

# Prefeitura Municipal de Natal

Concurso Público  
Edital nº 01/2018 - SEMAD - SMS



SMS / RN - SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE DE NATAL

## Sanitarista

### Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, **assine no espaço reservado**.
- 2 Este Caderno contém, respectivamente, **60 questões** de múltipla escolha, assim distribuídas: **01 a 10** ▶ Língua Portuguesa; **11 a 30** ▶ Legislação do SUS; **31 a 60** ▶ Conhecimentos Específicos.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos fiscais.
- 6 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta.
- 7 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 8 Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas** e **este Caderno**.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_



As questões de 01 a 10 desta prova são baseadas no texto a seguir.

### Gente como a gente

Por Eduardo Szklarz e Karin Hueck

- 1º Conheci a Sandra em 2013, numa prisão de Buenos Aires. Ela tinha aspecto largado e a expressão triste de quem havia sido separada do filho ainda pequeno. Nascida na Alemanha, ela já havia passado 20 anos atrás das grades na Argentina e ignorava todas as visitas que recebia, inclusive a minha. Não quis me olhar nos olhos. Era como se eu – ou ela – não estivesse ali.
- 2º No ano seguinte, advogados de Sandra entraram com pedido de *habeas corpus*, alegando que seu encarceramento era cruel e injustificado. Por um motivo simples: ela não havia cometido crime algum. Estava presa só por ser um animal. Sandra é um orangotango, e a prisão é o zoológico de Buenos Aires.
- 3º A Justiça argentina acatou o pedido feito pela Afada, uma ONG de direitos dos animais. Assim, Sandra tornou-se o primeiro animal no mundo a ser reconhecido como “pessoa não humana” – e, portanto, “sujeito de direitos” que devem ser respeitados. Inclusive o direito de não ser explorada para divertimento humano. Sandra ainda aguarda definição sobre seu destino, mas seu caso serviu de precedente para a libertação de outros grandes primatas.
- 4º Com essa decisão, os tribunais admitiram, pela primeira vez, o que a ciência já sabe faz um tempo: os animais não são assim tão diferentes de nós. Já foi provado que centenas de espécies têm inteligência, emoções e relações sociais complexas. Assim como nós, vacas fazem amizade. Chimpanzés sentem inveja e vergonha. Galinhas têm noção de futuro. Polvos usam ferramentas e constroem abrigos.
- 5º Mas, acima de tudo, como vi nos olhos de Sandra, animais têm a capacidade de sofrer. Até os menos desenvolvidos, como lagostas e peixes, que não fazem cara feia quando sentem dor. Se você injetar veneno de abelha nos lábios de uma truta, ela vai parar de comer e esfregar a boca contra a parede do tanque. Se você furar caranguejos com um anzol, eles vão passar as garras no lugar da lesão. E, se você passar ácido acético (um irritante) nas antenas de um camarão, ele vai massageá-las com as patas da frente – mas não se você aplicar anestesia antes. “Isso não é mero reflexo”, diz o biólogo Robert Elwood, da Queen’s University, na Irlanda do Norte. “É um comportamento prolongado e totalmente consistente com a ideia de dor.”
- 6º Mais de 2.500 estudos científicos já mostraram que os animais são seres tão complexos quanto nós – ainda que não sejamos idênticos. Mas fingimos que não sabemos disso, e seguimos tratando-os como se fossem inanimados.
- 7º Como conseguimos conciliar esses dois fatos? Por que torturamos outros bichos como Sandra, mesmo sabendo que eles sofrem?
- 8º Toda a nossa relação com os bichos é esquisita e irracional. Dividimos o reino animal em castas, que merecem mais ou menos direitos, de acordo com a sua utilidade. Há espécies, como as que nos servem de alimento, que são especialmente maltratadas. Multiplicamos de propósito bois, porcos e galinhas (só de galinhas, há 20 bilhões no planeta), apenas para confiná-los, criá-los em condições degradantes e depois matá-los. O ser humano sempre comeu carne – mas precisa tratar suas presas com tanta frieza? Frangos têm os bicos serrados para não praticar canibalismo dentro das gaiolas. Filhotes de boi são arrancados de suas mães e mantidos anêmicos para ficar com a carne macia. Milhares de peixes morrem todos os dias em redes que eram destinadas a matar outras espécies – e tudo bem. Além dos bichos que vão parar no nosso prato, há os que sacrificamos em nome do progresso. Cobiaias de laboratório, por exemplo, nascem para ser torturadas até a morte. Fabricantes de cosméticos ainda gotejam xampu em coelhos imobilizados, que não podem piscar enquanto o produto corrói seus olhos. Já macacos bebês são trancados em jaulas e expostos a serpentes, choques e ruídos para desenvolver ansiedade e depressão e ter seus cérebros dissecados depois. Apenas nos EUA, 25 milhões de bichos são usados em experimentos, o equivalente a uma Austrália de animais humanos.

- 9º Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de *pets* consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. *Pets* são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou *hamsters*, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.
- 10º Em comum, todos os animais – os que amamos, os que odiamos, os que comemos – sofrem da mesma condição: são considerados posse dos seres humanos. E, como nossa posse, podem ser dispostos da maneira como quisermos. Essa noção, claro, é uma convenção: uma ideia que se espalhou há séculos e serve como manual de como tratar seres de duas, quatro, seis, oito ou nenhuma pata. É o que cientistas chamam de especismo – a noção de que o *Homo sapiens* é uma espécie superior, sagrada e incomparável, e que os diferentes de nós não merecem os mesmos direitos. Essa lógica não é parecida com outros discursos de superioridades que você já ouviu por aí?

