

**SAÚDE COLETIVA**

**1** As comissões intergestores são instâncias que integram a estrutura decisória do SUS. Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo, articulando-os entre si. A comissão que possui poder deliberador, fiscalizador, constituída por representantes da Secretaria Estadual e municipais e indicados pelo COSEMS, trata-se de qual comissão:

- a) Comissão intergestores bipartite (CIB)
- b) Comissão intergestores tripartite (CIT)
- c) Comissão intergestores de Saúde (CES)
- d) Comissão intergestores Estadual e Municipal (CEM)
- e) Comissão intergestores Nacional de Saúde (CNS)

**2** São objetivos das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS/96):

- a) Definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.
- b) Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.
- c) Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
- d) Formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.
- e) Coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

**3** A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para promoção da saúde (CZERESNIA, 2017).

- a) 1. Elaboração e implementação de políticas saudáveis;
- b) 2. Criação de ambientes saudáveis;
- c) 3. Reforço da ação comunitária;
- d) 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais e 5. Reorientação do sistema de saúde.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**4** O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Assim, assinale a alternativa que contemple as diretrizes para estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS:

- a) Incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;
- b) Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- c) Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes; Articulação

com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde;

d) Estabelecimento de mecanismos de financiamento e Elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento dessas abordagens no SUS;

e) Todas as alternativas estão corretas.

**5** São responsabilidades institucionais do Gestor Estadual para plena efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC):

a) Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de Saúde e promover articulação intersetorial para a efetivação da política; Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade locorregional;

b) Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite;

c) Responsabilizar o Gestor Federal por apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Estadual de Saúde;

d) Divulgar a PNPIC no SUS; Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos;

e) Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política; Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações, exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

**6** Considerando a Constituição Federal, de 1988, Capítulo II – Seção II, da Saúde, em seu Artigo 200, que trata das competências do Sistema Único de Saúde. É correto afirmar, EXCETO:

a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da

produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

b) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

c) Responsabilizar-se pela formação de recursos humanos na área da educação e saúde;

d) Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

e) Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

**7** Com relação a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB 2017: principais mudanças e inovações, analise as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

a) A nova PNAB publicada em 2017 passou a reconhecer, financeiramente, outros modelos de organização da atenção básica que não o modelo da ESF.

b) A Estratégia Saúde da Família ainda mantém-se como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica no Brasil, tendo sido, inclusive, definido valor inferior para o financiamento das novas equipes de atenção básica.

c) Em relação aos Agentes comunitários de saúde - ACS, a nova PNAB amplia suas atribuições, em consonância com a nova redação dada pela lei 13 595/2018 à lei 11 350/2006, que regulamenta o trabalho dos agentes. Essa inovação tem sido questionada por entidades da saúde coletiva e considerada como descaracterização do trabalho do ACS, por priorizar atividades de cunho clínico.

d) A PNAB 2017 reconhece, ainda, o papel do gerente de atenção básica, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local, inclusive com apoio financeiro federal.

e) Diversos estudos têm questionado a importância do gerente de atenção básica na composição das equipes de atenção

básica, considerando como descaracterização do trabalho da equipe da ESF.

**8** A atenção primária à saúde (APS) foi concebida, a partir de Alma-Ata, como oferta de cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e métodos apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Nesse contexto avalie as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

- a) Os cuidados primários essenciais devem estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, possibilitando sua plena participação.
- b) Os cuidados primários essenciais devem ser ofertados a um custo com o qual a comunidade e o país possam arcar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.
- c) Nos países em desenvolvimento, a APS foi originalmente “seletiva”, concentrando-se em poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas.
- d) Com o passar do tempo, propostas abrangentes foram sendo implementadas, baseadas nas recomendações da Declaração dos Direitos Universais a Saúde.
- e) A partir da década de 1980, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos, à ineficiência e baixa qualidade dos serviços e às mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas organizacionais dos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia.

**9** No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de Atenção Primária à Saúde - APS passaram a ser denominadas de atenção básica, implementada

como política de Estado. Nesse contexto avalie as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

- a) A atenção básica é porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente.
- b) A atenção básica é definida em formato abrangente, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.
- c) O conceito da atenção básica está previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e nas normas que regulamentam o SUS.
- d) Na linha do tempo de construção da APS brasileira, os primeiros cuidados primários remontam à Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, de postos de profilaxia rural voltados ao combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época.
- e) Até a década de 1980, quando foi criado o SUS, prevaleceram modelos centralizados e campanhistas, com oferta de ações voltadas ao controle das grandes endemias e consideradas como “medicina pobre para pobres”, com uma concepção assistencialista e curativa, momento em que foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

**10** O Sistema Único de Saúde - SUS, ao longo de sua história, teve que se adaptar as demandas pela atenção à saúde decorrentes das transformações das condições de saúde da população brasileira. Sobre essas transformações analise as afirmativas a seguir e marque a alternativa que corresponde as afirmações corretas.

