2018). A atual conformação do sistema de saúde alinhado de acordo com as redes de atenção em saúde permitiu a superação dos limites encontrados nos sistemas fragmentados. O Quadro I apresenta as características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

Quadro I: Características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção em saúde.

CARACTERÍSTICA	Sistema Fragmentado	Rede de Atenção à saúde
Forma de Organização	I	II
Modelo de Atenção à Saúde	III	IV
Ênfase do Cuidado	V	VI
Planejamento	VII	VIII
Modelo de gestão	IX	X

Fonte: Adaptado pelo autor de MENDES, 2011.

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas delimitando as características diferenciais entre o sistema fragmentado e o de rede de atenção em saúde:

- A) I – Poliarquia; II – Hierarquia.
B) III – Fragmentado por ponto de atenção à saúde, com estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas; IV - Integrado, sem estratificação dos riscos e



voltado para os determinantes sociais da saúde.

- C) V - Cuidado centrado nos profissionais, especialmente os médicos; VI - Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado.
- D) VII – Baseado nas necessidades; VIII – Baseado nas ofertas.
- E) IX - Gestão sistêmica que integra a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede; X - Gestão por estruturas isoladas.

3. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento, EXCETO:

- A) Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.
- B) Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as

particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

- C) Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.
- D) Sistema de governança múltiplo para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.
- E) Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

4. (RESIDÊNCIA 01/2018). Na rede temática em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oportuniza diferentes pontos de atenção a fim de garantir assistência de qualidade para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria N° 32, de 14 de dezembro de 2017 define como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção, EXCETO:

- A) Atenção Básica; Consultório na Rua.
- B) Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante-Juvenil).
- C) Centro Especializado em Reabilitação (II, III ou IV); Hospital Dia.
- D) Centros de Atenção Psicossocial nas suas



- diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
- E) Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Hospitais Psiquiátricos Especializados.
- 5. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Portaria N° 3.194/ 2017 dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS – SUS) que possui como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Para tal, faz-se necessária a delimitação de diretrizes que viabilizem a sua implementação.**

Considere os itens que seguem:

- I) Reconhecimento e cooperação de ações de Educação Permanente em Saúde realizadas nos estados, Distrito Federal e Municípios.
- II) Incorporação de estratégias que possam viabilizar as ações de Educação Permanente em Saúde na realidade dos serviços de saúde, como as tecnologias de informação e comunicação e modalidades formativas que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Uniprofissionais em Saúde.
- III) Fortalecimento da Atenção Básica e integração com os demais níveis de atenção para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria do cuidado em saúde.
- IV) Contratualização de metas e objetivos de Educação Permanente em Saúde;
- V) Monitoramento e avaliação permanentes.

Contemplam as diretrizes para implementação da PRO EPS - SUS os itens:

- A) I, II, III, IV, V.
B) I, II, III, V.
C) I, III, IV, V.
D) II, III, IV, V.
E) I, II, IV, V.

- 6. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), também conhecida como HUMANIZA-SUS, foi criada em 2003 e tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Nela, são delimitadas as diretrizes gerais para sua implementação nos diferentes serviços vinculados ao SUS. Estão entre as diretrizes para implementação da HUMANIZA – SUS, EXCETO:**

- A) Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão centralizada.
- B) Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
- C) Reforçar o conceito de clínica ampliada e seu compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
- D) Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
- E) Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.



7. (RESIDÊNCIA 01/2018). O território é o campo de atuação por excelência da Atenção Básica em Saúde e da equipe da Estratégia Saúde da Família. Desse modo, a territorialização em saúde pode ser um eixo integrador e organizador das práticas de saúde, mobilizando conhecimentos, vivências e conteúdos técnico-científico populares. Sobre a territorialização em saúde, considere os itens:

- I) O reconhecimento do território pode se iniciar através da elaboração de mapas artesanais que expressam o modo como a população apreende o seu espaço de vida.
- II) As estratégias de escuta qualificada no território são importantes formas de conhecer a história da ocupação do território, os problemas, as necessidades, as potencialidades, as organizações, os projetos e os movimentos sociais.
- III) As entrevistas e rodas de conversa com os principais atores sociais devem ser postergadas para o momento de planejamento em saúde de modo que sejam agregadas aos produtos advindos do processo de territorialização.
- IV) A observação de campo e uso de imagens amplia as oportunidades de vínculo e de melhoras escolhas na tomada de decisão para a ação.

