

NOME COMPLETO DO CANDIDATO (SEM ABREVIACÕES)
(PREENCHER EM LETRA DE FORMA):

PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- ✓ A prova objetiva contém 20 questões de múltipla escolha e cada uma delas vale 0,5 pontos. Em caso de anulação de questões objetivas, todos os candidatos receberão os pontos correspondentes.
- ✓ A prova dissertativa consiste na elaboração de um texto, a partir da temática proposta na folha específica, contendo, no mínimo, uma e, no máximo, quatro laudas (duas páginas frente e verso). O texto deve ser redigido nas folhas de prova e será pontuado de 0 a 10.
 - a) As folhas de rascunho são de preenchimento facultativo e não valerão para efeito de correção. Entretanto, elas devem ser devolvidas juntamente com as folhas de prova.
 - b) Anote apenas seu número de inscrição nas folhas da prova dissertativa.
 - c) Numere as páginas e utilize uma caligrafia legível. Textos considerados ilegíveis receberão nota zero.
 - d) Na folha de prova não deve ser utilizado lápis grafite, apenas caneta esferográfica de cor azul ou preta.
- ✓ Todos os candidatos realizarão as duas avaliações, objetiva e dissertativa. Entretanto, somente serão corrigidas as provas dissertativas dos candidatos que conseguirem atingir a nota mínima de 7,0 na prova objetiva de múltipla escolha.
- ✓ Não serão respondidas dúvidas sobre as questões durante a realização das provas.
- ✓ Quaisquer dúvidas ou reclamações sobre a prova deverão ser feitas formalmente, por meio de requerimento escrito e assinado, através de recurso próprio para este fim, conforme previsto no edital.

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO

1. A duração da prova é de quatro horas, das 14:00 às 18:00h, já incluído o tempo destinado à identificação, orientação e preenchimento da folha de respostas. A permanência mínima na sala de prova é de uma hora e todos deverão entregar as folhas de respostas **até 18:00h**.
2. Antes de iniciar a prova, confira atentamente se ela contém 20 questões objetivas e uma questão dissertativa. A prova objetiva possui uma **FOLHA DE RESPOSTAS**, que deve ser preenchida adequadamente, conforme orientação nela existente.
3. **Ao terminar a prova, devolva todo o material das provas ao chefe da sala: a sua folha de respostas, as folhas de prova e os rascunhos.**
4. Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem a autorização do chefe da sala. Não será permitido o empréstimo de qualquer tipo de material entre os candidatos.
5. Não é permitido o uso de celulares ou quaisquer outros equipamentos eletrônicos durante todo o período de prova. Os celulares devem ser desligados.
6. O não cumprimento de qualquer uma das determinações constantes na presente orientação poderá implicar na anulação de sua prova.

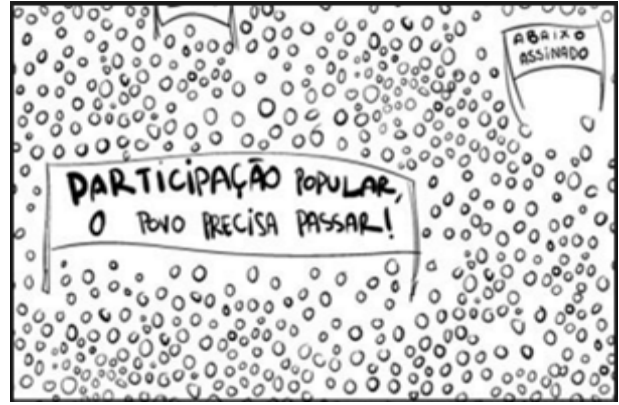
Eu li as instruções e estou de acordo com elas:

ASSINATURA DO CANDIDATO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1ª QUESTÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), que possui cerca de 180 milhões de usuários, abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, com o princípio de garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Brasileira e regulamentado em 1990, a partir da promulgação das Leis 8.080 e 8.142 que dispõem, dentre outros, sobre a gestão do SUS. As figuras a seguir retratam aspectos da legislação do SUS referente à participação popular.



Fonte: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Cultura-e-participacao-popular-em-debate/4/31871>.

Considerando as figuras e o aparato teórico relativo ao SUS, escolha a alternativa CORRETA sobre a gestão desse sistema.

- a) Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, compostos por representantes do governo e profissionais de saúde, e que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.
- b) Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados consultivos que atuam na formulação de estratégias e controle da execução de políticas públicas de saúde.
- c) Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, consultivos e deliberativos, que atuam na formulação de estratégias e controle da execução de políticas públicas de saúde.
- d) As Conferências de Saúde, através da reunião dos gestores dos Municípios, Estados e União, configuram-se como um espaço para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde.
- e) As Conferências de Saúde ocorrem a cada dez anos com a representação dos diversos segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas públicas.

2ª QUESTÃO

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), instituída pela Portaria nº 589 de 20 de maio de 2015, foi construída através de um processo participativo. Essa política foi elaborada com a finalidade de conduzir o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva. Ela visa obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia e que, por fim, resultarão em informação de maior confiabilidade para a gestão, geração de conhecimento e controle social. A PNIIS busca, através da promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, melhorar os processos de trabalho em saúde, contribuindo para um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) articulado. Uma dessas ações consiste na criação do Registro Eletrônico de Saúde que permitirá recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde.

Dentre as instituições, instâncias e associações listadas abaixo, identifique qual(is) delas participa(m) do processo de proposição de políticas públicas de saúde, a exemplo da PNIIS.

- I- As instituições de ensino e pesquisa, como universidades.
- II- As associações científicas como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
- III- As associações de gestores, como as associações de secretários de saúde.
- IV- As instâncias do controle social, como as organizações não governamentais (ONGs) e os movimentos sociais.

Analise as assertivas e assinale a alternativa que contém a resposta CORRETA.

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

O texto a seguir deverá ser considerado para responder as questões 3 e 4.

Leia atentamente o texto do editorial do jornal Gazeta de Alagoas, publicado em 10 de agosto de 2013, reproduzido integralmente a seguir, e depois responda às questões.

“Com o diagnóstico de que o senador, e ex-presidente da República, José Sarney, estaria com dengue aguda, confirma-se, para quem duvidar poderia, que nem as pessoas mais poderosas estão em segurança frente às falhas de uma eficiente política de prevenção da saúde pública.