- I- As condições de saúde da população brasileira têm passado por transformações no período recente, em decorrência do envelhecimento da estrutura etária, do aumento da morbidade e da mortalidade por causas externas.
- II- Aumento da emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias.

III- Constitui-se um desafio lidar com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os cuidados continuados que muitas vezes elas implicam.

IV- Ao mesmo tempo em que a violência urbana e no trânsito crescem, doenças como dengue e zika, entre outras, impactam os serviços de saúde de maneira significativa.

- a) I, II, III e IV
- b) I, II e III
- c) III e IV
- d) II, III e IV
- e) Todas as afirmativas estão incorretas.

**11** No artigo intitulado Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos do autor Jairnilson Silva Paim (2018) aborda vetores positivos que têm sustentado o SUS, entre eles podemos destacar, EXCETO:

- a) Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas.
- b) O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).
- c) O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações.
- d) A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico.
- e) Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada,

plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a sustentabilidade institucional do SUS.

**12** Sobre o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, analise as afirmativas abaixo, e marque a alternativa que contém as afirmativas CORRETAS.

I- O sistema de saúde brasileiro é financiado através de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde.

II- O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores.

III- O SUS dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos.

- a) I e II
- b) II e III
- c) III e I
- d) Apenas I
- e) I, II e III

**13** Sobre a Organização e oferta de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, analise as afirmativas abaixo, e marque a alternativa que contém as afirmativas CORRETAS.

I - Atenção básica: O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças.

II- Atenção secundária: A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo.

III- Atenção terciária e hospitalar no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado.

IV-A atenção terciária também passou a contar com centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação.

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

**14** No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal. São considerados princípios organizativos do SUS. Assinale a alternativa correta:

- a) a universalidade, a integralidade e a equidade.
- b) a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços.
- c) participação comunitária, gestão participativa e descentralização.
- d) municipalização da gestão, hierarquização e descentralização
- e) regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.

**15** O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Nesse contexto, são considerados objetivos do SUS. Assinale a alternativa correta.

I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

IV- O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

V- O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

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

**16** Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes:

- a) Lei 8080/90
- b) Lei 8142/90
- c) Lei 8689/93
- d) Lei 1886/97

e) Lei 9961/00

**17** A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 em seu Art. 1º determina: O Sistema Único de Saúde - SUS, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. Analise as afirmativas a seguir e marque a alternativa correta.

- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a 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.
- b) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis da Atenção secundária e terciária.
- c) A Conferência de Saúde deve ser convocada exclusivamente pelo Poder Executivo.
- d) O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo e usuários.
- e) O Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, exceto nos aspectos econômicos e financeiros.

**18** No artigo intitulado Concepções, Práticas e Perspectivas de Ações de Saúde Coletiva: Ótica de Articuladores da Atenção Básica (2018). Ordoñez e Arantes em sua análise descrevem Contextos que desfavorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva. Nesse contexto, analise as afirmativas a seguir e marque a incorreta.

- a) Uma dificuldade apontada é a inadequação do perfil de atuação e de formação dos profissionais das equipes de saúde, que ainda reflete o modelo tradicional, baseado

no atendimento clínico, individual e curativo.

- b) A AB é o local onde o atendimento à saúde deve facilitar o vínculo, com o objetivo de construir relações horizontais e duradouras entre equipes de saúde e usuários. No entanto, no Brasil, é a lógica de pronto atendimento e de hipervalorização da resposta à demanda espontânea que predomina nos serviços de saúde
- c) Resultado desse modelo reducionista é a grande redução nas possibilidades de intervenção por parte das equipes da AB.
- d) Identificou-se, por exemplo, que a atuação das equipes está estruturada de forma a priorizar o atendimento das queixas trazidas pelos usuários aos serviços, sobre as quais, as equipes intervêm pontualmente.
- e) A alta frequência de reuniões de equipe foi apontada como dificuldade para o desenvolvimento das ações de saúde coletiva, visto que o tempo disponibilizado a elas poderia ser utilizado em consultas, por exemplo.

**19** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- a) promover a descentralização dos recursos destinados a atenção a saúde
- b) garantir acesso integral, universal e igualitário
- c) garantir acesso coletivo, inter-racial e individual
- d) reproduzir o SUS como política democrática e solidária
- e) gestão participativa e maior democratização nos processos de decisão

**20** Os valores e princípios configuram-se como expressões fundamentais de todas as práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde.