---

SZKLARZ, Eduardo; HUECK, Karen. Gente como a gente. **Superinteressante**. São Paulo, Editora Abril, Nº 385, Fevereiro, 2018. [Adaptado]

- 01.** O propósito comunicativo principal do texto orienta-se para
- A) comprovar, por meio de situações reais, que o ser humano considera-se uma raça superior.
  - B) defender que todos os seres vivos devem ser tratados de maneira igualitária.
  - C) analisar, de maneira positiva, a decisão da corte argentina em relação ao direito animal.
  - D) problematizar sobre o tratamento cruel dado a outras espécies animais pelo ser humano.
- 02.** A sequência dominante do texto apresenta verbos flexionados no
- A) pretérito perfeito do indicativo.
  - B) presente do subjuntivo.
  - C) presente do indicativo.
  - D) pretérito imperfeito do subjuntivo.
- 03.** Os três primeiros parágrafos apresentam
- A) a sequência argumentativa como dominante e a narrativa como secundária.
  - B) a sequência narrativa como dominante e a descritiva como secundária.
  - C) as sequências narrativa e descritiva como secundárias.
  - D) as sequências argumentativa e narrativa como secundárias.
- 04.** No período inicial do segundo, do terceiro e do quarto parágrafos, verifica-se,
- A) em todos os casos, a presença de elemento coesivo que retoma uma informação presente no parágrafo anterior.
  - B) em todos os casos, a ausência de elemento coesivo que retome uma informação presente no parágrafo anterior.
  - C) apenas nos dois primeiros casos, a presença de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.
  - D) apenas nos dois primeiros casos, a ausência de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.

05. No terceiro parágrafo, as aspas foram utilizadas para

- A) explicitar o conteúdo de uma citação indireta.
- B) evidenciar o uso de linguagem denotativa.
- C) marcar o uso de linguagem conotativa.
- D) demarcar os limites de uma citação direta.

06. Considere o parágrafo:

Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de pets consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. Pets são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou hamsters, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

A ideia central do parágrafo encontra-se explicitada

- A) no primeiro período.
- B) no último período.
- C) no quinto período.
- D) no oitavo parágrafo.

07. Considere o trecho:

Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados.

De acordo com a norma-padrão do português escrito, o ponto final do primeiro período pode ser

- A) substituído por uma vírgula, com alteração de sentido.
- B) retirado, com alteração de sentido.
- C) substituído por uma vírgula, sem alteração de sentido.
- D) retirado, sem alteração de sentido.

Para responder às questões 08 e 09, considere o fragmento a seguir.

Há[1] correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que[2] apontam essas contradições para dizer que[3], não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

08. Em relação ao elemento linguístico [1], afirma-se:

I	Deveria estar flexionado no plural porque concorda com o sujeito <i>correntes de filósofos e ativistas</i> .
II	Está flexionado no singular por se tratar de um verbo impessoal e utilizado no sentido de <i>existir</i> .
III	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no plural.
IV	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no singular

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e III.
- B) I e IV.
- C) II e III.
- D) II e IV.

09. Em relação aos elementos linguísticos [2] e [3],
- A) ambos introduzem orações adjetivas.
  - B) o primeiro introduz uma oração substantiva e o segundo, uma oração adjetiva.
  - C) o primeiro introduz uma oração adjetiva e o segundo, uma oração substantiva.
  - D) ambos introduzem orações substantivas.
10. Sobre a linguagem empregada no texto, o uso da primeira pessoa do plural revela que os autores
- A) querem manter-se distanciados da temática tratada.
  - B) assumem, de maneira explícita, o comprometimento com o tema abordado.
  - C) querem posicionar-se objetivamente em relação à temática.
  - D) assumem, de maneira implícita, uma concessão diante do tema abordado.

## Legislação do SUS

11 a 30

11. Em meio a uma profunda crise econômica e política do Estado brasileiro surge, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que defendia um sistema de saúde universal, em contraposição ao modelo médico assistencial privatista, então vigente, que se apresentava cada vez mais ineficiente, caro e excludente. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
- A) propôs estratégias como as Ações Integradas em Saúde para o alcance de um sistema de saúde mais integrado que foram implantadas após a Constituição de 1988.
  - B) teve a participação de profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva e de lideranças políticas, mas sem a colaboração de parlamentares.
  - C) teve seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual produziu um relatório que pouco influenciou no Sistema Único de Saúde.
  - D) gerou mudanças no sistema de saúde, alcançando mudanças institucionais importantes e apontando alternativas centradas na Atenção Primária em Saúde.
12. A Constituição Federal de 1988 incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser o principal norteador na condução das políticas de saúde do Brasil, incorporando o conceito ampliado de saúde e entendendo a saúde como cidadania. A partir de então, as políticas públicas de saúde no Brasil
- A) priorizam a assistência nas unidades de atenção primária em saúde que, na rede de atenção à saúde, estão concentradas em locais específicos do território.
  - B) preconizam a realização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fundamentando-se na integralidade e priorizando as ações curativas.
  - C) garantem o acesso universal aos serviços de saúde realizados nas Unidades Básicas e o atendimento para serviços de alta complexidade através da saúde suplementar.
  - D) baseiam-se na justiça social para superar as desigualdades na assistência e garantem o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde.

13. O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Analise as afirmativas abaixo que discorrem sobre os princípios do SUS.