Reafirma-se a inexorabilidade dos amplos riscos decorrentes de deficiências no combate a verdadeiras endemias no Brasil. Há mais de um século, porém, o Brasil marcava época com o início da campanha vitoriosa contra a febre amarela, pois em 1902, sob a batuta do sanitarista Emílio Ribas, iniciava-se uma jornada que seria coroada em grande estilo com o comando do grande médico Oswaldo Cruz, que inicia (debaixo de muitos protestos motivados pela ignorância) a campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, então Capital Federal. Depois dos sucessos dessas primeiras iniciativas, a luta prossegue por mais meio século, até que, em 1957, a doença é considerada extinta em nosso país.

E o que tem a febre amarela, que aterrorizava o Brasil, mantendo à larga até 1902, com os atuais surtos de dengue? O mosquito Aedes aegypti. Este mesmo inseto, como nós sabemos, é também o transmissor da dengue.

E mais: a erradicação da temível febre amarela, depois das grandes batalhas travadas entre 1902 e 1957, foi decretada tendo como base a erradicação do mosquito Aedes aegypti no Brasil! Ou seja, o reaparecimento do vetor de transmissão reascende o sinal de alerta em relação a mais perigo além do já terrível dengue.

Não há como falar em combate eficiente à dengue sem uma política eficaz de erradicação (novamente) do mosquito transmissor, o Aedes aegypti. E o desafio é de enorme importância, pois está claro que o reaparecimento, em larga escala, das populações desse pernilongo, deixa várias portas abertas para doenças graves e com consideráveis índices de mortalidade entre os seres humanos.

Se há 56 anos o Brasil teve condições de vencer o Aedes aegypti, por que não teria como fazê-lo novamente em nossa época? Considerando os avanços tecnológicos, é óbvio que um tempo menor que meio século de luta seria necessário para vencer esta guerra. Por que isso não acontece? Por que não avançamos sequer de volta ao passado, considerando meio século de recuo, em termos de saúde pública?”.

3ª QUESTÃO

Com base no texto, analise as assertivas abaixo, assinalando (V) para as verdadeiras e (F) para as falsas. Em seguida, marque a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- () A dengue atinge apenas a população que vive nas periferias dos centros urbanos.
- () O mosquito transmissor da dengue foi erradicado do Brasil no início do século XIX.
- () De 1902 até 1957, a dengue foi erradicada do Brasil com o controle do mosquito transmissor.
- () O mosquito transmissor da dengue também transmite outras doenças.

- a) V, V, V, V
- b) F, V, V, V
- c) F, V, F, V
- d) V, F, V, V
- e) F, F, F, V

4ª QUESTÃO

Com base no texto e nos conhecimentos da área da Saúde Coletiva, analise as assertivas abaixo, assinalando (V) para as verdadeiras e (F) para as falsas. Em seguida, marque a sequência CORRETA.

- () A Promoção da Saúde é fundamental para o controle da dengue, pois se configura como um processo de capacitação dos indivíduos para identificar os fatores e determinantes da saúde e para exercer o controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população.
- () O conhecimento sobre os vírus que causam a dengue é necessário para definição de medidas profiláticas como a vacinação em massa da população.
- () O conhecimento sobre o ciclo de vida do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, é necessário para definir políticas e ações de vigilância sanitária.
- () A prevalência de casos de dengue varia segundo o nível de proliferação do mosquito transmissor, independentemente das características climáticas e pluviométricas da região.

- a) V, V, V, V
- b) V, V, V, F
- c) V, F, V, F
- d) F, F, V, V
- e) V, V, F, F

5ª QUESTÃO

Na atualidade, o aumento das notificações de microcefalia está preocupando as autoridades de saúde pública do Brasil, pois, além das sequelas no âmbito da saúde e qualidade de vida das pessoas, pode impactar consideravelmente sobre os cofres públicos. A tabela seguinte apresenta a distribuição dos casos suspeitos de microcefalia no Brasil.

Tabela 1 – Distribuição dos casos suspeitos de microcefalia notificados à SVS/MS até a semana epidemiológica 47, por número de municípios e Unidade da Federação de residência, Brasil, 2015

Unidade da Federação	Total de municípios (n) ^a	Municípios com casos suspeitos		Casos suspeitos notificados		Óbitos suspeitos (n)
		n	%	n	%	
Centro-Oeste						
Distrito Federal	1	1	100	1	0,1	-
Goiás	246	2	0,8	2	0,2	-
Mato Grosso do Sul	78	1	1,3	1	0,1	-
Nordeste						
Alagoas	102	21	20,6	59	4,7	-
Bahia	417	9	2,2	37	3	-
Ceará	184	9	4,9	25	2	1
Maranhão	217	3	1,4	12	1	-
Paraíba	223	50	22,4	248	19,9	-
Pernambuco	185	131	70,8	646	51,8	-
Piauí	224	9	4	36	2,9	1
Rio Grande do Norte	167	28	16,8	79	6,3	5
Sergipe	75	32	42,7	77	6,2	-
Norte						
Tocantins	139	6	4,3	12	1	-
Sudeste						
Rio de Janeiro	92	9	9,8	13	1	-
Total	2.350	311	-	1.248	100	7

^aTotal de municípios por Unidade da Federação. Fonte: IBGE (2013).
Fonte: Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde (atualizado em 28/11/2015).
Dados sujeitos a alteração.

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Com base na interpretação da tabela, assinale a alternativa CORRETA.

- Mais da metade dos casos suspeitos notificados de microcefalia no Brasil estão concentrados em apenas um estado brasileiro.
- O número de casos suspeitos notificados de microcefalia é igual ao número de municípios com casos suspeitos da doença.
- O número de casos suspeitos notificados de microcefalia é inversamente proporcional ao número de municípios com casos suspeitos.
- Quanto maior o número de municípios amostrados na pesquisa, também é maior a porcentagem de municípios com casos suspeitos.
- O número de óbitos suspeitos é proporcional ao número de casos suspeitos notificados.

6ª QUESTÃO

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela investigação e notificação de casos de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014). Alguns pesquisadores destacam que a subnotificação é uma limitação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Dentre os fatores listados abaixo, escolha os que estão associados à subnotificação de agravos no SINAN e marque a alternativa CORRETA.

- A falta de conhecimento, por parte de alguns profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para realizar a notificação dos agravos.
- A falta de notificações dos agravos em função do tempo exigido para preenchimento da ficha de coleta de dados.
- A falta de percepção dos profissionais a respeito da importância do preenchimento das fichas de dados para definição das ações de vigilância em saúde.
- A falta de participação da população e dos movimentos sociais, que, muitas vezes, desconhecem a existência e importância do SINAN.