Nesse contexto, quais são os valores e princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS:

- I- reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;
- II- considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
- III- adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.
- IV- Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social;
- V- Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.

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

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

**21** A escala de Braden é uma ferramenta utilizada para avaliar os riscos dos pacientes críticos de desenvolver lesões por pressão (LPP) analisando seis fatores principais no paciente: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada uma dessas características é avaliada e pontuada de 1 a 4. A soma total de todos os fatores analisados resultará em um número entre 6 e 23 sendo menor

quanto maior for o risco de desenvolver LPP. Assim, o Ministério da Saúde em 2013, padronizou a classificação de risco, sendo:

- a) Sem risco (>18 pontos na escala de Braden)
- b) Risco baixo (14 a 18 pontos na escala de Braden)
- c) Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)
- d) Risco alto (9 a 12 pontos na escala de Braden)
- e) Risco muito alto ( $\leq$  8 pontos na escala de Braden)

**22** O Protocolo para cirurgia segura do Ministério da saúde tem por finalidade determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS. Acerca do processo de cirurgia segura, julgue os itens a seguir e assinale o correto:

- a) A checagem da instalação do oxímetro e da sua funcionalidade deve ser feita após a anestesia e antes da incisão cirúrgica.
- b) Após o término da cirurgia e antes do paciente deixar a sala de cirurgia deve-se confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação.
- c) A pausa cirúrgica para a confirmação do paciente, do procedimento e do local da cirurgia é etapa exclusiva dos médicos.
- d) O protocolo para cirurgia segura tem aplicabilidade em todos os estabelecimentos de saúde que realizem procedimento que implique em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios.
- e) O controle da hipoglicemia e a redução de peso de pacientes obesos não têm relação com os métodos de prevenção de infecções de sítios cirúrgicos.

**23** O pé diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes *Mellitus* e suas consequências podem ser drásticas para a vida do indivíduo. No entanto, há evidências consistentes de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações, quando comparados ao cuidado convencional. Assim, é importante realizar a avaliação minuciosa e classificar o risco do pé diabético.

Sobre a classificação de risco do pé diabético, analise as afirmativas e assinale a correta:

- a) Grau 0 – presença de proeminência em antepé
- b) Grau 1 – Presença de dedos em martelo.
- c) Grau 2 – Presença de dedos em garra
- d) Grau 3 – presença de doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente
- e) Grau 3 – presença de neuropatia presente com ou sem deformidades

**24** A classificação de uma ferida no Pé Diabético é útil para orientar o tratamento, fornecer uma base de comparação da evolução e definir o risco de complicações, em especial a amputação de membro. O Manual do Pé diabético de 2016 do Ministério da Saúde recomenda a utilização do Sistema de Classificação de Ferida Diabética da Universidade do Texas (*University of Texas Diabetic Wound Classification System*) para classificar as feridas em pé diabético. Acerca desse sistema de avaliação, julgue os itens e assinale o correto:

- a) A ferida Grau II em estágio A é uma ferida com exposição de tendão ou cápsula com ausência de infecção
- b) A ferida Grau III em estágio B é a ferida com exposição de osso ou articulação com ausência de infecção
- c) A ferida Grau I estágio B é a lesão pré ou pós-ulcerativa completamente epitelizada com infecção
- d) A ferida Grau IV em estágio B é a ferida com exposição de osso ou articulação com infecção

- e) A ferida Grau I estágio D é a ferida superficial não envolvendo tendão, cápsula ou osso com isquemia.

**25** O Caderno de Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – de 2014 recomenda a estratificação de risco como forma de organização dos serviços de atenção primária à saúde para responder às necessidades em saúde. Na atenção às doenças crônicas pode-se realizar a estratificação de risco de acordo com a severidade da condição crônica estabelecida. No contexto das doenças cardiovasculares, podemos estabelecer quatro graus de severidade da condição crônica, em ordem crescente. A afirmativa que indica o grau de severidade no contexto de doenças cardiovasculares e seu respectivo exemplo é:

- a) Grau 1 – Diabetes mellitus e Hipertensão arterial
- b) Grau 2 – Retinopatia por Diabetes Mellitus
- c) Grau 4 – Uso de insulina
- d) Grau 2 – Tabagismo e sedentarismo
- e) Grau 3 – Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escore de risco

**26** A hanseníase representa um problema de saúde pública pelo seu poder de causar incapacidade física, social e econômica. Em 1991, após adoção da poliquimioterapia como tratamento específico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, sendo a eliminação definida como prevalência conhecida inferior a 1/10 000 habitantes. Analise as afirmativas a seguir e marque a correta:

- a) O Brasil, assim como os outros países, implementou políticas de tratamento ambulatorial, campanhas e diretrizes para controle da doença. Por intermédio do Plano Nacional de Controle e Erradicação da Hanseníase.
- b) Os estados e municípios promoveram ações como oficialização da implantação da poliquimioterapia e diagnóstico e



tratamento para todos os casos novos esperados.

