

Eletrônico



Estratégia
CONCURSOS

Aul

Políticas de Atenção Básica p/ SES-DF (Enfermeiro de Saúde da Comunidade) Pós-Edital

Professor: Adriano de Oliveira, Ana Paula de Oliveira

AULA 01: PNAB-Portaria 2436/17 e Portaria nº 77/17

SUMÁRIO	PÁGINA
1. Apresentação da aula	2
2. Conceitos fundamentais	3
3. Atributos da APS	5
4. Papel da APS na RAS	7
5. Portaria nº 2436/17	12
6. Princípios e Diretrizes	14
7. Competências dos profissionais	16
8. Principais mudanças apresentadas na Portaria nº 2436/17	18
9. Portaria n.77/2017	21
10. Organização Administrativa	24
11. Organização dos serviços	27
12. Disposições finais e transitórias	29
13. Referências	32
14. Lista de exercícios	33
15. Gabarito	47
16. Questões comentadas	48

APRESENTAÇÃO DA AULA

Caro aluno(a),

O Ministério da Saúde publicou no dia 22/09/2017 a **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogando a portaria anterior, n.º 2488/2011. As **mudanças fundamentais** abrangem sobretudo aspectos de **financiamento** de equipes de Atenção Básica, a integração com as vigilâncias, cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (**NASF-AB**), redução do **teto populacional** e criação do perfil de **gerente** de Unidade Básica de Saúde (UBS). Destacarei na aula estes pontos das alterações mais significativas desta portaria em relação a anterior, pois isso se constitui em forte tendência nas provas de concurso.

Neste mesmo ano eclodiu no Distrito Federal um movimento de revigoração da Atenção Primária à Saúde materializada em um programa de expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família por meio da conversão do modelo de atenção de suas unidades “tradicionais”. A fim de embasar esse projeto, a Secretaria de Saúde (SES-DF) lançou a Política de Atenção Primária do Distrito Federal por meio da Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017.

Porém, antes de adentrarmos as nuances destas normativas apresentarei alguns conceitos e fundamentos da Atenção Primária/Básica e, para que fiquem mais claros os princípios e diretrizes apresentados por estas portarias posteriormente.

Como ambas normativas são muito recentes, há poucas questões a esse respeito em provas oficiais de concurso, sobretudo da banca IADES. Para discutir os aspectos conceituais me valerei de questões mais “antigas”, para as portarias utilizarei provas de residências sobre a PNAB e adaptarei algumas questões por livre interpretação do autor.

Atenção Básica ou Atenção Primária?

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. Início com este esclarecimento para que você possa compreender, por exemplo, porque a Política Nacional utiliza o termo “básica” enquanto a Política Distrital utiliza “primária”.

CONCEITO DE APS – DE QUAL TIPO DE APS ESTAMOS FALANDO?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a APS atue nas quatro dimensões que compreendem a integralidade da saúde: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para tanto seus dispositivos devem garantir uma atenção integral oportuna e sistemática em um **processo contínuo**, sustentado por um trabalho profissional qualificado, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a **saúde dos indivíduos, suas famílias e da comunidade** em um processo conjunto de **produção social de saúde**.

A norte-americana **Bárbara Starfield**, uma das maiores estudiosas sobre Atenção Primária da história, sintetizou as principais interpretações que foram adotadas sobre APS em diferentes países:

A interpretação da **APS como atenção primária seletiva** entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica.

A interpretação da **APS como o nível primário do sistema de saúde** conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível de atenção.

A interpretação da **APS como estratégia de organização do sistema de saúde** compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado das pessoas inseridas neste sistema.

Portanto a APS deve ser entendida como o primeiro nível dos sistemas de saúde, mas com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de atenção. Podemos dizer que a Atenção Primária à Saúde forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (e não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Os tópicos posteriores complementarão a conceito de Atenção Primária que pretendo ajudá-la a compreender melhor.

ATRIBUTOS DA APS

Aprofundando um pouco o conceito de APS, ainda conforme proposto por Bárbara Starfield, vemos que a autora disserta sobre a fundamentação da APS descrevendo **4 atributos essenciais** que devem estar presentes enquanto características nos serviços de APS:

Acesso de primeiro contato: acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema de saúde já conhecido. Faz-se necessário que os serviços de APS estejam dispostos próximos de onde as pessoas vivem e estarem organizados para acolher sua demanda em qualquer momento em que for acionado pela sua clientela adscrita.

Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção na APS e seu uso ao longo do tempo. Permite conhecer melhor a condição de saúde das pessoas ao longo da vida. Esse atributo pressupõe adscrição de clientela e construção de vínculo entre equipes e usuários.

Integralidade: construir arranjos para que o paciente receba todas as ações de atenção à saúde necessárias para o restabelecimento ou preservação de sua saúde. Nisto está incluso tanto as ações que o próprio serviço de APS deve oferecer, quanto sua capacidade de articular ações em outros níveis de atenção.

Coordenação: busca de informações a respeito de problemas apresentados e ações que o usuário tenha recebido em outros serviços. Inclui também o planejamento do trânsito dos usuários sob sua responsabilidade em toda a Rede de Atenção à Saúde.

Além desses, Starfield também define **3 atributos derivados**:

Orientação Familiar: reconhecimento do contexto familiar no entendimento das necessidades de saúde das pessoas e capacidade de ofertar ações de saúde que envolvam e impactem todo o núcleo familiar

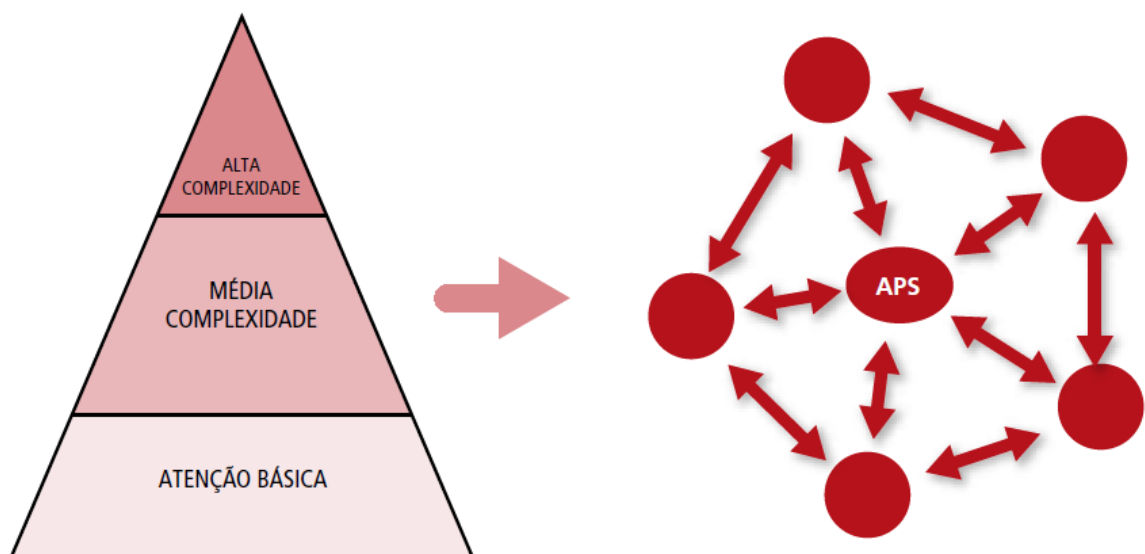
Orientação Comunitária: decorre do reconhecimento das necessidades sociais e sua influência na saúde das pessoas e da importância de lançar mão dos recursos da própria comunidade na produção do cuidado;

competência cultural: envolve a capacidade de considerar as características culturais de uma determinada comunidade na busca de compreender seus modos de viver e assim planejar e oferecer ações de saúde condizentes com essas características.