Estão CORRETOS os itens sobre territorialização em saúde:

- A) I, II, III.
- B) I, II, IV.
- C) II, III, IV.
- D) II, IV.
- E) I, II, III, IV.

8. (RESIDÊNCIA 01/2018). O conhecimento da história das políticas públicas em saúde no contexto mundial e brasileiro permitem

a compreensão das bases para a atual conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, relacione as colunas entre o período histórico no contexto brasileiro e as características prevalentes das políticas sanitárias:

PERÍODO	CARACTERÍSTICAS
I – Período Colonial	() Autoritarismo e privatização na saúde
II – Período da República Velha	() Saúde, cidade e economia agroexportadora
III – Era Vargas	() Sanitarismo campanhista e seguridade social; industrialização, nacionalismo e populismo
IV – Regime Militar	() Inexistência de ações governamentais na saúde; medicina popular

A sequência correta das colunas é:

- A) I, II, III, IV
- B) II, IV, I, III
- C) III, I, II, IV
- D) IV, II, III, I
- E) IV, III, II, I

9. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Lei N° 8.080/90 define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde. Sobre as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos dizer que:

- A) Os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação de políticas de saúde, no entanto somente a União e estado são responsáveis pelo financiamento e realização de investimentos voltados à redução das desigualdades.
- B) As principais responsabilidades dos gestores



- estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira dos municípios.
- C) As principais responsabilidades da União são a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido sem a participação dos estados e municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.
- D) O papel do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde, sem interferir na regulação dos prestadores de saúde privados.
- E) Os estados e municípios limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ ou em circunstâncias específicas e justificadas.
- 10. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) tem como objetivo orientar as ações do governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus componentes permitem a garantia de maior protagonismo dos usuários no processo de participação e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). São os componentes da ParticipaSUS:**
- A) A auditoria do SUS, os conselhos de saúde e as conferências de saúde.
- B) A gestão participativa e o controle social no SUS, o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, a ouvidoria do SUS e a auditoria do SUS.
- C) A gestão do SUS, os conselhos de saúde e as conferências de saúde.
- D) A ouvidoria do SUS, a auditoria do SUS, as

conferências de saúde e os conselhos de saúde.

- E) A ouvidoria do SUS, a auditoria do SUS e a vigilância em saúde.

11. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Carta de Ottawa (1986), importante marco internacional na área da saúde, delimita campos de ação para alcance de práticas segundo o referencial da Promoção da Saúde. Estão inclusas neste documento dentre as diretrizes para alcance da Promoção da Saúde:

- A) A formulação de políticas públicas saudáveis e a mudança do modelo de atenção em saúde.
- B) A criação de ambientes saudáveis e a ênfase nos determinantes sociais da saúde.
- C) O alcance da equidade em saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais.
- D) A reorientação dos serviços de saúde e o reforço da ação comunitária.
- E) A gestão democrática em saúde e o controle social.

12. (RESIDÊNCIA 01/2018). Os modelos de atenção em saúde, também conhecidos como modelos assistenciais, são combinações de tecnologias de modo estruturado para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades individuais e coletivas de saúde. No Brasil, várias foram os modelos de atenção hegemônicos, dentre os quais o médico assistencial privatista com forte influência da medicina flexneriana. Sobre esse modelo pode-se considerar as seguintes características, EXCETO:

- A) Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial.
- B) Ênfase na atenção médica individual,



secundarizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

- C) Organização da assistência médica em especialidades.
- D) Estímulo ao uso das tecnologias leves e leve-dura nas práticas assistenciais.
- E) Participação passiva e subordinada dos consumidores dos serviços.