- II, III e IV, apenas.
- I, III e IV, apenas.
- I, II e III, apenas.
- I e III, apenas.
- I, II, III e IV.

7ª QUESTÃO

No mundo, os homicídios se distribuem de forma heterogênea entre as regiões e continentes. A tabela a seguir apresenta a distribuição dos homicídios em países da América Latina.

Tabela - Distribuição percentual dos homicídios por meio utilizado em países da América Latina - 1990, 2000 e 2007.

Descrição	Argentina			Brasil			Colômbia			México		
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
Afogamento e submersão	1,6	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,9	1,9	1,0
Substâncias corrosivas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Armas de fogo	49,5	58,2	43,5	50,6	68,1	71,9	83,3	85,0	78,5	52,1	50,7	56,8
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	2,8	4,2	3,9	1,1	1,0	1,3	0,5	0,8	1,4	2,3	6,2	6,5
Envenenamento	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,7	0,3	0,2
Fumaça, fogo e chamas	0,4	0,3	0,6	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	1,2	0,5	0,6	0,5
Material explosivo	0,8	0,1	0,1	0,9	0,0	0,0	0,7	0,6	1,3	0,1	0,1	0,0
Objeto contundente	1,2	0,8	2,6	3,5	4,5	5,0	0,9	0,9	1,5	1,8	1,4	1,5
Objeto cortante ou penetrante	21,3	20,6	31,5	16,9	12,4	15,4	14,6	11,2	15,7	16,0	16,5	16,7
Projeção de um lugar elevado	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2	0,4
Seqüelas de uma agressão	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Sexual ou por força física	1,4	0,7	1,0	0,3	0,6	1,0	0,0	0,0	0,1	0,7	1,3	1,4
Outros meios especificados	0,9	0,9	1,6	0,3	1,3	1,1	0,1	0,2	0,2	0,5	3,4	1,7
Meio não especificado	21,5	13,7	14,5	26,2	11,8	3,8	2,7	1,0	1,0	23,1	16,2	13,1

Fonte: Souza ER et. al. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3183-3193, 2012.

Considerando os dados apresentados na tabela, é INCORRETO afirmar que:

- As mortes por enforcamento, estrangulamento e sufocação apresentaram maiores percentuais na Argentina do que nos outros países em todos os anos avaliados.
- Os homicídios por armas de fogo apresentaram uma redução percentual na Argentina e Colômbia para os anos de 1990 e 2007, enquanto o Brasil e México registram elevação desses números.
- Dentre os países avaliados, o México apresenta os maiores percentuais de homicídios por afogamento e submersão, desde 1990.
- Os homicídios resultantes de objetos cortantes ou penetrantes foram mais elevados na Argentina e México, respectivamente, para o ano de 2007.
- Os homicídios por objeto contundente no Brasil e na Colômbia apresentaram elevação nos valores percentuais entre os anos de 2000 e 2007.

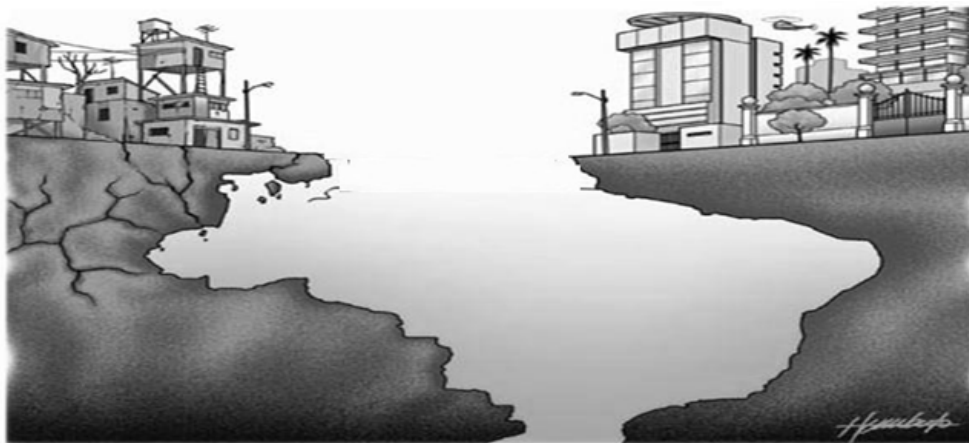
8ª QUESTÃO

A mortalidade se constitui em um dos principais indicadores de saúde de uma população. Com relação a este indicador, é INCORRETO afirmar que:

- A taxa de mortalidade é proporcional ao número total de óbitos ocorrido em uma população em determinado período de tempo, e inversamente proporcional ao tamanho dessa população.
- A taxa de mortalidade, embora reflita uma história incompleta de uma doença e de seus fatores determinantes, serve para indicar a gravidade da situação de saúde de uma população.
- As mudanças nas taxas de mortalidade, com o passar do tempo, são, em geral, de pequena amplitude, o que as torna pouco úteis para avaliações a curto prazo sobre a situação de saúde de uma população.
- Os principais usos dos dados sobre mortalidade incluem a descrição das condições de saúde da população, a investigação epidemiológica e a avaliação de intervenções saneadoras.
- A taxa de mortalidade de uma população não é utilizada para fazer inferências sobre a situação de saúde dos grupos que a constituem.

9ª QUESTÃO

Considerando a ilustração a seguir e o aparato teórico sobre as desigualdades sociais, assinale a alternativa CORRETA sobre os determinantes do processo saúde-doença.



Fonte: O Jornal de Todos os Brasis. Disponível em: <http://jornalgn.com.br/tag/blogs/desigualdade>.

- a) A redução das desigualdades em saúde não depende da influência dos movimentos sociais, sendo determinada pelas instâncias oficiais das esferas federal, estadual e municipal.
- b) A equidade configura-se como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendido como a necessidade de dividir os recursos do SUS igualmente para todos os seus usuários.
- c) Os sistemas de serviços de saúde devem distribuir a oferta de ações e serviços sem priorizar nenhum grupo social e devem atender toda a demanda e perfis de usuários.
- d) A medicina social e a saúde coletiva pleiteiam transformações estruturais na organização social, visando minimizar a desigualdade social por meio do tratamento de todos os usuários de forma igualitária.
- e) A equidade configura-se como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se do pressuposto que há desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e que muitas dessas desigualdades, além de injustas, podem e devem ser superadas.