- c) Recebeu ênfase o diagnóstico precoce (objetivo de diagnosticar 90% dos casos novos antes do aparecimento de deformidades físicas), a promoção de alta por cura em 80% dos casos que iniciaram o tratamento e a redução da taxa de prevalência em 25% a 30% ao ano.
- d) Ademais, no ano 2010, o Ministério da Saúde iniciou a publicação de diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).
- e) O Brasil não alcançou a meta mundial, mas concordou em se empenhar no controle da doença usando o impacto político da campanha global pela eliminação e um prazo estendido até o ano de 2015. Entretanto, apesar dos esforços de todas as esferas do governo brasileiro, o objetivo não foi alcançado, e segue com novo prazo até 2021.

**27** Com a reformulação da estratégia para eliminação da hanseníase, maior destaque passou a ser dado à redução de incapacidades, o que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença. Analise as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

- a) A redução da detecção de casos com grau 2 de incapacidade sofre influência direta da detecção precoce, pois, quanto mais cedo se diagnostica a doença, menores são as possibilidades de sequelas.
- b) A razão entre casos pauci/multibacilares e da proporção de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico. Tal coeficiente indica, então, a capacidade dos serviços de saúde de realizar o diagnóstico, tratar e curar os casos diagnosticados.
- c) A região Norte do Brasil apresentou aumento dos casos detectados com grau 2 de incapacidade no período, o que reflete, principalmente, o

diagnóstico tardio da doença e a dificuldade de disponibilização da medicação.

d) O grau 2 de incapacidade está relacionado com a presença de sequelas e deformidades causadas pela hanseníase, indicando que o diagnóstico foi tardio ou que o seguimento clínico foi inadequado.

e) O Norte é uma das regiões que permaneceu com prevalência média no ano de 2015 (1,99/10 000 habitantes), sendo ainda uma das regiões com condições econômicas mais desfavoráveis e grande extensão territorial.

**28** A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. Analise as afirmativas a seguir e marque a correta:

a) Em geral, as lesões iniciais, denominadas estrias gordurosas, formam-se ainda no período embrionário e caracterizam-se por acúmulo de colesterol em macrófagos.

b) A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular por diversos fatores de risco, como dislipidemia, hipertensão arterial ou acidente vascular cerebral transitório.

c) Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da íntima às lipoproteínas plasmáticas, favorecendo a retenção destas no espaço epitelial.

d) Retidas, as partículas de LDL sofrem oxidação, causando a exposição de diversos neoepítomos, tornando-as imunogênicas.

e) O depósito de lipoproteínas na parede arterial, processo-chave no início da aterogênese, ocorre de maneira proporcional à concentração destas lipoproteínas no fígado.

**29** A classificação laboratorial das dislipidemias na atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 sofreu modificações, e os valores referenciais e os alvos terapêuticos foram determinados de acordo com o risco cardiovascular individual e com o estado alimentar. As dislipidemias podem ser classificadas de acordo com a fração lipídica alterada em: (marque a alternativa incorreta)

a) **Hipercolesterolemia isolada:** aumento isolado do LDL-c (LDL-c  $\geq$  160 mg/dL).

b) **Hipertrigliceridemia isolada:** aumento isolado dos triglicérides (TG  $\geq$  150 mg/dL ou  $\geq$  175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).

c) **Hiperlipidemia mista:** aumento do LDL-c (LDL-c  $\geq$  160 mg/dL) e dos TG (TG  $\geq$  150 mg/dL ou  $\geq$  175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).

d) Se TG  $\geq$  300 mg/dL, o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar a hiperlipidemia mista quando o não HDL-c  $\geq$  170 mg/dL.

e) **HDL-c baixo:** redução do HDL-c (homens  $<$  40 mg/dL e mulheres  $<$  50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

**30** Com relação ao Tratamento Não Medicamentoso das Dislipidemias estabelecido na Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 analise as afirmativas a seguir e marque a alternativa que apresenta somente alternativas corretas.

I- Preconizam dieta isenta de ácidos graxos *trans*, o consumo de  $<$  10% do valor calórico total de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis

e  $<$  7% do valor calórico total para aqueles que apresentarem risco cardiovascular aumentado.