O PAPEL DA APS NA CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Como já vimos a APS deve formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis de atenção dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS deveria ser aquele nível do sistema de saúde que por meio do exercício de seus atributos oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre as pessoas e não direcionada apenas ao adoecimento.

O que se pretende é transformar o sistema de saúde de um modelo verticalizado para um modelo horizontal de organização. A ilustração abaixo representa bem essa ideia:



Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham um papel fundamental neste desenho configurando-se como: **ordenadora da rede, coordenadora do cuidado e centro de comunicação.**

Ordenadora da Rede

Sua prática fundamentada em necessidades de saúde e com base no território orienta a conformação dos serviços necessários em toda a rede. O que significa que a partir do diagnóstico da APS pode-se ter melhor parâmetro sobre quais e quantos serviços de atenção especializada são necessários para atender determinada população.

Coordenadora do Cuidado

Responsável pelo trânsito resolutivo do usuário na Rede em busca da integralidade através de dispositivos de gestão do cuidado. É a mesma ideia do atributo de coordenação já discutido anteriormente.

Centro de Comunicação

Promove comunicação entre serviços para efetivação de fluxos pertinentes tanto de pessoas quanto de informações dentro da Rede, atua desta forma como um importante componente no processo de regulação.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o “acesso universal aos serviços” e a “atenção integral e integrada ao longo do tempo”. O número de estudos evidenciando o impacto positivo da APS sobre os sistemas de

saúde aumentou muito a partir da década de 1990. A literatura científica apresenta evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência.

Segundo **Eugênio Vilaça Mendes**, um dos maiores estudiosos deste assunto no Brasil, há estudos internacionais que demonstram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS são mais equitativos e eficientes, quando comparados a sistemas com fraca orientação na APS.

Na ilustração abaixo podemos observar como os serviços de APS devem se posicionar de maneira estratégica para articular intersetorialmente os recursos necessários para prestar uma atenção integral a saúde da população que lhe é adscrita:



O sistema de saúde baseado na APS aqui defendido é conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a **cobertura** e o **acesso universal** ao sistema de saúde. Este deve prestar **atenção integral** e apropriada **ao longo do tempo**, enfatizar a **prevenção e a promoção** sem negligenciar as ações de recuperação da saúde quando o adoecimento já estiver instalado. Assim, as necessidades de saúde de sua população devem ser a base para o planejamento de suas ações.

Em outras palavras a APS deve ser encarada como pilar do sistema de atenção à saúde, pois deve configurar o primeiro e principal contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, com serviços mais próximos e significando o primeiro e estratégico elemento de um processo contínuo de atenção. Com já foi dito de maneira mais enxuta, reitero que esse papel da APS só será devidamente exercido se adotar um conjunto de ações de saúde, no **âmbito individual** e **coletivo**, que inclua a **promoção** e a **proteção da saúde**, a **prevenção de agravos**, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação** e **manutenção da saúde**.

É preciso haver a superação de uma atenção primária seletiva e desta como apenas um nível de atenção, consolidando a Estratégia Saúde da Família como a estratégia estruturante e de organização do SUS. A APS deve ser compreendida como parte relevante do todo, atuando como centro de comunicação das RAS e coordenadora do cuidado ao articular as demais tecnologias, ações e serviços de saúde, objetivando compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e humanizados.

É imprescindível pontuarmos que APS tem por vocação organizar-se a partir das necessidades da população adscrita e proporcionar a inclusão plena do sujeito usuário no compartilhamento de responsabilidades

quanto ao seu cuidado e de sua família. Assim, o estímulo ao protagonismo dos usuários e a personalização da atenção à saúde também podem favorecer o ordenamento do sistema e os resultados produzidos.

É preciso também compreender que para o alcance desta missão é preciso realizar um incremento tecnológico na APS por meio da instalação em unidades adequadas, com capacidade de apoio diagnóstico, implantação de diretrizes clínicas, e do fomento às condições adequadas para que os procedimentos propostos sejam operacionalizados. É essencial também que as equipes organizem seus processos de trabalho, de modo que a atenção passe a ser multiprofissional, interdisciplinar e integral.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 – estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS

O 2º artigo da Portaria 2.436/2017 apresenta o seguinte conceito de Atenção Básica:

“é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Como comentamos logo no início da aula, esta Portaria revisa a organização da Atenção Básica, trazendo os seguintes princípios e diretrizes:

Princípios: Universalidade; Equidade; Integralidade.

Diretrizes: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade.

Para entendimento de cada item, apresento as definições e explicações a cerca de cada um, conforme apresentado na Portaria 2.436/2017.

Princípios:

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.-

Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das

doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade

Diretrizes:

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- **Territorialização e Adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

- **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e

responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- **Resolutividade:** reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

- **Longitudinalidade do cuidado:** pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do

desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

- **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

- **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

- **Participação da comunidade:** estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Perceba como essas características do processo de trabalho na Atenção Básica dialogam com todo o arcabouço legal e os princípios e diretrizes do SUS. É possível associar facilmente essas características com

a missão do SUS de prover acesso universal e uma atenção à saúde resolutiva à todas as pessoas. Faz uma conexão importante também com o que está preconizado para a Atenção Básica no decreto 7.508, que destaca o papel da APS no ordenamento das Redes de Atenção à Saúde.

Se você tem algum grau de familiaridade com a Estratégia Saúde da Família deve ter achado que as atribuições listadas acima são exclusivas deste tipo de serviço, mas como eu referi anteriormente estas são diretrizes comuns a todo e qualquer serviço de Atenção Básica, inclusive os que comumente chamamos de tradicional, inclusive a territorialização e adscrição de clientela.

Competências dos profissionais:

Ainda segundo a PNAB, para cumprir tal missão é necessário que **todo o conjunto de profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica sejam imbuídos de determinadas atribuições** e desenvolvam as seguintes competências:

- ❖ participar do processo de **territorialização e mapeamento da área** de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- ❖ manter atualizado o **cadastro das famílias e dos indivíduos** no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e **utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde** considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- ❖ **realizar o cuidado da saúde** da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- ❖ promover a **integralidade** por meio da realização de ações de **promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos**; da realização das **ações programáticas**, coletivas e de **vigilância à saúde**;
- ❖ participar do **acolhimento** dos usuários que procuram a unidade por **demanda espontânea** realizando a **escuta qualificada** das necessidades de saúde, procedendo a **primeira avaliação** (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e **identificação das necessidades de intervenções** de cuidado, proporcionando **atendimento humanizado**, se responsabilizando pela continuidade da atenção dentro ou fora da unidade de saúde;
- ❖ realizar **busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória** e de outros agravos e situações de importância local;
- ❖ praticar **cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais** que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- ❖ realizar **reuniões de equipes** a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe;
- ❖ garantir a qualidade do **registro das atividades nos sistemas de informação** na Atenção Básica;

- ❖ realizar ações de **educação em saúde a população adscrita**;
- ❖ participar das atividades de **educação permanente** para aprimoramento das competências da equipe e (re)organização de seus processos;
- ❖ promover a **mobilização e a participação da comunidade**, buscando efetivar o **controle social**;
- ❖ identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar **ações intersetoriais**;

A listagem acima não é literalmente a reprodução de tudo que consta no documento oficial da política, selecionei as atribuições que considero mais importantes e evitei aquelas que penso serem redundantes. A PNAB destaca ainda que outras atribuições específicas poderão constar na normatização de cada município, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão. Notem o quanto a equipe inteira precisa ser responsável pelo cuidado das pessoas, contrapondo-se desta forma ao modelo hegemônico médico-centrado.