10ª QUESTÃO

O acesso intermedeia a relação entre a procura e a entrada nos serviços de saúde. A maneira como o sistema de saúde está organizado pode facilitar ou obstruir sua utilização pelos usuários, expressando, assim, a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. Com base na figura a seguir e no conhecimento acerca das diversas barreiras que podem dificultar o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde, assinale a alternativa INCORRETA.



Fonte: <http://noticias.r7.com/>

- a) No tocante às barreiras financeiras, quanto maior for a exigência de copagamento por um serviço, menor será a equidade no acesso.
- b) As barreiras geográficas podem gerar resistência ao deslocamento dos usuários para os serviços de saúde.
- c) Uma vez que o serviço de saúde esteja disponível na região onde o usuário está cadastrado, a acessibilidade e a resolubilidade da assistência estão asseguradas.
- d) São características organizacionais que podem impactar o acesso: a conveniência de horário de funcionamento dos serviços e o tempo de espera para ser atendido.
- e) Quanto maior a distância entre a unidade de saúde e o domicílio dos usuários, geralmente menor é a utilização destes serviços.

11ª QUESTÃO

A figura a seguir representa o sinergismo fatorial na produção e manutenção das doenças diarreicas, bem como no modelo multifatorial de compreensão do processo saúde-doença.



Fonte: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Com base na figura analise as assertivas abaixo, assinalando (V) para as alternativas verdadeiras e (F) para as falsas. Em seguida, marque a alternativa que contém a sequência CORRETA.

- I- O processo saúde-doença é resultado de uma multiplicidade de fatores que podem ser políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, biológicos, genéticos, físicos e químicos.
- II- Os agentes patogênicos levam estímulos do meio ambiente ao meio interno do homem, podendo desencadear doenças e/ou agravos à saúde.
- III- A multifatorialidade não deve ser compreendida apenas pelo simples resultado de justaposição dos fatores condicionantes, mas considerando também o sinergismo e as inter-relações entre tais fatores.
- IV- A pobreza, a má nutrição, o subemprego na fase adulta, o saneamento básico comprometido e outros fatores condicionantes, formam um conjunto de desvantagens que estão associados ao maior risco para a doença.
- V- As infecções entéricas e a desnutrição interagem mutuamente. Por essa razão, as doenças diarreicas são bastante prevalentes nos territórios em desenvolvimento onde há desnutrição.

- a) V,V,F,V,V b) F,V,V,V,V c) V,F,V,V,V d) V,V,V,V,V e) V,V,V,V,F

O texto a seguir deverá ser considerado para responder as questões de 12 a 14.

Uma pesquisa realizada para investigar as causas da deficiência física em municípios do Nordeste brasileiro e a estimativa de custos de serviços especializados foi desenvolvida por pesquisadores de universidades estaduais e federais. No excerto da introdução a seguir, os autores apresentam o problema investigado e seus objetivos. Leia o excerto e responda às questões propostas.

“Há dez anos, as pessoas com deficiências e incapacidades representavam 14,5% da população brasileira e atingiram a fração de 23,9% dos 190.732.694 brasileiros no censo demográfico de 2010. Em relação à distribuição regional, foi observada a existência de assimetrias regionais e as pessoas com deficiência são encontradas mais frequentemente nos estados do Nordeste brasileiro. O Rio Grande do Norte e a Paraíba possuem praticamente 18% de sua população acometida por alguma deficiência e lideram, há vinte anos, o “ranking da deficiência” no Brasil. Não existem evidências, até o presente momento, de que a pobreza seja a causa determinante desse fenômeno; tendo em vista que existem outros fatores de natureza ambiental, genética ou demográfica, contribuindo para essa situação. Se conhecermos mais profundamente a etiologia e os fatores determinantes das deficiências, será possível planejar políticas públicas, ações mitigatórias e preventivas para essas populações.

Curiosamente, a endogamia ou os casamentos consanguíneos são também bastante frequentes nos estados do Nordeste brasileiro. Estudos feitos em meados do século passado mostraram que em média 9% dos casamentos ocorriam entre casais aparentados e essas estimativas não se reduziram desde então. Levantamentos recentes feitos em municípios do sertão do Rio Grande do Norte e da Paraíba mostraram que de 9% a 41% dos casamentos são consanguíneos. Nessa região, foi descoberta uma doença neurodegenerativa que afeta mais de 70 pessoas de uma mesma família. Essa doença genética, prevalente em Monte Pinto e Nossa Senhora das Neves (RN), também é um dos principais fatores etiológicos das deficiências físicas na região.

Esses achados indicaram que parte das deficiências encontradas no sertão nordestino é causada por doenças genéticas. Neste trabalho foi realizado levantamento das deficiências que acarretam dificuldade ou incapacidade de locomoção, ou seja, função motora, em oito municípios da Paraíba com elevadas taxas de casamentos consanguíneos; os quais fazem divisa com a região onde a doença degenerativa mostrou-se prevalente”.

12ª QUESTÃO

Das asserções abaixo, escolha a que está em DISSONÂNCIA com o que foi exposto na introdução do artigo.

- a) No Brasil, há diferenças regionais em relação à distribuição de pessoas com deficiência, sendo maior a prevalência no Nordeste do Brasil.
- b) No censo de 2010, a prevalência de pessoas com alguma deficiência era de aproximadamente um quarto da população brasileira.
- c) Os municípios do Nordeste brasileiro apresentam maior prevalência de pessoas com deficiência, liderando o “ranking da deficiência” no Brasil.
- d) No Nordeste do Brasil, houve uma redução da frequência de casamentos consanguíneos com o tempo.
- e) O conhecimento sobre as causas das deficiências é importante para o planejamento de ações de saúde pública.

13ª QUESTÃO

Considerando os objetivos da pesquisa, qual seria o CORRETO desenho metodológico para realizá-la?

- a) Estudo “transversal” que consiste na determinação da prevalência das pessoas com deficiência física de etiologia genética em diferentes municípios.
- b) Estudo do tipo “caso-controle” que consiste em determinar o efeito da endogamia comparando a prevalência de pessoas com deficiência, oriundas de casais consanguíneos e não-consanguíneos.
- c) Estudo “ecológico” que consiste em analisar pessoas com deficiência física em diferentes municípios para elaboração de hipóteses a respeito dos fatores que estariam interferindo nas diferenças de prevalência.
- d) Estudo do tipo “série de casos” que consiste em estudar os casos de pessoas com doenças genéticas para determinar se elas possuem alguma deficiência física.
- e) Estudo de “coorte” que consiste em acompanhar um grupo de pessoas com deficiência física ao longo do tempo para determinar o efeito da endogamia.