I	Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso à saúde, é necessário estabelecer o princípio da equidade tratando igualmente os desiguais para minimizar o efeito da determinação social.
II	A rede regionalizada representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais com objetivo de organizar os serviços de saúde para que todos tenham acesso a todos os níveis de atendimento.
III	A descentralização permite que as realidades de saúde de cada município sejam respeitadas, uma vez que a tomada de decisão é feita pelos seus gestores, com a transferência direta de recursos da União.
IV	A participação da comunidade expressa o exercício da democracia no que se refere às decisões na saúde e assegura o controle social, cabendo aos gestores a função de fiscalizar e avaliar as ações.

Em relação aos princípios do SUS, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.                      B) I e IV.                      C) II e III.                      D) III e IV.**

14. A Lei nº 8.142/90 foi sancionada na tentativa de superar os vetos presidenciais aplicados à Lei nº 8.080/90 que atingiram, especialmente, os aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social. A Lei nº 8.142/90, então, passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre a União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS. Nessa lei, fica definido que

- A) o Fundo Nacional de Saúde passa a ser o responsável pela centralização dos recursos financeiros pela União sem repasse aos municípios.**  
**B) a participação da comunidade na gestão pode acontecer através dos Conselhos de Saúde que têm caráter provisório e deliberativo.**  
**C) a decisão do poder Legislativo prevalece sobre o que foi definido nas Conferências e Conselhos de saúde, caso haja divergência.**  
**D) a oferta de contrapartida de recursos financeiros no orçamento é facultada ao município para que ele receba os repasses federais.**

15. A Política Nacional de Atenção Básica considera esse nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema, responsável por ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, os serviços especiais de acesso aberto também são considerados como porta de entrada. Um desses serviços de acesso aberto é

- A) serviço de atenção às urgências e emergências.**  
**B) centro de testagem e aconselhamento de DST/Aids.**  
**C) unidade de saúde da família.**  
**D) unidade mista de saúde.**

16. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), compete às Secretarias Municipais Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, entre outras:

- A) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e excluindo as cedidas pelo estado e pela União.**  
**B) definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.**  
**C) definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.**  
**D) manter o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente atualizado mensalmente, conforme regulamentação específica.**

17. Diante do cenário de dificuldades para concretização dos princípios do SUS e do questionamento sobre a qualidade da assistência à saúde oferecida a seus usuários, formulou-se, em 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH tem como um dos seus objetivos
- A) permitir aos usuários o acesso às informações gerais sobre saúde, como o serviço responsável pelo seu atendimento que, independentemente do nível complexidade, deve ser no seu território.
  - B) garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores do SUS e gestão participativa, que inclui os trabalhadores e os usuários nas decisões.
  - C) reduzir filas e o tempo de espera, com atendimento acolhedor e resolutivo, considerando a vulnerabilidade social e extinguindo o atendimento por livre demanda.
  - D) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, enfatizando a determinação biológica do processo saúde-doença.
18. Do ponto de vista da sua concepção, a humanização no SUS vai além do atendimento humanizado que valoriza a escuta do paciente e sua subjetividade. Entendida como uma política, ultrapassa as competências de um programa, pois institui ações transversais em diferentes instâncias gestoras do SUS. A fim de concretizar suas ações, a Política Nacional de Humanização se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos para efetivação dos princípios do SUS. Analise as afirmativas abaixo sobre a PNH.

I	Dentre as diretrizes da PNH, podemos citar a 'clínica ampliada' que procura enfrentar a fragmentação das ações de saúde, estimulando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.
II	A PNH preconiza o 'método da tríplice inclusão' com a participação de diferentes agentes, através de técnicas como rodas e fomento das redes.
III	O Apoio matricial é um dispositivo para o processo de trabalho em saúde que oferece suporte técnico-pedagógico de um generalista às equipes de saúde.
IV	Os seus princípios estimulam as mudanças na atenção que deve ser orientada para a autonomia dos sujeitos, sendo o trabalhador de saúde o principal responsável pela saúde dos usuários.

Em relação à PNH, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.
  - B) I e III.
  - C) III e IV.
  - D) II e IV.
19. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pelo Ministério da Saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010). A RAS é constituída por três elementos fundamentais: a população/região de saúde definidas, a estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Em relação aos componentes da estrutura operacional da RAS, analise as afirmativas seguintes.

I	Atenção Primária à Saúde é considerada o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.
II	As centrais de regulação, os sistemas de identificação e acompanhamento de usuários e os sistemas de transporte sanitários são considerados como sistemas de apoio da RAS.
III	Os sistemas de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde são considerados como sistemas logísticos da RAS.
IV	Os sistemas de transporte sanitário, de acesso regulado à atenção e o cartão de identificação dos usuários são considerados como sistemas logísticos da RAS.

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

- A) II e III.
- B) I e III.
- C) II e IV.
- D) I e IV.