13. (RESIDÊNCIA 01/2018). Um outro modelo predominante no sistema de saúde brasileiro foi o sanitarista. No contexto brasileiro, sua expansão se deu à época de Oswaldo Cruz com o uso das campanhas e programas de erradicação de doenças prevalentes no contexto das cidades. Sobre esse modelo, é INCORRETO afirmar:

- A) O modelo sanitarista apoia-se na corrente bacteriológica e médico sanitária possuindo forte influência italiana com fundamentação nas disciplinas de epidemiologia, estatística, administração, saneamento, dentre outras.
- B) Apresenta traços autoritários de intervenção que vão desde a emergência da polícia sanitária como também as medidas de saúde pública adotadas por Oswaldo Cruz, que levaram à chamada Revolta da Vacina.
- C) São exemplos desse tipo de modelo assistencial as campanhas sanitárias de vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias além de programas especiais de controle de doenças como tuberculose, hanseníase, além das vigilâncias sanitária e epidemiológica.
- D) Toma como objeto os modos de transmissão e fatores de risco de doenças, buscando tecnologias específicas para os problemas identificados e a organização vertical para intervenção.
- D) Sua atuação concentra-se em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, distanciando-se dos determinantes mais distais da situação de

saúde.

14. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Sobre a vigilância em saúde, é INCORRETO considerar:

- A) A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- B) A vigilância sanitária trata-se de conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
- C) O conceito de VS inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravo, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador, a vigilância sanitária e a promoção da saúde.
- D) A vigilância em saúde ambiental é um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.
- E) A saúde do trabalhador é um conjunto de atividades que se destina exclusivamente aos



trabalhadores do Sistema Único de Saúde, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de Trabalho.

15. (RESIDÊNCIA 01/2018). O Brasil estaria preparado para uma epidemia de febre amarela?

Filas dobrando o quarteirão. Pessoas dormindo nas calçadas e uma espera de até 15 horas para tomar uma dose da vacina contra a febre amarela em São Paulo. O Estado vive o maior surto da doença em 14 anos. Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás também registram dezenas de mortos pela doença.

As notícias recentes de novos casos causaram pânico em parte da população e uma corrida aos postos de saúde e clínicas particulares. Mas o país realmente corre o risco de uma epidemia urbana da doença - e está preparado para responder, caso isso ocorra?

Especialistas ouvidos pela BBC Brasil disseram que as chances de uma epidemia como essa são muito pequenas, mas não estão descartadas. E afirmam que o país não estaria preparado, pois sua rede de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), médicos e capacidade de realização de exames já estão saturados.

*O médico epidemiologista da USP Eduardo Massad disse que "a situação em que estamos é de muita sorte", devido à baixa quantidade de mosquitos *Aedes aegypti* - possíveis transmissores da doença em ambientes urbanos - registrada neste ano em São Paulo. Essa condição reduz as chances de epidemia urbana. A última vez que o país enfrentou uma epidemia urbana de febre amarela foi em 1942, no Estado do Acre.*

*Os casos de febre amarela registrados recentemente em São Paulo foram transmitidos por mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* - vetores da febre amarela silvestre.*

Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-42709370>.

2018.

A morbidade e as medidas de ocorrência de doenças são dados de excelência do risco de doenças e de agravos. Sobre isso, relacione as colunas:

MEDIDAS	DEFINIÇÃO
I – Epidemia	() Ocorrência epidêmica caracterizada por uma larga distribuição espacial, atingindo várias nações.
II – Endemia	() Aumento súbito e repentino no número de casos de uma doença em uma população
III – Pandemia	() Alteração espacial e cronologicamente delimitada do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença.
IV - Surto Epidêmico	() Ocorrência coletiva de uma determinada doença que, no decorrer de um largo período histórico, acometendo sistematicamente grupos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados, mantém sua incidência constante.

A sequência CORRETA da correlação é:

- A) I, IV, II, III.
- B) IV, III, II, I.
- C) III, IV, I, II.
- D) III, IV, II, I.
- E) IV, I, III, II.

16. (RESIDÊNCIA 01/2018). A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),



publicada na Portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela são apontados os princípios e diretrizes do SUS e das Redes de Atenção em Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica. A opção que contém os princípios do SUS e da RAS segundo a Portaria N° 2.436/2017:

- A) Regionalização e hierarquização e territorialização.
- B) População adscrita e cuidado centrado na pessoa.
- C) Resolutividade e longitudinalidade do cuidado.
- D) Universalidade, equidade e integralidade.
- E) Ordenação da rede e participação da comunidade.