Principais mudanças apresentadas nesta Portaria:

1. **financiamento** federal de equipes de Atenção Básica (eAB), assim como era feito apenas com as equipes de Saúde da Família (eSF).
2. **integração com as vigilâncias**: a Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção

clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, incorporando o Agente de Controle de Endemias como parte da equipe de Saúde da Família e tendo ações integradas com o Agente Comunitário de Saúde(ACS).

3. estabelecimento de **prazo de implantação** das equipes: Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s).
4. cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (**NASF-AB**): suporte às equipes de Saúde da Família e, agora, também às equipes da Atenção Básica.
5. redução do **teto populacional**: população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
6. criação do **gerente** de Unidade Básica de Saúde (UBS): o gerente deve ser um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Pede-se que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica,

PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017 Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Neste item da aula, apresentamos a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, que passa a ser regida pela PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. Esta Portaria foi elaborada devido a necessidade de redefinir normas e diretrizes e visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Em vários pontos, vemos semelhanças com as políticas nacionais.

A Portaria nº 77/2017 traz que toda a Atenção Primária do Distrito Federal passa a ser **fundamentada na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, seguindo toda a estruturação desde modelo de Atenção à Saúde. A Portaria completa está disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf.

Recomendo que faça a leitura na íntegra da Portaria a partir da página 4.

Apresento desde já alguns pressupostos reafirmados por esta portaria: A APS deve ser contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem. Ou seja, a UBS deve ser **principal porta de entrada e ordenadora** da Rede de Atenção à Saúde.

Traz ainda que a ESF deve seguir um modelo da APS baseado em **equipes multiprofissionais**, de composição mínima pré-estabelecida e são responsáveis por uma **população definida**, localizada em uma **área geográfica delimitada**, proporcionando **atenção integral** com **fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade**.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Além dos princípios e diretrizes da APS, que já estudamos nesta aula, na ESF somam-se as seguintes **diretrizes**:

I - **Acolhimento**: ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;

II - **Classificação de Risco**: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade;

III - **Resolutividade**: as equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da Atenção Primária, buscando capacitar-se continuamente e buscar instrumentos para exercer as competências indispensáveis para atender sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário;

IV - **Territorialização**: metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde;

V - **Adscrição da clientela**: cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade

ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão;

VI - **Garantia de acesso:** a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;

VII - **Ordenação da rede de saúde:** as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ou do cuidado e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Quanto a organização administrativa das equipes, o art.6º apresenta as modalidades de serviço na Atenção Primária do DF, descritos a seguir.

I - **Equipe de Saúde da Família (eSF):** equipe de saúde responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade (40 horas), um enfermeiro (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem (no mínimo um profissional de 40 horas) e até seis agentes comunitários de saúde;

II - **Equipe de Saúde Bucal (eSB):** equipe de saúde responsável por um território equivalente no máximo ao de duas equipes de saúde da família, composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas);

III - **Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural):** equipe de saúde da família responsável pelo atendimento integral à população do campo e da floresta de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; IV - Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel;

V - **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** equipe de saúde multiprofissional com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade e abrangência, por meio de

matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos;

VI - **Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar:** modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações prestadas em domicílio, por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde;

VII - **Equipe de Saúde do Sistema Prisional:** equipe de saúde que atua em unidade de saúde do sistema prisional do Distrito Federal;

VIII - **Equipe do Sistema Socioeducativo:** equipe de saúde que atua em unidades socioeducativas de internação, em parceria com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude; Nº 33, quarta-feira, 15 de fevereiro de 2017 Diário Oficial do Distrito Federal PÁGINA 5.

IX - **Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS):** equipe multiprofissional que atua na promoção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) nos diferentes níveis do sistema de saúde, prioritariamente na Atenção Primária, vinculada aos NASF ou Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência na sua área de abrangência;

X - **Equipe do Programa Academia da Saúde:** equipe multiprofissional voltada para as atividades de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde no SUS, vinculadas ao NASF ou UBS de referência na sua área de abrangência.

Classificação e horário de funcionamento

Todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), podendo ser classificada como tipo 1 ou tipo 2:

Unidade Básica de Saúde tipo 1 (UBS 1): são unidades com uma a três equipes de Saúde da Família, funcionarão das 7 (sete) às 17 (dezesete) horas, de segunda a sexta-feira.

Unidade Básica de Saúde tipo 2 (UBS 2): unidades com mais de três equipes de Saúde da Família, funcionarão das 7 (sete) às 19 (dezenove) horas, de segunda a sexta-feira, e sábados, de 7 (sete) horas às 12 (doze), exceto nos feriados.

Quanto a horário de funcionamento, as UBS poderão ter seu horário de funcionamento **ampliado até às 22** (vinte e duas) horas, de acordo com a necessidade do serviço, desde que autorizado, por escrito, pelo Superintendente da Região de Saúde ou cargo equivalente.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Territorialização

A territorialização deverá ser realizada por todas as Unidades Básicas de Saúde, supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, com anuência da Superintendência da Região de Saúde.

A partir da definição da área de abrangência da UBS e de cada equipe, deverá ser realizado o **diagnóstico da situação de saúde da população**, identificando as fragilidades e potencialidades locais, objetivando um planejamento condizente com as necessidades da população. Os **usuários** são cadastrados na UBS de referência, **conforme sua área de residência**.

É importante que as **informações** referentes ao território estejam sempre **atualizadas** e ser do conhecimento de todos os profissionais e estar disponível aos usuários.

Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

A Portaria 77/2017 também apresenta artigos sobre o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, informando que o monitoramento deve ser feito a partir da análise de produção das equipes e dos indicadores, sob responsabilidade do Gerente de Serviços da Atenção Primária (GSAP) e sendo de responsabilidade de cada profissional o registro de sua produção. Define que é função das equipes da Atenção Primária a atualização de informações para construção dos indicadores, alimentando o sistema de informação em tempo real, que deve abranger, no mínimo, os indicadores destacados a seguir:

- I - Número de pessoas cadastradas no território;
- II - Percentual da carteira de serviços da APS aprovada pela SES oferecido pela equipe;
- III - Número de vagas para atendimento médico individual e número de vagas para atendimento odontológico individual na unidade, oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;
- IV - Número de vagas para atendimento de enfermagem individual na unidade oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;
- V - Número médio de consultas médicas e número médio de consultas odontológicas, realizadas por dia nos últimos 30 dias;
- VI - Número médio de consultas de enfermagem realizadas por dia nos últimos 30 dias;
- VII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas de pacientes atendidos mediante demanda espontânea nos últimos 30 dias;
- VIII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas para pacientes pertencentes ao próprio território nos últimos 30 dias;
- IX - Razão entre encaminhamentos e consultas médicas realizadas nos últimos 30 dias;
- X - Razão entre famílias visitadas e famílias cadastradas, nos últimos 30 dias;
- XI - Percentual de primeiras consultas de pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação nos últimos 30 dias;
- XII - Percentual de mulheres de 25 a 59 anos com ao menos uma coleta de exame colpocitológico nos últimos dois anos;
- XIII - Percentual de mulheres com mais de 50 anos com ao menos uma mamografia realizada nos últimos dois anos;
- XIV - Percentual de hipertensos cadastrados que tiveram sua pressão arterial aferida nos últimos seis meses;

- XV - Percentual de diabéticos cadastrados que tiveram pelo menos um exame de hemoglobina glicada realizado nos últimos seis meses;
- XVI - Percentual de crianças de até cinco anos que tiveram seu cartão de vacinação verificado pelo menos uma vez no último ano;
- XVII - Percentual de crianças de até seis meses que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 30 dias;
- XVIII - Percentual de crianças de seis meses a um ano que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses;
- XIX - Percentual de crianças de 1 a 2 anos que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos seis meses;
- XX - Percentual de crianças de 2 a 5 anos que tiveram pelo menos uma consulta no último ano;
- XXI - Percentual de absenteísmo de pacientes nas consultas ou procedimentos agendados;
- XXII - Percentual de absenteísmo das horas disponíveis da equipe, organizado por categoria profissional.

Por meio do processo de avaliação destes indicadores, pode-se identificar a necessidade de mudanças de conduta para atingir os resultados esperados e também subsidiar o planejamento e a tomada de decisão para novas ações em saúde.

Acesso

Na seção “Do Acesso”, traz que as unidades devem organizar o serviço de modo a **otimizar os processos de trabalho** no intuito de **ampliar o acesso do usuário aos serviços** prestados, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da estrutura da SES. É de responsabilidade do GSAP manter visível, próximo à entrada da unidade, informações sobre a unidade, tais como identificação da unidade e horário

de atendimento, mapa de abrangência da unidade, identificação do gerente da GSAP e dos componentes da equipe, carteira de serviços e escalas de atendimento e telefone da ouvidoria. E também monitorar a satisfação dos seus usuários por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

Acolhimento e Classificação de Risco

Sobre Acolhimento e Classificação de Risco, o Art.28 destaca que a classificação de risco deverá ser realizada, preferencialmente, pelo **enfermeiro** e, na ausência desse, por outro profissional de nível superior. Os enfermeiros devem ser capacitados para a classificação de risco seguindo métodos e protocolos da SES.

No Art.29, é apontado que os casos de **urgências ou emergências** médicas e odontológicas deverão ter seu **primeiro atendimento garantido na UBS**, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, cabendo à UBS o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde a fim de prover atendimento adequado à situação, caso necessário.

Organização do Cronograma e da Agenda de Trabalho

A **organização do cronograma de trabalho e** distribuição de **agendas** de atendimentos deverão ser feitas pela equipe, com anuência e supervisão da Gerência, considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção integral, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente.

Todos os **agendamentos serão feitos com horário marcado**, vedado agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de

horários para atendimento a demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de **50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea.**

As **agendas** deverão contemplar atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde.

Deverão ser planejados espaços no cronograma semanal para **reuniões de equipe**, com duração máxima de duas horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe,

Outros serviços

Todas as UBS deverão oferecer **vacinação**, coleta de **exames** laboratoriais, fornecer **medicamentos e insumos** padronizados, viabilizar o acesso a outros níveis de atenção da rede quando necessário (**especialidades**), disponibilidade de **transporte** administrativo e de urgência/emergência (SAMU), ter organizadas ações de **Educação Permanente** para profissionais e equipes e realizar **Vigilância em Saúde** do seu território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

Organização Pan-Americana de Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília:2011. 11p. il. (NAVEGADORSUS).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria De Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Disponível em: https://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.html

**QUESTÕES****1) FUNDEP – 2014**

Sobre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, é CORRETO afirmar que:

- a) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.
- b) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual.
- c) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito coletivo.
- d) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito familiar.

2) UPENET/IAUPE – 2010

Segundo Bárbara Starfield (2002), é VERDADEIRO afirmar que a Atenção Primária

- a) organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados.
- b) comparada à atenção secundária, é mais hierárquica em sua organização.
- c) fornece atenção principalmente para as condições incomuns e raras.
- d) fornece atenção direcionada para a enfermidade.
- e) é considerada um conjunto de tarefas e atividades clínicas exclusivas.

3) AOCP – 2015

São atributos relacionados à Atenção Primária em Saúde no Brasil, EXCETO

- a) primeiro contato.
- b) descentralização de serviços especializados.

- c) longitudinalidade do cuidado.
- d) orientação para comunidade.
- e) foco na família.

4) IF/PB – 2014

Faça a associação entre os atributos específicos da Atenção Primária em Saúde (APS) e seus respectivos significados:

- 1 – Primeiro contato
- 2 – Continuidade
- 3 – Integralidade
- 4 – Coordenação

() Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema que fazem com que as pessoas busquem atenção à saúde.

() Significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer, nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

() Corresponde aos arranjos que devem ser feitos pelas Unidades de Atenção Primária para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com suas necessidades, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isso inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

() Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.

A associação CORRETA é:

- a) 1, 3, 2, 4.
- b) 4, 2, 1, 3.

- c) 1, 2, 4, 3.
- d) 2, 4, 3, 1.
- e) 1, 4, 3, 2.

5) CEPERJ – Viva Comunidade/Viva Rio – 2014

O conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, caracteriza a:

- a) clínica ampliada
- b) atenção básica à saúde
- c) rede sentinela
- d) humanização da saúde
- e) saúde da família

6) ASPERHS – 2010

Referente à Atenção Primária à Saúde (APS) é INCORRETO afirmar:

- a) A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.
- b) Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo.
- c) A Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples, nunca complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos.
- d) Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos, nos espaços comunitários, observa-se grande variedade de necessidades

em saúde, forte componente a ser dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas, quanto com seus problemas.

e) A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente entendermos o que é a APS, devemos conhecer os elementos que a constituem.

7) IF/PA – 2015

No que diz respeito à Atenção Primária da Saúde (APS), cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar a organização dos serviços, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes abaixo relacionadas.

Indique a alternativa incorreta.