14ª QUESTÃO

Na região do alto oeste do estado do Rio Grande do Norte, foi identificada uma doença genética neurodegenerativa, com 70 casos. No município de Monte Pintado, com cerca de 4.000 habitantes, foram identificados 20 casos e no município de Nossa Senhora das Neves, com 20.000 habitantes, foram registrados 40 casos. Essa doença é autossômica recessiva, ou seja, uma pessoa, para manifestar a doença, precisa receber duas cópias do gene mutado, sendo uma de cada um de seus genitores. Os pais dos afetados são aparentados, assintomáticos e heterozigotos para ocorrer a mutação associada com a doença.

Em relação à prevalência dessa doença, ou seja, o número de casos em relação à população total, podemos afirmar que todas as asserções abaixo estão corretas, EXCETO:

- a) Em Nossa Senhora das Neves, 1 em cada 200 habitantes é afetado pela doença, enquanto em Monte Pintado a proporção é de 1:500.
- b) A prevalência da doença degenerativa é maior em Nossa Senhora das Neves do que em Monte Pintado.
- c) Em Monte Pintado, a prevalência de indivíduos com duas cópias do gene mutado associado à doença é de 1:500 habitantes.
- d) Em Nossa Senhora das Neves, o número absoluto de pessoas com a doença é o dobro do número encontrado em Monte Pintado.
- e) A prevalência de pessoas afetadas pela doença, varia conforme a frequência de indivíduos heterozigotos na população.

15ª QUESTÃO

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância, tendo em vista o Pacto pela Saúde, é traduzida na atualização dos atos normativos da Vigilância em Saúde através da Portaria Ministerial nº. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Nessa portaria, Estados, Distrito Federal e Municípios são fortalecidos no papel de gestores da vigilância, bem como se ampliam as ações denominadas de Vigilância em Saúde, a saber:

- I- Controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.
- II- 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.
- III- Visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.
- IV- Conjunto de ações capazes 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, abrangendo 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 o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Analisando esse enunciado, relacione as ações de vigilância em saúde descritas e suas respectivas atividades. Em seguida, assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA de respostas.

- () Vigilância Sanitária.
- () Vigilância da Saúde do Trabalhador.
- () Vigilância em Saúde Ambiental.
- () Vigilância Epidemiológica.

- a) IV – III – II – I
- b) IV – II – III – I

- c) I – III – II – IV
- d) II – I – IV – III

- e) I – IV – II – III

16ª QUESTÃO

Considerando os tipos de estudos epidemiológicos, associe a descrição com o tipo apresentado e assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.

- I- O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de cárie precoce na infância em crianças de nível socioeconômico baixo de João Pessoa, Paraíba, Brasil, aos 48 meses de idade. Foram analisados os hábitos alimentares, higiene, exposição ao flúor e presença de defeitos de esmalte. Examinaram-se 224 crianças em domicílio, sob luz natural, utilizando-se a técnica joelho-a-joelho. Cada dente foi limpo com gaze estéril, sendo registradas cáries (OMS) e defeitos de esmalte (DDE Index). Durante o exame foi aplicado um questionário para obtenção de dados sobre dieta, higiene, uso de flúor e presença de amamentação natural e/ou artificial.
- II- Pesquisadores examinaram a associação entre desigualdade econômica e a mortalidade por câncer bucal em 150 municípios do estado de Pernambuco. Taxas de mortalidade para cada um dos municípios foram calculadas a partir dos dados oficiais de mortalidade e população residente. O nível de desigualdade econômica de cada município foi caracterizado através do índice de Gini e obtido através de dados censitários. Os autores encontraram uma associação positiva entre o nível de desigualdade econômica e a mortalidade por câncer, ao comparar os municípios.
- III- Entre maio e julho de 2009, a equipe de pesquisa visitou, diariamente, as três principais maternidades da cidade de Pelotas-RS, e todas as mulheres, após o parto, foram entrevistadas, e seus filhos acompanhados aos três meses. Definiu-se a criança com cólica conforme proposto por Wessel. Os possíveis fatores de risco avaliados foram: classe social, escolaridade materna, idade dos pais, tipo e tempo de relacionamento do casal, alterações no relacionamento na gestação, tipo de parto, história reprodutiva, qualidade do pré-natal, experiência anterior de aborto, natimorto ou recém-nascido prévio doente, sexo e tipo de alimentação do lactente.
- IV- Foi realizado estudo retrospectivo de 15 casos de pacientes com câncer de mama associado à gravidez, atendidas no setor de Mastologia do Centro de Referência da Saúde da Mulher, Hospital Pérola Byington, em São Paulo, durante o período de setembro de 1996 a abril de 2001, designando como base principal do estudo a avaliação do estadiamento clínico, a época do diagnóstico e o comprometimento axilar. Também, foram analisados a faixa etária, paridade, tipo histológico, tratamento realizado, características histológicas quanto ao grau nuclear e grau histológico e a presença de receptores hormonais nos tumores diagnosticados. Comparou-se este grupo com um grupo controle de pacientes jovens com câncer de mama.

- () Estudo transversal
- () Estudo de coorte
- () Caso-controle
- () Estudo ecológico