- 20.** Ao completar a etapa de contratualização do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito desse nível de atenção. Nessa perspectiva, um dos compromissos das equipes de saúde é
- A)** implantar apoio institucional e matricial na Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal.
  - B)** ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão do cuidado.
  - C)** alimentar os sistemas de informação em saúde para a Atenção Básica de forma regular e consistente.
  - D)** pactuar com a comissão de intergestores bipartite estratégias e diretrizes para implementação das ações de melhoria.
- 21.** Um município aderiu ao 3º Ciclo do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Todas as equipes de saúde passam a desenvolver um conjunto de ações para qualificação da Atenção Básica, com o apoio da gestão, previstas no Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa. São consideradas ações de qualificação contidas nesse Eixo:
- A)** contratualização e apoio institucional.
  - B)** adesão e educação permanente dos profissionais.
  - C)** autoavaliação e avaliação externa.
  - D)** apoio institucional e monitoramento de indicadores.
- 22.** O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. Especificamente, o PNASS tem entre seus objetivos:
- A)** promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação.
  - B)** melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica.
  - C)** incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
  - D)** conhecer o perfil dos usuários e/ou familiares que frequentam os estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
- 23.** O Governo Federal, por meio da Lei n.º 12.871/2013, regulamentou o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa reúne uma série de iniciativas de curto, médio e longo prazos que visa enfrentar o histórico problema da escassez e má distribuição de médicos nas diversas regiões do Brasil e é constituído por três grandes eixos:
- A)** projeto Mais Médicos para o Brasil, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e valorização da atenção básica.
  - B)** provimento emergencial, formação médica e estímulo à residência médica em medicina da família e comunidade.
  - C)** provimento emergencial, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e formação médica.
  - D)** valorização da Atenção Básica, formação médica e estímulo à pós-graduação *lato sensu* em Atenção Básica.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 24 e 25.

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 coloca o planejamento em saúde na centralidade da agenda da gestão, a ser desenvolvido nas três esferas de governo, considerando, entre outras questões, as especificidades do território, os problemas e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o planejamento da saúde no SUS utiliza instrumentos que devem ser integrados, revistos e adotados em consonância com os seus referenciais legais. É responsabilidade dos três entes federativos a elaboração, a aplicação e a adaptação desses instrumentos com a colaboração de usuários, profissionais e gestores.

24. No que se refere ao planejamento em saúde no SUS, analise as afirmativas seguintes.

I	O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
II	A elaboração dos planos de saúde estadual e municipal deve seguir um modelo normativo de planejamento, contemplando momentos de diálogo entre os atores envolvidos no processo: gestores e profissionais de saúde.
III	O planejamento da saúde desconsidera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, os quais não compõem o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.
IV	No processo de planejamento, a participação social deve ser observada, inclusive em âmbito regional, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

Em relação ao planejamento em saúde no SUS, estão corretas as afirmativas.

**A) I e III.      B) I e IV.      C) II e III.      D) II e IV.**

25. O instrumento de planejamento da saúde que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados é

- A) a Programação Anual de Saúde.
- B) o Relatório Anual de Gestão.
- C) o Plano Plurianual.
- D) a Lei Orçamentária Anual.

26. Nas últimas décadas, seguindo uma tendência global, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, determinado pela queda da fecundidade, declínio da mortalidade por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e maior exposição a modos de vida pouco saudáveis. Assim, o perfil de morbimortalidade da população apresenta um aumento da ocorrência de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Tomando como referência a vigilância das DCNT, analise as afirmativas seguintes.

I	Uma das características da vigilância das DCNT é o monitoramento da adesão a fatores de proteção e de risco dessas doenças que permitem medir as exposições atuais e tendências futuras de adoecimento e mortalidade.
II	A vigilância das DCNT emprega estratégias semelhantes às utilizadas pela vigilância das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a notificação compulsória e a investigação de casos novos.
III	A vigilância das DCNT estimula a prática de ações de promoção da saúde, pautadas em intervenções intersetoriais, a fim de prevenir casos novos, deter o crescimento e melhorar o prognóstico dos casos já existentes.
IV	A vigilância das DCNT utiliza o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) como principal fonte de dados e informações estratégicas de ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis.

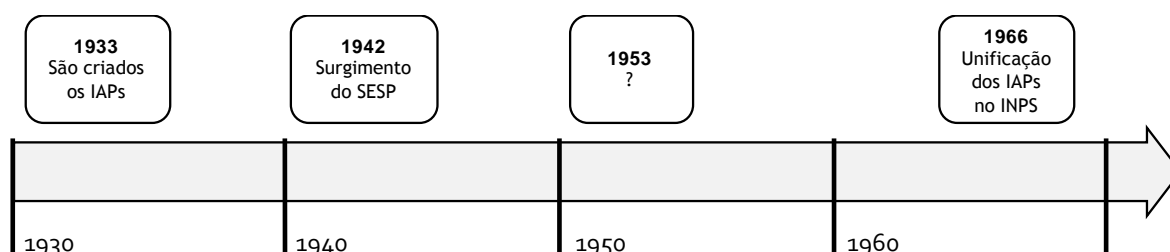
Em relação a vigilância das DCNT, estão corretas as afirmativas.