- a) Territorialização com adscrição de clientela;
- b) A organização do trabalho será baseada apenas pela diagnose realizada pelo profissional médico;
- c) Acolhimento do usuário com garantia de atendimento a saúde de caráter individual e coletivo;
- d) Organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença;
- e) Considerar a APS no fluxo da atenção à saúde do usuário a principal porta de entrada no sistema de saúde;

8) VUNESP – 2016

Em seus fundamentos, a atenção básica à saúde no Brasil

- a) não adota a territorialização, porque tem como objetivo descentralizar e disseminar, no máximo possível, as ações setoriais e intersetoriais que venham em benefício da população em geral.

b) prevê a adscrição dos usuários, isto é, um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

c) estabelece um sistema de saúde com porta de entrada específica, de qualidade resolutiva e acesso universal e, para esses fins, equipado com tecnologia de alta complexidade e equipes médicas especializadas.

d) determina que as ações programáticas não cabem às unidades básicas, cuja função primordial é o atendimento da demanda espontânea.

e) prevê, para as unidades básicas, equipes homogêneas, de mesma formação profissional, como forma de garantir um processo de trabalho centrado nos procedimentos.

9) VUNESP – 2016

Assinale a alternativa que se relaciona, corretamente, com a organização da atenção básica no SUS.

a) As unidades básicas de saúde devem trabalhar sem uma definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, para cumprir com o preceito da acessibilidade universal.

b) A atenção básica compreende um conjunto de ações, de caráter estritamente individuais, proporcionando o atendimento e a rápida resolução das necessidades pessoais dos que a procuram, contribuindo para aliviar as filas de espera.

c) A unidade básica de saúde é uma porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, contudo deve acolher os usuários sem estimular sua vinculação à equipe de profissionais, particularmente de especialidades médicas, para não comprometer o volume de atendimentos.

d) A Estratégia de Saúde da Família deve atuar de forma autônoma e complementar à unidade básica de saúde, com foco em ações curativas em nível domiciliar, com especial atenção para o tratamento e o seguimento dos casos crônicos prevalentes nas comunidades.

e) A atenção básica tem como um de seus fundamentos, integrar as ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidados e de gestão necessárias a esses fins.

10) IBFC – 2015

Sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), seus fundamentos e diretrizes, analise as sentenças abaixo, classificando-as como V (verdadeira) ou F (falsa). A seguir, assinale a alternativa, que contém a sequência correta, de cima para baixo:

- () Ter território adstrito sobre o mesmo é uma das diretrizes da PNAB.
- () Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, é uma das diretrizes na PNAB.
- () A PNAB não considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

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

11) SMS/CE – 2008

“Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande inequidade social” – Bárbara Starfield.

Em relação à atenção primária à saúde (APS) e suas características, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) O primeiro contato (porta de entrada) significa a longitudinalidade do cuidado
- (B) A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, isso exige a adscrição da população às equipes de saúde
- (C) A coordenação é um componente fundamental da APS, pois, sem a coordenação, a continuidade do cuidado perderia seu potencial
- (D) A integralidade implica que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de atender todos os tipos de necessidades de saúde, incluindo o encaminhamento para os níveis secundário e terciário.

12) GERCON – 2016

Sobre a Atenção Básica no SUS, analise as proposições abaixo e marque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

I) A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

II) As ações de saúde da Atenção Básica abrangem exclusivamente o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos usuários.

III) A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir um cuidado integral.

A alternativa correta é:

- (A) V V V.
(B) V V F.
(C) V F V.
(D) F V V.
(E) F F V.

13) AOCP – 2018

Sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser a porta de entrada obrigatória ou preferencial do sistema de saúde.
- (B) É o primeiro nível do sistema de saúde porque lida com os casos mais simples.
- (C) A função de filtro do sistema (gatekeeper) diminui os custos, mas não melhora os indicadores de saúde.
- (D) A proporção de médicos generalistas e especialistas em um sistema de saúde não tem relação com a morbimortalidade.
- (E) Deve centrar-se na promoção de saúde e não nas doenças.

14) SES/SC – 2008 (adaptada)

Assinale a alternativa correta em relação à atenção primária ou básica à saúde, preconizada pelo SUS:

- (A) É o conjunto de ações produzidas por profissionais não-médicos junto às comunidades
- (B) É a preocupação com o atendimento da demanda espontânea da comunidade
- (C) Corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde do modelo assistencial e é o primeiro contato do sistema de saúde com as necessidades da população
- (D) É o nível de atenção que realiza exclusivamente ações de promoção e prevenção primária em saúde, encaminhando os demais casos para outros serviços e níveis de atenção.
- (E) É o conjunto de serviços dirigidos para populações.

15) FCC – 2017

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica tem como estratégia prioritária para sua organização

- (A) a Saúde da Família.
- (B) a Saúde do Idoso portador de doença crônica.
- (C) os Procedimentos de média complexidade.
- (D) o Programa Nacional de Vacinação de crianças.
- (E) a Saúde Mental.

16) IBFC – 2016

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. Esse é o objetivo geral do Ministério da Saúde quanto às estratégias em saúde que ele adota a algumas décadas. Abaixo são também listados objetivos específicos. Dos apresentados, sabemos que um não é verdadeiro. Podemos afirmar que esse objetivo específico é:

- (A) Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita. Também intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta
- (B) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Também fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- (C) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

(D) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

(E) Contribuir para a democratização do conhecimento sócio-cultural e da organização da produção social da saúde

17) LEGATUS – 2016 (adaptada)

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. A Atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

(A) Ser porta de entrada; ser consultiva; priorizar a atenção domiciliar.

(B) Ser funcional; assumir a reponsabilidade da alta complexidade; ter um coordenador.

(C) Ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado: ordenar as redes.

(D) Ser porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços.

(E) Ser deliberativa; ser caminho para a média complexidade; interferir na atenção prestada.

18) Autoria própria

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são:

(A) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de altas densidades tecnológicas que buscam garantir a prioridade do cuidado hospitalar.

- (B) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- (C) arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos;
- (D) Formas de gestão dos serviços de saúde, com hierarquia de poder, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o cuidado.
- (E) Formas de gestão de ações curativas, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam o cuidado.

19) NUCEPE – 2017 (adaptada)

De acordo com a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes, EXCETO,

- (A) ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação de saúde;
- (B) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção;
- (C) adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, sem garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- (D) coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe;

(E) estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

20) UERN – 2017

A Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. Em relação à PNAB, assinale a alternativa correta.

(A) Recomenda-se uma população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 1.500 a 5.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica;

(B) Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE);

(C) Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF, excetuando-se o profissional médico que pode optar por carga horária de 20 (vinte) horas semanais. Dessa forma, com exceção dos médicos, os demais profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente

(D) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf-AB) se constituem em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), não podendo serem vinculadas às equipes de Atenção Básica (eAB).

(E) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

21) ESP/CE – 2018

Com base na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída na Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, compõem a equipe, mínima, de Saúde da Família (BRASIL, 2017):

(A) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, dentista.

(B) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem.

(C) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

(D) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista.

22) ESP/CE – 2018

Com base na nova PNAB, instituída na Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sobre esse profissional, é CORRETO afirmar (BRASIL, 2017):

(A) Indica a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.

- (B) Um profissional integrante das equipes, vinculadas à UBS.
- (C) Participa e orienta o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes.
- (D) Supervisiona o agente comunitário de saúde e agente comunitário de endemias.

23) UPE – 2018

Em 21 de setembro de 2017, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante a Portaria n. 2.436. A versão anterior da PNAB estabelecia “A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde”. Quantos agentes comunitários de saúde para uma equipe estabelece a versão vigente?