II- Recomenda-se a substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados.

III- Os ácidos graxos *trans* devem ser excluídos da dieta por aumentarem a concentração plasmática de LDL-c e induzirem intensa lesão aterosclerótica.

IV- Recente metanálise mostrou que o colesterol alimentar exerce pouca influência na mortalidade cardiovascular. Em razão destes estudos mais recentes da literatura, as atuais diretrizes internacionais sobre prevenção cardiovascular mostram que não há evidências suficientes para estabelecimento de um valor de corte para o consumo de colesterol.

V- Recomenda-se redução de açúcares e de carboidratos; controle de peso corporal e redução de bebida alcoólica.

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

**31** Com relação a Dislipidemias em Situações Especiais e Formas Secundárias estabelecido na Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose– 2017 analise as afirmativas a seguir e marque a alternativa que apresenta somente alternativas corretas.

I- A decisão do tratamento dos idosos com dislipidemia continua um dilema na prática clínica. Esta população apresenta particularidades importantes, como farmacocinética dos medicamentos, etiologia das dislipidemias, falta de evidência de benefícios clínicos em determinadas faixas etárias e elevada prevalência de

aterosclerose subclínica em adultos com mais de 65 anos de idade.

II-O colesterol total em geral é mais elevado até a sexta década de vida e, depois, cai ligeiramente, com o avançar da idade. Apesar disto, a prevalência de hipercolesterolemia ainda é alta nos idosos, principalmente no sexo masculino.

III-Nos idosos, no que diz respeito à terapia não farmacológica, a orientação deve obedecer aos princípios de indicação semelhantes aos dos adultos jovens, observando com cuidado as necessidades de aporte calórico, proteico e vitamínico, com recomendação da prática de atividade física (Grau de Recomendação: I; Nível de Evidência: B), reiterar o abandono do vício de fumar e a ingestão de bebidas alcoólicas. Não havendo resposta em 90 dias e dependendo do risco cardiovascular, as estatinas constituem os fármacos de escolha nesta população.

IV- Alguns cuidados são necessários nos idosos, pelo risco aumentado de interação medicamentosa, devido à coexistência de múltiplas comorbidades e à necessidade de polifarmácia.

- a) I, II e III
- b) II, III e IV
- c) I, II, III e IV
- d) I, III e IV
- e) Todas estão erradas

**32** A classificação de risco do Pé Diabético é recomendada pelo *Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus* (BOULTON et al., 2008; BRASIL, 2013). Essa classificação deve ser usada para nortear a conduta de cuidado e de acompanhamento do profissional após a avaliação inicial (BRASIL, 2013). Analise as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

- a) Grau 0: neuropatia ausente
- b) Grau 1: Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
- c) Grau 2: Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
- d) Grau 3: História de úlcera e/ou amputação.
- e) Grau 4: Amputação e necrose

**33** A Avaliação Neurológica dos pés compreende a avaliação da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora. Tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações. Analise as afirmativas a seguir e marque a incorreta:

- a) Os testes que se mostraram mais úteis para a pesquisa de neuropatia periférica no contexto do Pé Diabético foram as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória.
- b) A ausência total ou parcial do reflexo Aquileu também constitui um importante sinal preditivo de processos ulcerativos nos pés e deve ser periodicamente avaliado.
- c) A avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de Semmes-Weinstem é realizada com monofilamento de 11 gramas (5,07 U) de Semmes-Weinstem.
- d) O monofilamento não é de uso individual ou descartável.
- e) É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada dez pacientes examinados, para que mantenha a tensão.

**34** A isquemia crítica de membro é uma urgência médica, com elevado risco de perda da viabilidade do

membro. Quais são os seis sinais clássicos de isquemia aguda de membro?

- a) dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, parestesia por calor e palidez.
- b) dor, paralisia, parestesia, pulso filiforme, paralisia por frio e necrose.
- c) dor, paralisia crônica, parestesia unilateral, pulso filiforme, paralisia por frio e palidez.
- d) dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, parestesia por frio e palidez.
- e) dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, paralisia por frio e palidez.

**35** Com relação aos Cuidados recomendados para o Pé Diabético, segundo a Classificação de Risco marque a alternativa correta.

- a) Categoria de risco 0: Recomendação: Orientações sobre calçados apropriados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular. Estímulo ao autocuidado. Acompanhamento: Anual, com enfermeiro da Atenção Básica.
- b) Categoria de risco 1: Recomendação: Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação. Acompanhamento: A cada 3 a 6 meses, com enfermeiro ou médico da Atenção Básica.
- c) Categoria de risco 2: Recomendação: Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular. Acompanhamento: A cada 2 a 3 meses com médico da Atenção Ambulatorial. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
- d) Categoria de risco 3: Recomendação: Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação. Acompanhamento: A cada 1 a 2 meses, com médico da Atenção Ambulatorial ou médico especialista.