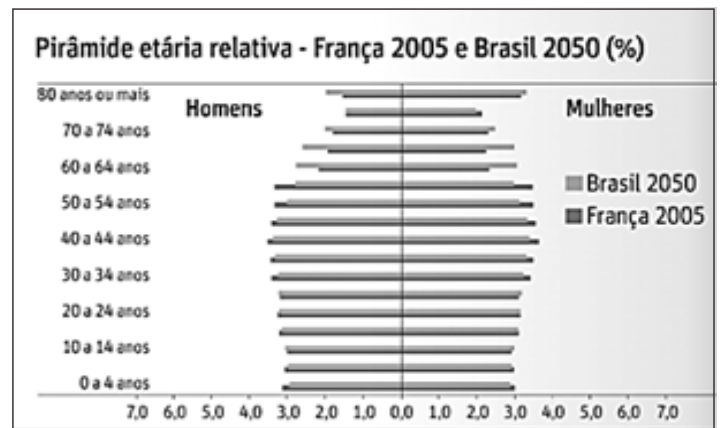
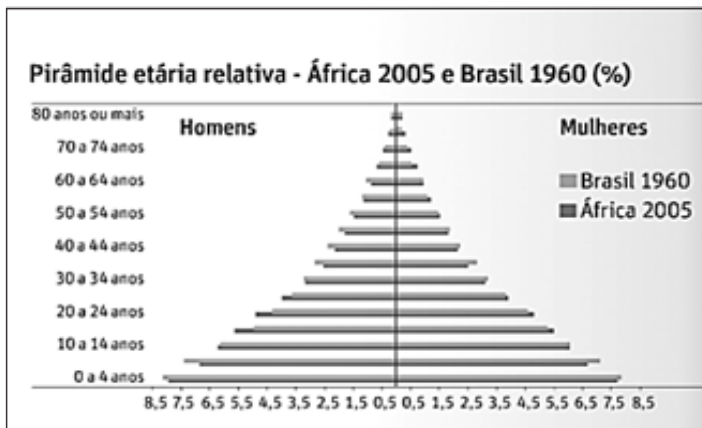
- a) II – I – IV – III
- b) I – IV – II – III

- c) II – IV – III – I
- d) I – III – IV – II

- e) IV – II – III – I

17ª QUESTÃO

As pirâmides etárias apresentadas a seguir apresentam modificações no perfil da estrutura etária da população brasileira. A estimativa é de que, em menos de 40 anos, ela se aproxime do perfil apresentado em países desenvolvidos, ao contrário do que existia em décadas anteriores.



- I- A modificação na estrutura etária tem relação direta com a redução da fertilidade e da expansão demográfica da população. Na década de 60, as crianças com até quatro anos de idade representavam quase que 8% da população brasileira e estima-se uma redução para menos de 3% em 2050.
- II- A modificação na estrutura etária implicará em maior número de idosos no futuro. Entretanto, até atingir esse estágio, o país será beneficiado pelo chamado “bônus demográfico”, caracterizado pela maior presença de adultos na sociedade. O predomínio da população produtiva deve dar condições de minimizar o impacto do envelhecimento nas contas públicas.
- III- A redução do número de crianças deve melhorar o acesso e a qualidade da educação e, com isso, reduzir os investimentos públicos em educação.

Baseado nas assertivas anteriores é CORRETO afirmar que:

- a) Todas estão corretas.
- b) I e III estão corretas.
- c) II e III estão corretas.
- d) I e II estão corretas.
- e) Nenhuma está correta.

18ª QUESTÃO

A Tabela a seguir apresenta a prevalência de fatores de riscos selecionados para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Câncer e Doenças Respiratórias).

	2006	2009	Mudança
Tabagismo			
Fumante*	16,2% (15,4-17,0)	15,5% (14,5-16,5)	-0,6% (0,27)
Ex-fumante†	22,1% (21,3-22,9)	22,0% (20,6-23,3)	-0,1% (0,72)
Atividade física‡			
Atividade física adequada ao momento de lazer	14,8% (14,2-15,5)	14,7% (14,0-15,4)	-0,1% (0,72)
Consumo de bebidas alcoólicas§			
Consumo esporádico excessivo¶ nos últimos 30 dias	16,2% (15,5-16,9)	18,9% (17,9-19,9)	2,7% (-0,001)
Excesso de peso			
Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²)	42,8% (41,8-43,8)	46,6% (45,2-48,0)	3,8% (-0,001)
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)	11,4% (10,8-12,0)	13,9% (13,1-14,7)	2,5% (-0,001)

Os dados são % (IC de 95%) ou % (valor p) - valor p estabelecido por regressão de Poisson, que comparou porcentagens nos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009. IMC= Índice de Massa Corporal. *Indivíduo que fuma tabaco regularmente, independentemente de há quanto tempo fuma; inclui fumantes diários e ocasionais. Indivíduo que fumava tabaco ocasionalmente por pelo menos três meses ou diariamente por pelo menos um mês. †Validado por Monteiro et al.¹⁴ §Validado por Monteiro et al.¹⁵ ¶Definido como o consumo de mais de cinco drinques alcoólicos por homens e mais de quatro drinques por mulheres em uma única ocasião.

Tabela 1: Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas segundo estimativas do Vigite!, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2009

A análise da Tabela permite assumir como CORRETA a afirmação:

- a) Diferentemente do que foi observado para o excesso de peso e obesidade, o incremento percentual do consumo de bebidas alcoólicas foi significativo, uma vez que ultrapassou a casa dos 5%.
- b) Ainda que não tenha havido uma variação muito grande, são significativas as mudanças percentuais do excesso de peso e obesidade entre os anos de 2006 e 2009.
- c) Como esperado, a taxa de fumantes diminuiu, enquanto que a de ex-fumantes aumentou.
- d) As políticas de incentivo à prática de atividade física, embora ainda de forma discreta, já têm registrado resultados positivos, uma vez que essa prática nos momentos de lazer aumentou numa taxa de 0,72.
- e) A redução observada para o tabagismo e a prática de atividade física, entre 2006 e 2009, representam melhorias dos fatores de risco às DCNTs.