- (A) 4
- (B) 3
- (C) 2
- (D) 1
- (E) Não estabelece quantidade numérica

24) UPE – 2018

Sobre a Portaria n. 2.436/2017, que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é possível a contratação, em categoria profissional, para compor a equipe com, no mínimo, quantas horas semanais?

- (A) 5
- (B) 10
- (C) 15
- (D) 20
- (E) 30



Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	A	13	E
2	A	14	C
3	B	15	A
4	E	16	E
5	B	17	D
6	C	18	C
7	B	19	C
8	B	20	E
9	E	21	B
10	C	22	C
11	A	23	E
12	C	24	B

QUESTÕES COMENTADAS

1) FUNDEP – 2014

Sobre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, é CORRETO afirmar que:

- a) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.
- b) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual.
- c) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito coletivo.
- d) A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito familiar.

Comentário

Começamos com uma questão que explora um princípio bem simples. Mas antes de mencioná-lo preciso dizer que veremos no tópico da Política Nacional de Atenção Básica que os termos Atenção Primária e Atenção Básica tem sido tratados no Brasil como sinônimos. Como vimos no início deste tópico desde sua concepção a APS era entendida como um nível de atenção que deve desenvolver ações em âmbito individual e coletivo, e por coletivo podemos entender tanto as composições familiares quanto comunidades inteiras. Portanto a resposta correta está na letra A.

2) UPENET/IAUPE – 2010

Segundo Bárbara Starfield (2002), é VERDADEIRO afirmar que a Atenção Primária

- a) organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados.

- b) comparada à atenção secundária, é mais hierárquica em sua organização.
- c) fornece atenção principalmente para as condições incomuns e raras.
- d) fornece atenção direcionada para a enfermidade.
- e) é considerada um conjunto de tarefas e atividades clínicas exclusivas.

Comentário

Esta é uma questão relativamente fácil, pois suas alternativas possuem erros de fácil identificação. A APS não é hierárquica, não lida primordialmente com doenças incomuns, não deve estar foca apenas nos processos de adoecimentos e, portanto, preza por outras atividades que não só as clínicas. Na letra A vemos uma definição importante do tipo de APS que se preconiza, como ordenadora da Rede que além de mais resolutiva se propõe a torná-la melhor custo-efetiva.

3) AOCP – 2015

São atributos relacionados à Atenção Primária em Saúde no Brasil, EXCETO

- a) primeiro contato.
- b) descentralização de serviços especializados.
- c) longitudinalidade do cuidado.
- d) orientação para comunidade.
- e) foco na família.

Comentário

Inicio este bloco com uma questão mais fácil. Não seria necessário se quer lembrar os atributos da APS para responder esta, basta ver qual é a alternativa destoante que se refere a serviços especializados, e que portanto nada tem a ver com atributos da APS. Cabe dizer porém que os serviços de APS precisam sim ser descentralizados ou capilarizados para

estarem mais próximos de onde as pessoas vivem, proporcionando assim maior acessibilidade e possibilidade destes serviços desenvolverem os atributos da APS, sobretudo os derivados. Talvez tenha sido nessa lógica que eles imaginaram que poderia confundir um candidato desatento. A resposta é letra B.

4) IF/PB – 2014

Faça a associação entre os atributos específicos da Atenção Primária em Saúde (APS) e seus respectivos significados:

- 1 – Primeiro contato
- 2 – Continuidade
- 3 – Integralidade
- 4 – Coordenação

() Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema que fazem com que as pessoas busquem atenção à saúde.

() Significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer, nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

() Corresponde aos arranjos que devem ser feitos pelas Unidades de Atenção Primária para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com suas necessidades, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isso inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

() Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.

A associação CORRETA é:

- a) 1, 3, 2, 4.
- b) 4, 2, 1, 3.
- c) 1, 2, 4, 3.
- d) 2, 4, 3, 1.
- e) 1, 4, 3, 2.

Comentário

Esta questão é ótima porque trata de vários atributos numa única tacada e utiliza o caráter complementar e indissociável destes atributos para tentar confundir-lo. Antes de pensarmos em cada descrição é importante que você reconheça que nesta questão a banca utilizar uma nomenclatura ligeiramente distinta do referencial, ela resolveu chamar a longitudinalidade de continuidade e removeu o termo acesso deixando apenas primeiro contato.

A dica que eu te dou é começar pelos itens que geram menos dúvida. A primeira descrição certamente se refere ao que também chamamos de função de porta de entrada preferencial do sistema. E a última traz palavras chaves inconfundíveis - fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo - essa característica é da longitudinalidade, ou continuidade como a banca preferiu chamar. Com isso você já acertaria pois só uma alternativa começa com 1 e termina com 2.

Porém, vamos aproveitar a oportunidade e distinguir os outros 2 atributos que são realmente os que mais se confundem entre si. O cuidado integral é o que se almeja alcançar ao exercer a função de coordenação, que é auxiliar o usuário a se movimentar dentro da Rede em outros serviços. Os descritivos desta questão confundem muito porque usam muitas palavras e ideias iguais, e ainda jogam o termo "continuidade" no meio para tentar dificultar. De toda forma, a sequência nessa questão é a coordenação e depois a integralidade. Portanto letra E. Talvez coubesse recurso nessa questão.

5) CEPERJ – Viva Comunidade/Viva Rio – 2014

O conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, caracteriza a:

- a) clínica ampliada
- b) atenção básica à saúde
- c) rede sentinela
- d) humanização da saúde
- e) saúde da família

Comentário

Ao estar estudando uma determinada aula algumas questões se tornam quase banais, ocorre que diante de uma prova você estará em contato com questões de diferentes conteúdos. Por isso é importante que saiba como podem aparecer as questões em diferentes tipos de provas de modo a estar apto a responder as questões mais fáceis de modo rápido e seguro. Por trás desta questão há até algo de interessante que é a distinção entre políticas, estratégias e programas. Porém o que mais nos interessa nesse momento é que você saiba que estas ações são preconizadas para toda a atenção básica e não apenas na estratégia saúde da família. Letra B.

6) ASPERHS – 2010

Referente à Atenção Primária à Saúde (APS) é INCORRETO afirmar:

- a) A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.
- b) Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do

cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo.

c) A Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples, nunca complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos.

d) Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos, nos espaços comunitários, observa-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente a ser dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas, quanto com seus problemas.

e) A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente entendermos o que é a APS, devemos conhecer os elementos que a constituem.

Comentário

Essa questão é relativamente desafiante. Em meio a uma série de afirmações corretas encontramos um detalhe entre parênteses que transmite uma ideia muito difundida no senso comum, e que eu espero que tenha sido superada por você depois de estudar o que já vimos até aqui. É a ideia de que a Atenção Primária não lida com problemas complexos. Para coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde a APS precisa ser resolutiva, buscando responder de 80 à 90% de todas as situações de saúde que se apresentam à ela. É por isso que atualmente utilizamos a nomenclatura “níveis de atenção” (primário, secundário, terciário e quaternário) para distinguir o nível de adensamento tecnológico de um serviço. E com isso temos evitado utilizar o termo “níveis de complexidade”. Por isso a resposta está na alternativa C.