- e) Categoria de risco 4: Recomendação: Considerar correção cirúrgica. Acompanhamento: mensal, com médico especialista.

**36** Alguns instrumentos de avaliação familiar podem ser utilizados como estratégia para auxiliar os profissionais de saúde a prestar assistência de forma integral. Dentre eles, tem-se o genograma. A respeito desse instrumento analise as afirmativas abaixo e marque a correta.

- a) O genograma possibilita visualizar a conformação familiar e identificar, os laços de afetividade, sendo registradas informações sobre os sujeitos de um grupo familiar e suas relações abrangendo no mínimo quatro gerações.
- b) O genograma auxilia na compreensão de diversos problemas clínicos familiares, além de problemas subclínicos e o trajeto ao longo do tempo e de três gerações.
- c) A representação gráfica do genograma tem o intuito de apresentar a família por meio de símbolos preestabelecidos por cada família.
- d) É um instrumento que funciona como “fotografia” psicossocial do paciente e do seu contexto familiar e da sua doença.
- e) Além disso, o uso do genograma baseia-se na ideia da história familiar extrapolando todo o contexto da família, isto é, determinados padrões familiares podem estar presentes e repetindo-se há três ou quatro gerações, sejam eles positivos ou negativos.

**37** O autocuidado tem três grandes pilares a serem desenvolvidos ao longo do tempo com o usuário portador de uma condição crônica. Esses pilares, na prática, são grupos de problemas/prioridades ou mudanças necessárias identificadas pela pessoa. A respeito desses pilares analise as afirmativas abaixo e marque a incorreta.

- a) O primeiro grupo de problemas ou mudanças necessárias envolve diretamente o manejo clínico e emocional. Neste grupo, encontramos, por exemplo, o uso de medicação, cuidado com os pés das pessoas com diabetes, autoferição de pressão arterial e/ou de glicemia capilar.
- b) O primeiro grupo de problemas ou mudanças necessárias podemos incluir os conhecimentos necessários sobre a doença, o conceito, o diagnóstico, os sinais e os sintomas de descompensação.
- c) No segundo grupo de problemas/prioridades o foco é como realizar e manter a mudança diante de novos comportamentos e novos papéis que a doença crônica impõe.
- d) O terceiro grupo de problemas/prioridades refere-se àqueles que lidam com os aspectos emocionais do paciente e a mudança de visão de futuro, ou como ele lida, enfrenta a condição crônica e suas adversidades.
- e) No terceiro grupo de problemas/prioridades os sentimentos de raiva, frustração, medo e preocupação com futuro, estresse, tristeza, cansaço físico e emocional precisam ser abordados e trabalhados com o portador da condição crônica e a sua família.

**38** Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) do idoso. Marque a alternativa correta.

- a) IMC:  $<22 \text{ kg/m}^2$ . (Baixo peso); IMC:  $>22$  e  $<27 \text{ kg/m}^2$  (Eutrófico); IMC:  $>27 \text{ kg/m}^2$  (Sobrepeso)
- b) IMC:  $<25 \text{ kg/m}^2$ . (Baixo peso); IMC:  $>27$  e  $<29 \text{ kg/m}^2$  (Eutrófico); IMC:  $>30 \text{ kg/m}^2$  (Sobrepeso)

- c) IMC:  $<22 \text{ kg/m}^2$ . (Baixo peso); IMC:  $>22$  e  $<28 \text{ kg/m}^2$  (Eutrófico); IMC:  $>29 \text{ kg/m}^2$  (Sobrepeso)
- d) IMC:  $<22 \text{ kg/m}^2$ . (Baixo peso); IMC:  $>26$  e  $<27 \text{ kg/m}^2$  (Eutrófico); IMC:  $>27 \text{ kg/m}^2$  (Sobrepeso)
- e) IMC:  $<22 \text{ kg/m}^2$ . (Baixo peso); IMC:  $>23$  e  $<26 \text{ kg/m}^2$  (Eutrófico); IMC:  $>27 \text{ kg/m}^2$  (Sobrepeso)

**39** Sobre a organização de linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, NÃO é correto afirmar:

- a) Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado.
- b) A VAN pode ser realizada apenas na Atenção Básica (AB), com exceção da Atenção Hospitalar.
- c) Na rotina da Atenção Básica, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada.
- d) Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos.
- e) Na prática do acolhimento, uma atribuição de todos os profissionais, é preciso estar atento aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição, considerando-os determinantes de saúde e levando em conta a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar.