19ª QUESTÃO

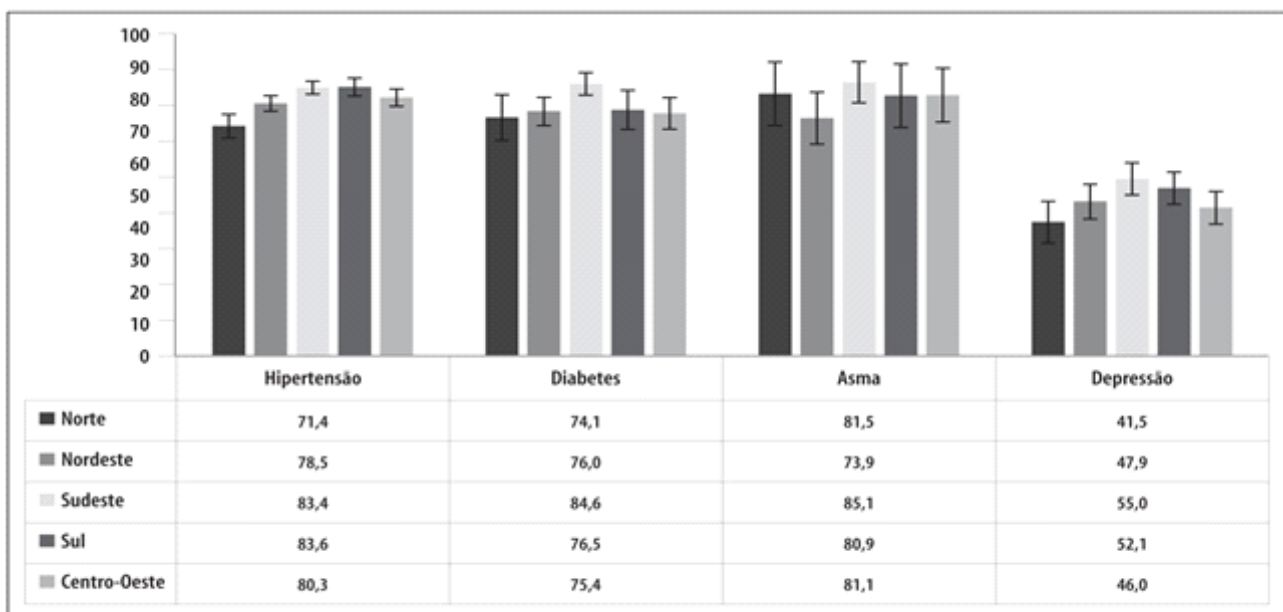
A hanseníase tem sido detectada em todos os estados do Brasil, mas sua incidência é mais relatada na região amazônica e em alguns centros urbanos da região Nordeste. Como o período de incubação da hanseníase é longo, o padrão geográfico de ocorrência está relacionado aos níveis de transmissão históricos e a outros determinantes epidemiológicos que são pouco conhecidos. Após a introdução da terapia multidrogas, que é ofertada gratuitamente pelo SUS a pacientes com hanseníase, a prevalência da doença caiu substancialmente – de 180 casos por 100.000 habitantes em 1988 para 26 casos por 100.000 habitantes em 2008.

Considerando os dados de prevalência apresentados para hanseníase, em uma cidade como Campina Grande, com cerca de 400.000 habitantes de uma região endêmica, quantas pessoas acometidas com essa doença seriam diagnosticadas em 2008 e 1988, respectivamente? Assinale a resposta CORRETA:

- a) 72 e 10.
- b) 180 e 26.
- c) 720 e 104.
- d) 104 e 72.
- e) 26 e 180.

20ª QUESTÃO

A transição epidemiológica registrada no Brasil e no mundo, nos últimos anos, tem modificado não só o perfil da carga de doenças, mas, também, do uso de drogas para o seu tratamento. A figura a seguir descreve a prevalência do uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis pela população brasileira, segundo fatores demográficos.



Nota: as hastes indicam os intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) das estimativas de prevalência

Fonte: Tavares et al. Uso de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, 24(2): 315-323, abr-jun 2015.

Considerando os dados da figura, assinale a assertiva INCORRETA:

- a) À exceção da hipertensão, para todas as doenças crônicas avaliadas, o maior consumo de medicamentos concentra-se na Região Sudeste do país.
- b) Estima-se que 6,2% (IC95% 5,9-6,6) referiram diagnóstico médico para diabetes e 80,2% (IC95% 78,0-82,5) estavam em uso de medicamento oral ou insulina para seu tratamento, sendo o uso de tais medicamentos maior na região Sudeste (84,6%; IC95% 81,2-88,1) e menor na região Norte (74,1%; IC95% 67,0-81,1).
- c) Aproximadamente, metade dos indivíduos com diagnóstico de depressão referiu usar medicamentos para seu tratamento (52,0%; IC95% 49,1-54,9), sendo esta utilização menor no Norte do país (41,5%; IC95% 35,1-48,0) e maior no Sudeste (55,0%; IC95% 50,1-60,0).
- d) Do total de pacientes que referiram diagnóstico de asma (4,4% (IC95% 4,1-4,7), 81,5% (IC95% 77,4-85,6) usaram medicamentos para seu tratamento, sem diferenças significativas entre as grandes regiões nacionais.
- e) A prevalência de diagnóstico referido de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% (IC95% 20,8-22,0); destes, 81,4% (IC95% 80,1-82,7) estavam em uso de medicamentos para seu tratamento nas duas semanas anteriores à entrevista, sendo esse uso maior na região Sudeste (83,6%; IC95% 80,8-86,4) e menor na região Norte (71,4%; IC95% 67,6-75,1).

NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO: _____

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____

PROVA DISSERTATIVA DE CONHECIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA

Esta prova consiste na elaboração de um texto dissertativo a partir da temática proposta a seguir com no **mínimo uma e no máximo quatro laudas** (duas páginas frente e verso). O texto deve ser redigido em letra legível nas folhas de prova. As folhas de rascunho são de preenchimento facultativo e não valerão para efeito de correção. Elas devem ser entregues juntamente com as folhas de prova.

PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO DA REDAÇÃO

Um curso de pós-graduação em nível de mestrado *strictu sensu* tem por objetivo formar pesquisadores capazes de propor questões para investigação que sanem lacunas existentes na literatura especializada. Para tanto, os estudantes devem desenvolver as suas competências e habilidades de leitura e produção de artigos científicos.

Suponha que você pertença a um grupo de pesquisa que estude a hanseníase. O seu grupo está preparando um artigo para publicação e vocês já escreveram a introdução, os objetivos e já fizeram a síntese dos resultados no formato de tabelas e gráficos. O texto referente à introdução e às tabelas com resultados foram reproduzidos integralmente para sua consulta (ANEXO 1).

Agora, seu orientador pediu para você elaborar os textos preliminares dos métodos e dos resultados, a fim de facilitar o processo de discussão no grupo de pesquisa.

Nesta prova dissertativa, você deverá:

- 1 - elaborar o texto referente aos métodos dessa pesquisa (desenho do estudo, população do estudo, variáveis do estudo, procedimentos de coleta de dados e considerações éticas), considerando as informações que você tiver disponíveis;
- 2 - elaborar o texto descrevendo os resultados, no qual você analisará as tabelas e gráficos reproduzidos no ANEXO 1.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO TEXTUAL

Todas as avaliações serão lidas por três avaliadores de forma independente. A avaliação será feita de forma comparativa entre os candidatos, considerando para tanto os critérios a seguir:

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Propriedade no uso da língua portuguesa	2,0
Coerência e capacidade de síntese	2,0
Capacidade argumentativa e interpretativa	3,0
Pertinência e articulação da resposta à questão da prova	3,0
Total de pontos	10,0

ANEXO 1

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região Nordeste do Brasil.