**A) I e III.      B) II e III.      C) I e IV.      D) II e IV.**

27. O Ministério da Saúde define periodicamente a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional. A inclusão de doenças e agravos nessa lista está condicionada a alguns critérios, tais como a transcendência, que se expressa por meio de características subsidiárias, que conferem relevância especial à doença ou agravo. Entre essas características, destacam-se:
- A) a magnitude, a vulnerabilidade e a severidade.
  - B) a severidade, a relevância social e a relevância econômica.
  - C) o potencial de disseminação, a relevância social e a magnitude.
  - D) a vulnerabilidade, a relevância econômica e o potencial de disseminação.
28. O relatório *Errar é Humano* do *Institute of Medicine* (IOM) trouxe à tona a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes evitáveis decorrentes de falhas no processo assistencial nos Estados Unidos. A divulgação do relatório provocou, em vários países e organizações internacionais, uma mobilização no sentido de apoiar estratégias destinadas a prevenir e evitar falhas nos sistemas de assistência à saúde. No Brasil, esse movimento teve como um dos desdobramentos a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela portaria GM/MS nº 529/2013. Um dos pressupostos que possibilitam a cultura de segurança, prevista nessa portaria é
- A) a conscientização de que a responsabilidade sobre a segurança dos pacientes é atribuição específica dos profissionais de saúde.
  - B) o estímulo à identificação e a resolução dos problemas de segurança, recompensando os envolvidos.
  - C) o encorajamento à investigação dos eventos adversos para identificação e punição dos responsáveis.
  - D) a percepção de que as metas financeiras e operacionais devem ser priorizadas em relação às metas relativas à segurança.
29. A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, as famílias, os gestores e os profissionais de saúde, com a finalidade de ofertar uma assistência segura. Os protocolos de segurança propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente incluem:
- A) cirurgia segura, identificação do paciente e as úlceras por pressão.
  - B) higienização das mãos, acessibilidade aos serviços de saúde e cirurgia segura.
  - C) redução de quedas, notificação de eventos adversos e prescrição de medicamentos.
  - D) identificação do paciente, higienização das mãos e integralidade das ações.
30. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36, de 2013, estabelece que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve implantar um plano de segurança do paciente em serviços de saúde com atividades de identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, integrando os diferentes processos de gestão dos riscos desenvolvidos nos serviços de saúde. Uma das técnicas de identificação de riscos mais conhecida e aplicada nos serviços de saúde é
- A) a notificação de incidentes de segurança.
  - B) o sistema eletrônico de alerta.
  - C) a ronda de segurança.
  - D) o mapeamento de riscos.



31. A saúde pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação, condição ou processo, e essa conceituação pode ser vista sob o ângulo negativo ou positivo. Na concepção negativa e no âmbito coletivo, os conceitos de saúde implicam, respectivamente, em
- A) desempenho, funcionalidades, capacidades, percepções e estado, situação ou condição atribuída a cada indivíduo, em uma perspectiva predominantemente fisiopatológica, as quais se refletem nos grupos ou populações humanas.
  - B) ausência de doenças e estado, situação ou condição atribuída a grupos ou a populações humanas, em espaços geográficos ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados.
  - C) ausência de doenças e estado, situação ou condição atribuída a cada indivíduo, em uma perspectiva predominantemente fisiopatológica, as quais se refletem nos grupos ou populações humanas.
  - D) desempenho, funcionalidades, capacidades, percepções e estado, situação ou condição atribuída a grupos ou populações humanas, em espaços geográficos ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados.
32. A mais antiga teoria naturalista sobre sofrimento, doença, vida e morte, atribuída a Hipócrates, considerava a saúde como estado de equilíbrio vital. Nesse sentido, o conceito de saúde como equilíbrio e o conceito de doença como descompensação persistem nos dias atuais. Na abordagem biológica evolutiva, as doenças crônicas degenerativas podem ser entendidas como
- A) o reconhecimento por parte dos indivíduos de que eles se encontram subjetivamente enfermos.
  - B) o cumprimento deficiente de uma função biológica comprometida, já que parte dessa função se encontra fora da normalidade estatisticamente definida.
  - C) o efeito enfrentado pela espécie humana no processo de adaptação a novas condições ambientais.
  - D) o conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente e que levam às alterações que causam essas doenças.
33. Na conceituação da díade saúde-doença como processo, alguns modelos têm sido descritos, dentre eles o da história natural da doença (HND), o de vigilância da saúde e, mais recentemente, o modelo dos determinantes sociais da saúde, o qual não tem preocupação fundamental em conceituar saúde. Nesse último modelo, os chamados determinantes intermediários da saúde são
- A) renda e ocupação.
  - B) classe social e gênero.
  - C) capital social e sistema de saúde.
  - D) contexto socioeconômico e político.
34. A construção da Política de Saúde no Brasil se constitui como um processo histórico que compreende importantes eventos. A figura a seguir mostra uma linha do tempo de parte desse processo, referente às décadas de 1930 a 1960, com destaque para alguns acontecimentos relevantes.



O evento implícito ocorrido em 1953 se refere

- A) à criação do Ministério da Saúde.
- B) ao surgimento das AIS.
- C) à 3ª Conferência Nacional de Saúde.
- D) à inauguração do INAMPS.

35. Considere o excerto abaixo.

“O conceito de cidadania regulada, definido por Wanderley Guilherme dos Santos (1987), é central para a compreensão da questão social no Brasil no período getulista e do pilar de sustentação da previdência social brasileira. Ele se refere a uma modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, com benefícios desiguais.” Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

No campo da assistência à saúde, a cidadania regulada se manifesta basicamente a partir

- A) do fornecimento de serviços médicos a populações menos favorecidas.
  - B) da oferta de serviços de saúde somente aos trabalhadores com carteira assinada.
  - C) da diferenciação na complexidade de serviços de saúde segundo a categoria de trabalho.
  - D) do serviço ofertado ao cidadão e da sua regulação por parte do Estado.
36. Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o controle social ou participação da comunidade passa a ser efetivamente implementado a partir da Lei 8.142, a qual recupera vetos importantes feitos à Lei 8.080, ambas de 1990. Essa “democracia sanitária” se dá hoje, no Brasil, a partir de instituições e de mecanismos de gestão participativa e colegiada, que são, respectivamente,
- A) Conselhos comunitários, Ministério Público e Conferências; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde.
  - B) Conselhos, Organizações Não Governamentais e Fundos de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.
  - C) Fundos de Saúde, Conselhos Comunitários e Conferências; Comissões Intergestores Bipartites e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
  - D) Conferências, Conselhos e Fundos de Saúde; Comissões Intergestores Bipartites e a Comissão Intergestores Tripartite.
37. Os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidos a partir de uma concepção de saúde universal, construída pelo movimento sanitário brasileiro como a corporificação, no campo da saúde, de um modelo de estado de bem-estar social. Dentre estes princípios, destaca-se a integralidade na assistência. Considere as afirmações a seguir sobre a integralidade.