**40** Sobre o estado nutricional do idoso, em especial a perda de peso, é correto afirmar:

- a) Perda de peso: Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do peso corporal no último ano é indicativo que exige

medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

b) Perda de peso: Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 2 kg ou de 10% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

c) Perda de peso: Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 3 kg ou de 3% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

d) Perda de peso: Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 1 kg ou de 7% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

e) Perda de peso: Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5 kg ou de 4% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

**41** Sobre dislipidemias monogênicas **Não** é correto afirmar:

a) Atualmente, mais de 20 síndromes genéticas monogênicas já foram descritas, de ocorrência rara, com padrão de transmissão dominante ou recessivo, ao passo que as poligênicas são bem mais frequentes, sem padrão definido de herdabilidade.

b) As dislipidemias monogênicas apresentam as seguintes características: alterações mais graves do perfil lipídico; histórico familiar de dislipidemia e/ou aterosclerose precoce; idade de apresentação da dislipidemia (infância ou adolescência); presença de sinais e sintomas determinados por alterações lipídicas extremas, muitos dos quais patognômicos de algumas formas monogênicas; ausência de fatores secundários que justifiquem a presença de alterações lipídicas importantes ou em idades precoce.

c) Em indivíduos com dislipidemia grave, a probabilidade de uma causa monogênica é absoluta. Muitos resultam de acentuada suscetibilidade genética interagindo com fatores secundários.

d) Nestes pacientes, o tratamento é mais fácil, com resposta terapêutica eficaz, pois os fatores secundários, apesar de exacerbarem em muito a dislipidemia, quando eliminados, podem normalizar os níveis lipídicos.

e) O diagnóstico das dislipidemias genéticas monogênicas é clínico, mas a determinação da mutação, pela análise de DNA, pode ser útil para um diagnóstico preciso. A análise de DNA é considerada parte dos critérios diagnósticos de algumas dislipidemias monogênicas.

**42** Conforme o Guia de Vigilância em Saúde (2019) a probabilidade de o portador da infecção latente da tuberculose (ILTb), desenvolver a tuberculose ativa depende de múltiplos fatores, sendo relacionados:

a) grau de transmissibilidade e infecção do hospedeiro, proximidade e permanência no ambiente infectado, capacidade imunológica do próprio hospedeiro.

b) virulência e patogenia do bacilo, proximidade e tempo de permanência no mesmo ambiente da fonte infectante, competência imunológica do próprio hospedeiro.

- c) primoinfecção pela proximidade e tempo de permanência no ambiente da fonte infectante, reativação endógena, reinfecção exógena.
- d) virulência e patogenicidade do bacilo, reativação endógena, reinfecção exógena, competência imunológica do próprio hospedeiro.
- e) primoinfecção pela proximidade e tempo de permanência no ambiente da fonte infectante, competência imunológica do próprio hospedeiro

**43** Ainda o Guia de Vigilância em Saúde (2019) informa que os efeitos adversos dos medicamentos antituberculose podem ser classificados em maiores e menores. Neste sentido, Pirazinamida e Isoniazida podem causar esses efeitos, sendo estes:

- a) Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal, Hepatotoxicidade, Neurite óptica, e Prurido ou exantema leve, Suor/urina de cor avermelhada, respectivamente.
- b) Dor articular, Náusea, vômito, dor abdominal e Exantema ou hipersensibilidade moderada a grave, Hepatotoxicidade, respectivamente.
- c) Suor/urina de cor avermelhada, Hipoacusia, vertigem, nistagmo, e Nefrite intersticial, Neurite óptica, respectivamente.
- d) Nistagmo, Nefrite intersticial, Neurite óptica, e Dor articular, Náusea, vômito, dor abdominal vertigem, Suor/urina de cor avermelhada respectivamente.
- e) Todas estão corretas.

**44** A leptospirose é uma doença febril de início abrupto, sua apresentação clínica está dividida em duas fases: fase precoce (fase leptospirêmica) e fase tardia (fase imune). A fase tardia apresenta manifestação clássica e se caracteriza por uma tríade (Guia de Vigilância em Saúde, 2019). Marque a afirmativa que corresponde a manifestação e a tríade mencionadas.

- a) síndrome de Weil e icterícia, insuficiência renal e hemorragia, respectivamente.
- b) síndrome de Asperger e icterícia, insuficiência visual, palidez, respectivamente.

- c) síndrome de Sjögren e icterícia, insuficiência renal e hematomas, respectivamente.
- d) síndrome de Turner e dispnéia, artralgia e palidez cutânea, respectivamente.
- e) síndrome de Tourette e dispnéia, artralgia. Insuficiência renal, respectivamente.