INTRODUÇÃO

Hanseníase é doença infecciosa crônica granulomatosa da pele e dos nervos periféricos, com período de incubação prolongado, causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracitoplasmático do macrófago, de alta infectividade e baixa patogenicidade, que afeta primariamente os nervos periféricos e a pele, e é transmitida de pessoa a pessoa pelo convívio de suscetíveis com doentes contagiantes sem tratamento.

Análises de tendência da epidemia revelam que a taxa de detecção de novos casos não apresentou declínio entre 1985 e 2000. Em 2003, 513.798 novos pacientes foram diagnosticados em todo o mundo. As maiores prevalências da doença encontram-se no sudeste asiático, na América do Sul e na África. O Brasil é considerado o segundo país com maior número de casos de hanseníase no mundo, respondendo, em 2003, por 9,6% da detecção mundial, perdendo apenas para a Índia, que foi responsável por 71% do total de casos novos, naquele ano.

Isoladamente, a prevalência tem valor limitado como indicador para o controle da hanseníase. A taxa de detecção de casos novos parece ser indicador melhor. Essas taxas devem ser analisadas em conjunto com outros indicadores, como, por exemplo, a taxa de conclusão de tratamento, para melhor entendimento da epidemiologia da doença.

A hanseníase possui largo espectro de apresentações clínicas, cujo diagnóstico baseia-se principalmente na presença de lesões de pele, perda de sensibilidade e espessamento neural. As variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular ao *M. leprae*. O quadro neurológico acomete os nervos periféricos, atingindo desde as terminações na derme até os troncos nervosos, sendo clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade é alterada em suas modalidades térmica, dolorosa e tátil.

A partir do Congresso Internacional de Hansenologia em Madri (1953), por proposição de Rabelo, os pacientes com hanseníase passaram a ser divididos quanto à forma clínica em indeterminados, tuberculóides, dimorfos e virchowianos. Em 1966, Ridley e Jopling introduziram um sistema de classificação da doença baseado em achados da histopatologia e no nível de imunidade celular do paciente, estabelecendo cinco grupos, dois polares e três intermediários. Em um pólo estão pacientes que apresentam vigorosa resposta imune celular ao *M. leprae*, que limita a doença a poucas e bem definidas lesões ou tronco nervosos (pólo tuberculóide). No outro pólo (virchowiano), caracterizado pela ausência de imunidade celular específica, há uma proliferação incontrolável de bacilos, com muitas lesões e infiltração extensa de pele e nervos. Muitos pacientes que apresentam a forma intermediária da doença são imunologicamente instáveis, variando do pólo com imunidade celular eficaz e baixa carga bacilar para o outro, com aumento da carga bacilar e alto título de anticorpos. Segundo essa classificação, a forma indeterminada incluía os casos que não se enquadrassem em nenhum dos cinco grupos.

Para fins de tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma classificação que divide os pacientes em paucibacilares (PB), com 1-5 lesões e baciloscopia negativa, e multibacilares (MB), com mais de cinco lesões e com ou sem baciloscopia positiva.

A hanseníase pode ainda, durante seu curso ou até mesmo após a cura, apresentar fenômenos agudos denominados reações. Há dois tipos de reação: as do tipo 1 ocorrem em pacientes com algum grau de imunidade celular, como os tuberculóides e dimorfos (resposta do tipo Th1), e as reações do tipo 2, mediadas por anticorpos, ocorrem nos virchowianos e também em alguns dimorfos (resposta do tipo Th2). A manifestação clínica mais frequente da reação tipo 2 é o eritema nodoso hansênico (ENH).

Essas reações são causa frequente de incapacidades, podendo ser acompanhadas de dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. Podem ocorrer ainda neurites silenciosas, em que não se verificam os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas há alterações de sensibilidade e de força motora, e, muitas vezes, só podem ser detectadas por exames específicos, o que torna de suma importância as avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa do paciente.

O tratamento da doença é feito por meio dos esquemas de poliquimioterapia preconizados pela OMS: para pacientes paucibacilares, composto de seis doses, com 100mg diárias de dapsona e dose supervisionada de 600mg mensais de rifampicina; para os multibacilares, dose diária de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina, e dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina, no total de 12 doses.

As características epidemiológicas da hanseníase têm sido objeto de numerosos estudos nas últimas três décadas, visando à compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da epidemia e o estabelecimento de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência situado no Nordeste do Brasil, durante o ano de 2004.

MATERIALE MÉTODOS

O estudo foi realizado nos ambulatórios especializados em hanseníase do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que desenvolve atividades de assistência, pesquisa e ensino, abrangendo setores da hansenologia, leishmaniose, câncer de pele, doenças sexualmente transmissíveis, dermatologia geral, dermatologia pediátrica e cirurgia dermatológica.

RESULTADOS

GRÁFICO 1: Casos de hanseníase por faixa etária - CDERM, 2004

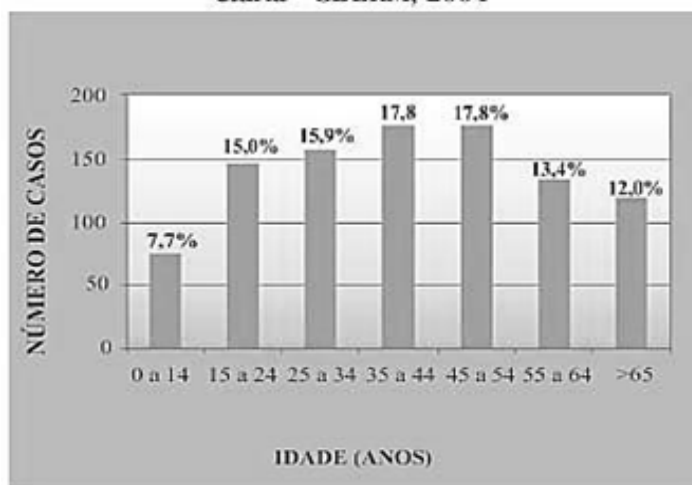


GRÁFICO 2: Representação dos casos quanto à classificação de Madri - CDERM, 2004



GRÁFICO 3: Representação do grau de incapacidade



TABELA 3: Percentual dos casos de hanseníase por região - CDERM, 2004

Região	%
Grande fortaleza	92,8
Fortaleza	82,2
Região metropolitana	10,6
Interior do estado	6,5
Outros estados	0,6