I	Está prevista no artigo 196 da Constituição Brasileira e detalhada na Lei Orgânica da Saúde de 1990.
II	É um conceito polissêmico, podendo ser entendido tanto na perspectiva do indivíduo quanto na do sistema de saúde.
III	Está relacionada ao princípio da resolutividade da atenção.
IV	É operacionalizada a partir da articulação entre as unidades básicas de saúde.

No que concerne ao princípio da integralidade no SUS, estão corretas as afirmações

- A) I e II.
  - B) I e IV.
  - C) II e III.
  - D) II e IV.
38. A despeito da garantia constitucional e de sua regulamentação pelas leis 8.080 e 8.142, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou grandes dificuldades de implementação em seu início, ao longo dos anos 1990. Apesar disso, uma estratégia importante se deu a partir da regulamentação do SUS proporcionada pelas Normas Operacionais (NOB e NOAS). Esta estratégia possibilitou
- A) a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB), que representa o repasse de um valor *per capita* para o financiamento da Atenção Básica, estabelecido pela NOB 96.
  - B) a NOB 93 que definiu, como centralidade da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família, criado um ano depois.
  - C) a NOAS 2001 que estabeleceu a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de organização do sistema.
  - D) a NOB 91 que apresentou os maiores avanços nos modelos de gestão, estabelecendo as modalidades de gestão em vigor até a NOAS 2002.

- 39.** Um desafio que sempre esteve presente ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS) diz respeito ao provimento e fixação de profissionais médicos, associados à sua desigual distribuição no território brasileiro. Como estratégia de enfrentamento desse problema, o governo brasileiro, através do Ministério da Educação e da Saúde, lança, em 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) com o objetivo de expandir o acesso à Atenção Básica e melhorar o atendimento no SUS. O programa foi estruturado a partir de três eixos de ação:
- A)** o incremento da rede de serviços de apoio matricial; a ampliação da oferta de cursos e vagas na área de medicina, com mudanças na graduação e residência médicas e a contratação de profissionais estrangeiros para áreas remotas.
  - B)** o investimento na melhoria da infraestrutura da saúde; a ampliação da oferta de cursos e vagas na área de medicina, com mudanças na graduação e residência médicas e a provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o SUS.
  - C)** o incremento na rede de serviços de apoio diagnóstico; reformas nos cursos de medicina, com a implantação de novas diretrizes curriculares e a provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o SUS.
  - D)** o investimento na melhoria da infraestrutura da saúde; a implementação de novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina e a contratação de médicos cubanos para atuar em áreas prioritárias.
- 40.** A Atenção Primária em Saúde (APS) tem estado no centro do debate sobre a organização dos serviços de saúde, particularmente os de base universal, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978. Inicialmente interpretada como uma ação restritiva, hoje a APS é concebida a partir de uma perspectiva abrangente. Em 2002, Bárbara Starfield propôs os atributos essenciais dos serviços de APS como: (i) primeiro contato, (ii) longitudinalidade, (iii) abrangência ou integralidade e (iv) coordenação. Nesse contexto, a longitudinalidade,
- A)** relaciona-se com a oferta de serviços de diferentes graus de complexidade, garantindo o acompanhamento da saúde do usuário até sua completa cura.
  - B)** diz respeito à responsabilidade pelo usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.
  - C)** compreende a oferta regular de serviços, de modo a garantir que o usuário seja atendido preferencialmente dependendo da sua condição de saúde.
  - D)** articula-se à rede de serviços de modo que o usuário tenha a garantia de cuidados básicos para si e para toda a sua família.
- 41.** Embora a discussão mais aprofundada sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) tenha surgido no Brasil nos anos 1970, na esteira do debate internacional sobre cuidados primários em saúde, há registro de iniciativas que poderiam ser chamadas de APS em um período bem anterior. Sobre os antecedentes da APS no Brasil, considere as seguintes afirmações abaixo.

I	Nos anos 1970, as Ações Integradas de Saúde (AIS), articuladas ao Plano Conasp, ampliou a rede de unidades básicas de saúde fomentando a interiorização das ações de saúde.
II	Uma experiência importante de APS no Brasil ocorre com o SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) na década de 1940, que articulava ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa.
III	No contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações com foco na APS se desenvolveram mais efetivamente com a implantação da política de descentralização, particularmente em função da municipalização.
IV	O Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, foi uma das mais importantes estratégias de APS no Brasil, implementado juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991.

Estão corretas as afirmações

- A)** I e II.                      **B)** I e IV.                      **C)** II e III.                      **D)** II e IV.