7) IF/PA – 2015

No que diz respeito à Atenção Primária da Saúde (APS), cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar a organização dos serviços, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes abaixo relacionadas.

Indique a alternativa incorreta.

- a) Territorialização com adscrição de clientela;
- b) A organização do trabalho será baseada apenas pela diagnose realizada pelo profissional médico;
- c) Acolhimento do usuário com garantia de atendimento a saúde de caráter individual e coletivo;
- d) Organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença;
- e) Considerar a APS no fluxo da atenção à saúde do usuário a principal porta de entrada no sistema de saúde;

Comentário

Perceba que quanto ao tema APS, a despeito da variedade de provas de onde obtive as questões, elas tendem muito a questionar a alternativa incorreta, fique atento. Esta questão é interessante de vir na sequência das anteriores pois enfatiza que os princípios descritos são norteadores para qualquer serviço de Atenção Básica e não para a ESF. A banca destacou elementos importantes sobre as diretrizes da atenção básica, porém contaminou com a uma ideia expressa na letra B. A organização do trabalho das equipes de atenção básica não pode ser baseado apenas pela lógica do trabalho médico.

8) VUNESP – 2016

Em seus fundamentos, a atenção básica à saúde no Brasil

a) não adota a territorialização, porque tem como objetivo descentralizar e disseminar, no máximo possível, as ações setoriais e intersetoriais que venham em benefício da população em geral.

b) prevê a adscrição dos usuários, isto é, um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

c) estabelece um sistema de saúde com porta de entrada específica, de qualidade resolutiva e acesso universal e, para esses fins, equipado com tecnologia de alta complexidade e equipes médicas especializadas.

d) determina que as ações programáticas não cabem às unidades básicas, cuja função primordial é o atendimento da demanda espontânea.

e) prevê, para as unidades básicas, equipes homogêneas, de mesma formação profissional, como forma de garantir um processo de trabalho centrado nos procedimentos.

Comentário

Essa questão traz a perspectiva de prova de um órgão de controle. Há nesta questão uma série de contrariedades a princípios explícitos da PNAB: (a) territorialização, (c) cuidado generalista, (d) atenção às condições crônicas e agudas e (e) trabalho multiprofissional. Assim restamos a alternativa B que faz uma descrição perfeita sobre o processo de adscrição de clientela.

9) VUNESP – 2016

Assinale a alternativa que se relaciona, corretamente, com a organização da atenção básica no SUS.

a) As unidades básicas de saúde devem trabalhar sem uma definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, para cumprir com o preceito da acessibilidade universal.

b) A atenção básica compreende um conjunto de ações, de caráter estritamente individuais, proporcionando o atendimento e a rápida resolução das necessidades pessoais dos que a procuram, contribuindo para aliviar as filas de espera.

c) A unidade básica de saúde é uma porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, contudo deve acolher os usuários sem estimular sua vinculação à equipe de profissionais, particularmente de especialidades médicas, para não comprometer o volume de atendimentos.

d) A Estratégia de Saúde da Família deve atuar de forma autônoma e complementar à unidade básica de saúde, com foco em ações curativas em nível domiciliar, com especial atenção para o tratamento e o seguimento dos casos crônicos prevalentes nas comunidades.

e) A atenção básica tem como um de seus fundamentos, integrar as ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidados e de gestão necessárias a esses fins.

Comentário

Mais na mesma lógica. Nesta a banca tensiona desvalorizando o processo de territorialização, os atributos de orientação familiar e comunitária e a importância da produção de vínculo. Então na letra D tenta dissociar a unidade de saúde do trabalho da equipe da ESF, como se a mesma fosse itinerante, e não é, as equipes precisam estar sediadas

em uma Unidade Básica de Saúde. Assim nossa resposta é a letra E, porque elenca todas as frentes em que equipes de Atenção Básica tem que atuar e ainda ressalta que estas equipes tem de acompanhar e cuidar tanto de condições crônicas (ações programáticas) quanto de agudizações (demanda espontânea).

10) IBFC – 2015

Sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), seus fundamentos e diretrizes, analise as sentenças abaixo, classificando-as como V (verdadeira) ou F (falsa). A seguir, assinale a alternativa, que contém a sequência correta, de cima para baixo:

- () Ter território adstrito sobre o mesmo é uma das diretrizes da PNAB.
 - () Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, é uma das diretrizes na PNAB.
 - () A PNAB não considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.
- a) V, V, V
 - b) F, V, F.
 - c) V, V, F.
 - d) V, F, V

Comentário

Este é um tipo de questão que exige mais atenção pois na verdade você tem que julgar as 3 afirmativas corretamente para poder acertar, portanto são 3 perguntas em 1. Mesmo sendo uma prova anterior a última revisão da PNAB, traz elementos ainda pertinentes. Conforme já discutimos a territorialização e a participação dos usuários são importantes fundamentos da APS/AB. Já a última afirmativa está negando um quesito que foi ressaltado logo no início deste último tópico. Ficamos então com a letra C.

11) SMS/CE – 2008

“Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para população, tem menores custos e é mais eqüitativo - mesmo em contextos de grande inequidade social” – Bárbara Starfield.

Em relação à atenção primária à saúde (APS) e suas características, assinale a alternativa INCORRETA:

- (E) O primeiro contato (porta de entrada) significa a longitudinalidade do cuidado
- (F) A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, isso exige a adscrição da população às equipes de saúde
- (G) A coordenação é um componente fundamental da APS, pois, sem a coordenação, a continuidade do cuidado perderia seu potencial
- (H) A integralidade implica que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de atender todos os tipos de necessidades de saúde, incluindo o encaminhamento para os níveis secundário e terciário.

Comentário

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. E não apenas um primeiro contato. Resposta A.

12) GERCON – 2016

Sobre a Atenção Básica no SUS, analise as proposições abaixo e marque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

I) A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

II) As ações de saúde da Atenção Básica abrangem exclusivamente o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos usuários.

III) A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir um cuidado integral.

A alternativa correta é:

(A) V V V.

(B) V V F.

(C) V F V.

(D) F V V.

(E) F F V.

Comentário

Atenção Básica, seguindo a Portaria 2436/17, deve ser o primeiro ponto de atenção e **porta de entrada preferencial** do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde, atuando como o **centro de comunicação** entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. **Considera as**

peças em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da **promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos** que possam comprometer sua autonomia. Resposta C.

13) AACP – 2018

Sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser a porta de entrada obrigatória ou preferencial do sistema de saúde.
- (B) É o primeiro nível do sistema de saúde porque lida com os casos mais simples.
- (C) A função de filtro do sistema (gatekeeper) diminui os custos, mas não melhora os indicadores de saúde.
- (D) A proporção de médicos generalistas e especialistas em um sistema de saúde não tem relação com a morbimortalidade.
- (E) Deve centrar-se na promoção de saúde e não nas doenças.

Comentário

Assistência e promoção da saúde não são opostas, devem ser ambas trabalhadas no território de cada UBS. Porém, diversos fatores podem ser abordados por meio da promoção de saúde na Atenção Básica de forma a intervir nos múltiplos determinantes e condicionantes focando na melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades.