17. (RESIDÊNCIA 01/2018). As Cartas da Promoção da Saúde (OS) são importantes documentos resultantes das Conferências Internacionais sobre PS e são consideradas a principal influência na formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira. Aponte a opção que associa corretamente o documento e sua respectiva ênfase:

- A) Carta de Ottawa (1986): enfatiza a necessidade de ações urgentes para se atingir maior “justiça social em saúde” e a criação de ambientes favoráveis (aspectos físicos e sociais do nosso entorno).
- B) Declaração de Jacarta (1997): identificou cinco áreas de ação de PS enfatizadas pelas Conferências e Declarações posteriores: construir Políticas Públicas Saudáveis; criar ambientes de suporte; desenvolver habilidades pessoais; fortalecer a ação da

comunidade e; reorientar os serviços de saúde

- C) Declaração de Adelaide (1988): aborda com centralidade as políticas públicas saudáveis, sendo a intersetorialidade a estratégia fundamental para sua construção. Essas políticas são trabalhadas através de quatro áreas imediatas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis.
- D) Declaração de Sundsvall (1991): afirma que a PS atua sobre os DSS para reduzir as iniquidades em saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social.
- E) Declaração do México (2000): afirma que as políticas e alianças destinadas a empoderar as comunidades e melhorar a saúde e a equidade em saúde devem ter lugar central na agenda do desenvolvimento mundial.

18. (RESIDÊNCIA 01/2018). Segundo Valverde, as doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle. Na realidade brasileira, várias são as doenças negligenciadas que fazem parte do escopo de agravos relacionados aos altos índices de morbidade e mortalidade dentre a população. Aponte a ÚNICA opção que não apresenta exclusivamente exemplos de doenças negligenciadas:

- A) Leishmaniose, tracoma e raiva.
- B) Doença de Chagas, dengue e boubala.
- C) Esquistossomose, neurocisticercose e helmintíase transmitida pelo solo.
- D) Febre amarela, doença de Crohn e filariose.



E) Malária, tuberculose e hanseníase.

19. (RESIDÊNCIA 01/2018). O Decreto N° 7.508/2011 regulamenta a Lei N° 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos. De acordo com o decreto, assinale a alternativa CORRETA:

A) A Região de Saúde é espaço geográfico que pode ser contínuo ou descontínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

B) O Mapa da Saúde trata-se da descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados somente pelo SUS, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

C) O Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica é um documento que estabelece os critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, que os gestores do SUS selecionam ou não para o seguimento.

D) A Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade decrescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

E) O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de

organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde

20. (RESIDÊNCIA 01/2018). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006, estabeleceu a saúde da família como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica. Recentemente foi editada a PNAB 2017 que introduziu a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas:

A) A adscrição da população no território e a inclusão de outras categorias de nível superior dentre profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

B) A integração entre vigilância em saúde e atenção básica com a extinção do ACE.

C) A delimitação do gerente da unidade básica de saúde e controle da produção mensal pela ficha de produção e marcadores de avaliação.

D) A carga horária dos médicos, o número de ACS necessários e a forma de financiamento.

E) A incorporação do registro eletrônico em saúde e a priorização dos casos de acordo com o ciclo de vida.



ORIENTAÇÃO PARA CARTA DE INTENÇÃO

A carta de intenção deverá ser redigida juntamente com a prova escrita, contendo no máximo duas páginas. Nela, o candidato deve adotar uma linguagem argumentativa e que denote capacidade reflexiva e de integração de conceitos na perspectiva da prática no SUS.

Para a elaboração da carta de intenção é preciso:

- Inicialmente, apresentar sua compreensão sobre residência multiprofissional em saúde, integração ensino-serviço-comunidade, educação interprofissional e sua importância no processo de formação em saúde para o SUS;
- Apontar a percepção quanto o papel do residente no campo da saúde coletiva;
- Apresentar quais elementos pessoais e profissionais em termos de conhecimentos, habilidades e experiências que contribuirão para a atuação na rede;
- Sintetizar como as habilidades e experiências pessoais podem contribuir para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

RASCUNHO