42. Vários autores identificam no Informe Dawson, elaborado em 1920, o precursor das proposições de organização de redes de atenção à saúde. Esse informe propunha a
- A) organização de um sistema integrado, composto por elementos interdependentes, que tem o propósito de oferecer atenção continuada à saúde de uma população definida.
  - B) organização poliárquica de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente.
  - C) articulação funcional de unidades prestadoras, de distintas naturezas, hierárquicas em uma região geográfica comum, com o comando de um operador único.
  - D) articulação de serviços domiciliares, centros de atenção primária, centros de atenção secundária, hospitais e serviços suplementares em um conjunto único e coordenado.
43. A oficialização do documento de referência contendo as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Portaria
- A) GM/MS nº 5.379, publicada no Diário Oficial de 04/03/2011.
  - B) GM/MS nº 3.875, publicada no Diário Oficial de 01/04/2010.
  - C) GM/MS nº 4.279, publicada no Diário Oficial de 31/12/2010.
  - D) GM/MS nº 6.148, publicada no Diário Oficial de 31/12/2010.
44. As redes de atenção à saúde temática devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas a Rede Cegonha, a de Atenção à Urgência e Emergência e as redes de
- A) Atenção Psicossocial, Atenção à População Carcerária e Cuidados à Pessoa com Deficiência.
  - B) Cuidados à Pessoa Idosa, Atenção às Doenças Crônicas e Cuidados à Pessoa com Deficiência.
  - C) Atenção Psicossocial, Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção às Doenças Crônicas.
  - D) Atenção à População Carcerária, Cuidados à Pessoa Idosa e Atenção às Doenças Crônicas.
45. Considere o excerto a seguir retirado do Manual de Planejamento do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde.

“As diretrizes estabelecidas para o planejamento no SUS podem ser elencadas em sete princípios gerais que orientam os gestores das três esferas da Federação na organização de suas atividades de planejamento, com destaque para as disposições estabelecidas no Decreto nº 7.508, de 2011, na LC nº 141, de 2012, e especialmente na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS”. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

Sobre o planejamento do SUS referido nesse excerto, analise os princípios apresentados abaixo.

I	Respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestoras regionais.
II	Estar integrado à Previdência Social e ao planejamento em cada Estado.
III	Estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS.
IV	Ser descendente e integrado às diferentes instâncias.

De acordo com os documentos citados no excerto, os princípios que orientam os gestores do SUS em suas atividades de planejamento estão presentes nos itens

- A) II e III.
- B) II e IV.
- C) I e IV.
- D) I e III.



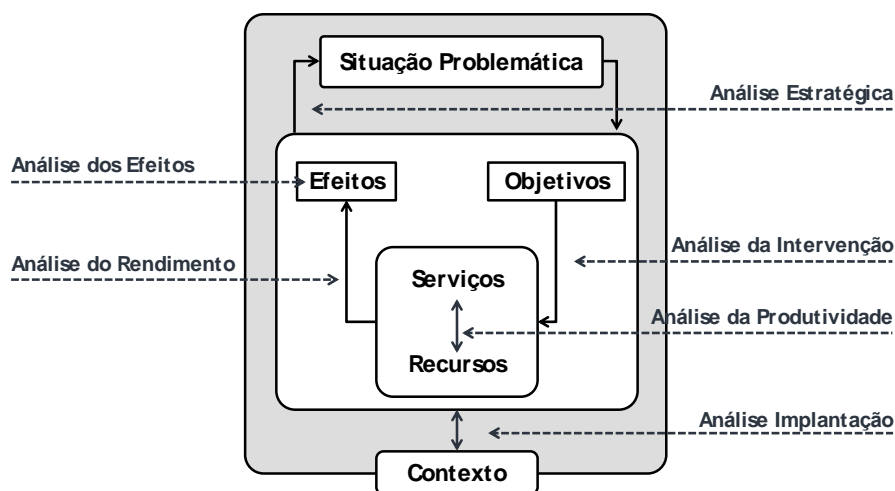
46. Na área de saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem se consolidado nos últimos anos como uma matriz conceitual bastante utilizada nos diversos espaços do Sistema Único de Saúde (SUS). As quatro fases fundamentais do PES, denominadas “momentos” podem sofrer uma ou outra adaptação a depender da situação, mas, invariavelmente, estão sempre presentes os momentos “explicativo”, “normativo”, “estratégico” e “tático-operacional”. No momento “explicativo” podem ser empregadas diferentes técnicas para tentar descrever e explicar o problema. Levando-se em consideração essas técnicas, analise as afirmações abaixo.

I	Na técnica da “ <i>árvore de problemas</i> ”, o problema é colocado na parte central da árvore, as supostas causas nos galhos e as consequências ficam nas raízes, de modo que é possível fazer uma leitura do problema de baixo para cima.
II	No “ <i>fluxograma situacional</i> ”, os fatores associados ao problema são postos em uma linha horizontal e, quanto mais à esquerda, mais profundas são as causas, e, quanto mais à direita, mais superficiais.
III	Na “ <i>tempestade de ideias</i> ”, as possíveis explicações do problema são dispostas em um diagrama composto de caixas e setas cheias e pontilhadas, em que as primeiras indicam as causas mais proximais e as segundas indicam as causas mais distais.
IV	Na proposta do “ <i>jogo dos três porquês</i> ”, pode-se perguntar por que o problema ocorre, em seguida, perguntar por que ocorre o primeiro fator explicativo do problema e, finalmente, perguntar por que ocorre o segundo fator explicativo.