14) SES/SC – 2008 (adaptada)

Assinale a alternativa correta em relação à atenção primária ou básica à saúde, preconizada pelo SUS:

- (F) É o conjunto de ações produzidas por profissionais não-médicos junto às comunidades

- (G) É a preocupação com o atendimento da demanda espontânea da comunidade
- (H) Corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde do modelo assistencial e é o primeiro contato do sistema de saúde com as necessidades da população
- (I) É o nível de atenção que realiza exclusivamente ações de promoção e prevenção primária em saúde, encaminhando os demais casos para outros serviços e níveis de atenção.
- (J) É o conjunto de serviços dirigidos para populações.

Comentário

A Atenção Básica representa o primeiro contato, a principal porta de entrada da RAS, o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, oferece assistência gratuita e integral a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza pelo trabalho em **equipe multiprofissional**, incluindo o profissional médico, isto considerando-se a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida e que para um atendimento integral é preciso a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhada.

A Atenção Básica deve estar preparada para atender a **demanda espontânea, mas também ter a agenda programada**. É importante que a agenda não seja organizada com períodos dedicados a grupos populacionais específicos, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida, e sim abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo e, portanto, favorecendo o acesso.

A **Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde** individuais, familiares e coletivas que envolvem **promoção, prevenção**, mas também: proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS via encaminhamentos, quando necessário. Resposta C.

15) FCC – 2017

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica tem como estratégia prioritária para sua organização

- (A) a Saúde da Família.
- (B) a Saúde do Idoso portador de doença crônica.
- (C) os Procedimentos de média complexidade.
- (D) o Programa Nacional de Vacinação de crianças.
- (E) a Saúde Mental.

Comentário

O Art. 7º da Portaria 2436/17, apresenta as responsabilidades comuns a todas as esferas do governo, sendo o item II: “apoiar e estimular a adoção **da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária** de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica”.

Comparando-se à Portaria 77/17 do Distrito Federal, esta também apresenta a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal como fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF). Resposta A.

16) IBFC – 2016

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. Esse é o objetivo geral do Ministério da Saúde quanto às estratégias em saúde que ele adota a algumas décadas. Abaixo são também listados objetivos específicos. Dos apresentados, sabemos que um não é verdadeiro. Podemos afirmar que esse objetivo específico é:

(A) Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita. Também intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta

(B) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Também fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

(C) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

(D) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

(E) Contribuir para a democratização do conhecimento sócio-cultural e da organização da produção social da saúde

Comentário

O Ministério da Saúde não propõe ações voltadas para o conhecimento sócio-cultural. O correto seria “contribuir para a democratização do conhecimento **do processo saúde-doença**, da

organização dos serviços e da produção social da saúde”, conforme é apresentado como um objetivo específico da Saúde da Família como modelo de reorientação do modelo assistencial desde versões anteriores da PNAB.

17) LEGATUS – 2016 (adaptada)

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. A Atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

- (A) Ser porta de entrada; ser consultiva; priorizar a atenção domiciliar.
- (B) Ser funcional; assumir a reponsabilidade da alta complexidade; ter um coordenador.
- (C) Ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado: ordenar as redes.
- (D) Ser porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços.
- (E) Ser deliberativa; ser caminho para a média complexidade; interferir na atenção prestada.

Comentário

A Portaria 2436/17 reforça a Atenção Básica como **primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema**, que deve **ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas**, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Assim, atua como **centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção**, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com

objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Além disso, a Atenção Básica deve ser capaz de **resolver a grande maioria dos problemas** de saúde da população, e quando não for possível resolver dentro da UBS, encaminhar ao serviço necessário e coordenando o cuidado do usuário nesse outro ponto da RAS. A resposta é D.

18) Autoria própria

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são:

(A) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de altas densidades tecnológicas que buscam garantir a prioridade do cuidado hospitalar.

(B) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

(C) arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos;

(D) Formas de gestão dos serviços de saúde, com hierarquia de poder, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o cuidado.

(E) Formas de gestão de ações curativas, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam o cuidado.

Comentário

A Portaria 2436/17 define a organização na RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Assim, **as RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de**

forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". **Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS**, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente. Resposta C.

19) NUCEPE – 2017 (adaptada)

De acordo com a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes, EXCETO,

(A) ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação de saúde;

(B) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção;

(C) adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, sem garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

(D) coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe;

(E) estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Comentário

A diretriz “longitudinalidade do cuidado” pressupõe a continuidade da relação de cuidado, **com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente**, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

Portanto, o “sem” que aparece após a vírgula torna a alternativa em desacordo com as diretrizes da Portaria 2436/17.

20) UERN – 2017

A Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. Em relação à PNAB, assinale a alternativa correta.

(A) Recomenda-se uma população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 1.500 a 5.500 pessoas, localizada

dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica;

(B) Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE);

(C) Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF, excetuando-se o profissional médico que pode optar por carga horária de 20 (vinte) horas semanais. Dessa forma, com exceção dos médicos, os demais profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente

(D) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf-AB) se constituem em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), não podendo serem vinculadas às equipes de Atenção Básica (eAB).

(E) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Comentário

A alternativa correta é a E, a qual cita um trecho da Portaria 2436/17 que caracteriza a composição da equipe de Saúde da Família. Assim, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e

vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

A **população adscrita** por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de **2.000 a 3.500 pessoas**, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica

Para equipe de Saúde da Família (eSF), há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente. Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). **Podendo fazer parte da equipe** (não obrigatoriamente precisa, portanto) **o agente de combate às endemias (ACE)** e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

As equipes de Atenção Básica (eAB) deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os

horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Resposta E.

21) ESP/CE – 2018

Com base na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída na Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, compõem a equipe, mínima, de Saúde da Família (BRASIL, 2017):

- (A) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, dentista.
- (B) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem.
- (C) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.
- (D) Enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista.

Comentário

A equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser **composta no mínimo por médico**, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, **enfermeiro**, preferencialmente especialista em saúde da família; **auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde** (ACS). Podendo fazer parte da equipe (não obrigatoriamente precisa, portanto) o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Resposta B.

22) ESP/CE – 2018

Com base na nova PNAB, instituída na Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sobre esse profissional, é CORRETO afirmar (BRASIL, 2017):

- (A) Indica a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.
- (B) Um profissional integrante das equipes, vinculadas à UBS.
- (C) Participa e orienta o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes.
- (D) Supervisiona o agente comunitário de saúde e agente comunitário de endemias.

Comentário

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior. Resposta C.

23) UPE – 2018

Em 21 de setembro de 2017, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante a Portaria n. 2.436. A versão anterior da PNAB estabelecia "A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde". Quantos agentes comunitários de saúde para uma equipe estabelece a versão vigente?

- (A) 4
- (B) 3
- (C) 2
- (D) 1
- (E) Não estabelece quantidade numérica

Comentário

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Resposta E.

24) UPE – 2018

Sobre a Portaria n. 2.436/2017, que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é possível a contratação, em categoria profissional, para compor a equipe com, no mínimo, quantas horas semanais?

- (A) 5
- (B) 10
- (C) 15
- (D) 20
- (E) 30

Comentário

As equipes de Atenção Básica (eAB) deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Resposta B.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.