**45** Sobre as formas da Hanseníase que estão relacionadas ao tipo de resposta ao *M. leprae*, o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019), descreve: “as lesões mais características dessa forma clínica são denominadas lesões pré-faveolares ou faveolares, sobre-elevadas ou não, com áreas centrais deprimidas e aspecto de pele normal, com limites internos nítidos e externos difusos”. Essa descrição corresponde a qual forma de Hanseníase:

- a) Hanseníase indeterminada
- b) Hanseníase tuberculóide
- c) Hanseníase dimorfa (ou borderline)
- d) Hanseníase virchowiana (ou lepromatosa)
- e) Hanseníase infiltrada (hansenomas)

**46** A classificação operacional de caso de Hanseníase, referente ao tratamento com poliquimioterápico, é abalizada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios: (BRASIL, 2019).

- a) Paucibacilar (até 5 lesões de pele) e Multibacilar (com mais de 5 lesões de pele)
- b) Paucibacilar (até 6 lesões de pele) e Multibacilar (com mais de 6 lesões de pele)
- c) Paucibacilar (até 8 lesões de pele) e Multibacilar (com mais de 8 lesões de pele)
- d) Paucibacilar (até 9 lesões de pele) e Multibacilar (com mais de 9 lesões de pele)
- e) Paucibacilar (até 10 lesões de pele) e Multibacilar (com mais de 10 lesões de pele)

**47** A apresentação clínica da doença renal do diabetes (DRD), está sendo cada vez mais reconhecido o fenótipo da doença renal não albuminúrica, caracterizada por redução isolada da taxa de filtração glomerular – TFG. Neste sentido, o rastreamento da DRD deve ser iniciado: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- 2017- 2018)

- a) nas pessoas com DM2 - iniciado após um ano diagnóstico de Diabetes e DM1 - 2 anos do início no caso.

b) nas pessoas com DM2 - iniciado logo ao diagnóstico de Diabetes e DM1 - 5 anos do após o início no caso.

c) nas pessoas com DM2 - iniciado após o diagnóstico e DM1 - 2 anos do após o início no caso.

d) nas pessoas com DM2 - iniciado em seis meses de diagnóstico e DM1 - 3 anos do após o início no caso.

e) nas pessoas com DM2 - iniciado em três meses de diagnóstico DM1 - 2 anos do após o início no caso.

**48** No tratamento da lesão do pé diabético como conduta inicial, deve-se: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

a) classificar a lesão (neuropática, isquêmica ou neuroisquêmica).

b) efetuar o diagnóstico clínico de infecção: com base na presença de sinais ou sintomas de inflamação.

c) avaliar a pressão plantar pode anteceder os achados clínicos de polineuropatia diabética.

d) fazer testes com diapasão 128 Hz e o martelo neurológico para testar fibras grossas sensitivas e motoras.

e) medir e registrar o índice tornozelo-braço [ITB].

Analise as afirmativas acima, e marque a resposta correta:

a) A, B estão corretas

b) C,D estão corretas

c) D, E estão corretas

d) B,C estão corretas

e) A,E estão corretas

**49** No artigo “Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA”. Os autores colocam que (...) “a obesidade apresenta um papel etiológico fundamental em uma série de condições crônicas, com destaque para o diabetes mellitus, responsável por 5,1 milhões de óbitos no mundo, em 2013. Particularmente em idosos, a obesidade, especialmente a abdominal, e o diabetes, apresentam características semelhantes que incluem inflamação crônica (caracterizada pela elevação de

marcadores inflamatórios), e resistência à insulina, e que acarretam comorbidades comuns como”:

a) Síndrome metabólica, fragilidade óssea, depressão, doenças pulmonares.

b) Doenças cardiovasculares, doenças renais, demência, distúrbios do sono.

c) Ansiedade, distúrbios cardiovasculares, doenças renais, síndrome metabólica.

d) Fragilidade óssea, doenças renais, distúrbios do sono, doenças pulmonares.

e) Doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares, depressão, doenças renais.

**50** No Cadernos de Atenção Básica – **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**, publicação do Ministério da Saúde, são definidos os graus de severidade da doença crônica. Quanto a definição de cada grau relacione a primeira coluna com a segunda e marque a sequência correta.

A – grau 1

B – grau 2

C – grau 3

D – grau 4

( ) Presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.

( ) Condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.

( ) Condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).

( ) Condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.

a) A, D, C, B

b) A, C, D, B

c) B, C, D, A

d) D, B, A, C

e) C, D, A, B