Estão corretas as afirmações

- A) I e IV.  
B) II e III.  
C) I e II.  
D) II e IV.
47. Um conceito muito importante adotado no método do Planejamento Estratégico é o de “*nó crítico*”. Ele surge como uma forma de auxiliar na decisão sobre a definição das ações a serem executadas. São características fundamentais para um componente explicativo ser considerado um nó crítico:
- A) ser um fator causador situado mais distalmente; estar no espaço de governabilidade da equipe que está planejando e apresentar forte evidência científica de sua relação com o problema.  
B) ser uma causa do problema que, ao ser modificada, irá proporcionar um impacto relevante sobre o problema; estar no espaço de governabilidade da equipe que está planejando e se apresentar como fator comum em mais de um problema.  
C) ser uma causa com forte evidência científica de sua relação com o problema; ter a capacidade de sofrer mudanças no curto prazo e incluir possibilidades de intervenção nos diferentes níveis de gestão.  
D) ser uma causa comum para diversos problemas; estar no escopo de responsabilidades da equipe de execução do plano e ser passível de intervenção por tecnologias leves.

48. No campo da avaliação em saúde, podem ser identificados os campos da *avaliação normativa* e da *pesquisa avaliativa*. Em uma perspectiva mais abrangente, a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos e, usualmente, está relacionada à tomada de decisões. Nesse contexto, considere o fluxograma a seguir, que ilustra o esquema de uma pesquisa avaliativa.



A Pesquisa Avaliativa. Adaptado de Hartz, Z.M.A. (Org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Com base nesse fluxograma, analise as afirmativas abaixo.

I	A análise dos efeitos procura medir a eficácia da intervenção, ou seja, a influência dos serviços (ou das atividades) sobre o estado de saúde.
II	A análise da produtividade compara intervenções ao examinar a relação entre os resultados obtidos e os meios implementados.
III	A análise de implantação busca observar a transferência de uma intervenção para o plano operacional.
IV	A análise do rendimento estuda a relação entre os recursos utilizados (meios) e o volume e a qualidade dos serviços prestados (atividades).

Estão corretas as afirmativas

- A) I e III.                      B) II e IV.                      C) I e IV.                      D) II e III.
49. O principal fundamento conceitual e operacional da promoção da saúde está relacionado
- A) à Atenção Primária à Saúde.  
 B) aos determinantes sociais da saúde.  
 C) à Estratégia Saúde da Família .  
 D) aos programas de ações intersetoriais.
50. A inclusão da promoção da saúde entre as diretrizes do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, por meio da Portaria GM 399/2006, estabeleceu a concordância entre seus princípios e diretrizes e potencializou suas ações, significando importante passo para o seu fortalecimento. Em relação a esse fortalecimento, analise as ações apresentadas abaixo.

I	Reforço e qualificação da Estratégia Saúde da Família.
II	Ênfase na redução do consumo de álcool e tabaco.
III	Incentivo à produção de informação e educação em saúde.
IV	Introdução, no conteúdo escolar, de discussões sobre sexualidade.

As ações que efetivamente contribuíram, por meio da portaria GM 399/2006, para o fortalecimento da promoção da saúde foram

- A) I e III.                      B) II e IV.                      C) I e IV.                      D) II e III.



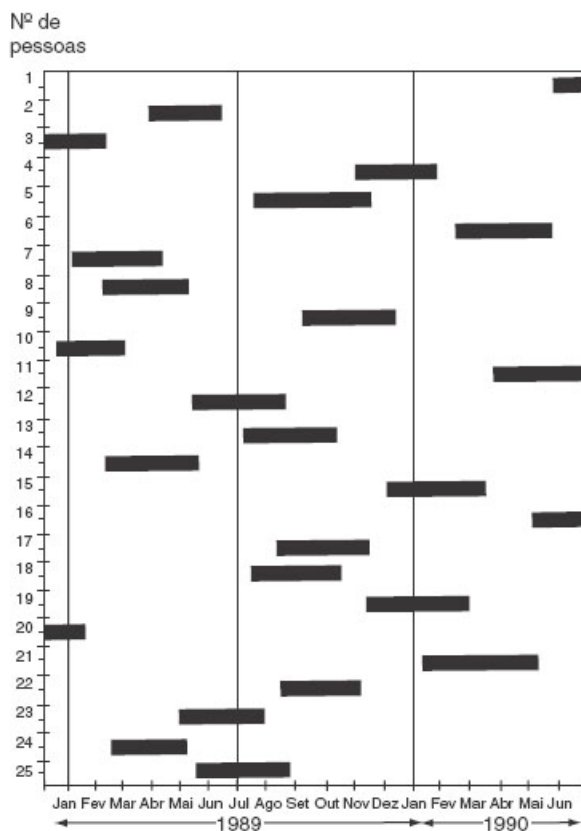
Com base nesse gráfico, analise as afirmativas abaixo.

I	Pode ser observado, no gráfico, o fenômeno conhecido como transição do cuidado.
II	O aumento na proporção de doenças neoplásicas se dá, entre outras razões, pelo aumento da longevidade.
III	A alta proporção de mortalidade por doenças infecciosas até os anos 1990 ocorre pela ausência de cobertura vacinal.
IV	A mudança nas proporções de mortalidade pelos principais grupos de doença indica uma melhoria na qualidade de vida da população.

Estão corretas as afirmativas

- A) II e IV.      B) I e IV.      C) I e II.      D) II e III.

56. A figura a seguir mostra dados hipotéticos de um grupo de 25 pessoas que tiveram seus episódios de doença monitorados por 18 meses. As barras horizontais indicam a duração da doença, desde o diagnóstico até a cura ou óbito.



Ocorrência e duração de doença em um grupo de 25 pessoas em um intervalo de 18 meses – janeiro de 1989 a junho de 1990. Fonte: Kerr-Pontes LRS, Rouquayrol MZ. A medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 37-79.

Analisando a figura e tomando por base os conceitos de incidência e de prevalência, a

- A) prevalência de doença em julho de 1989 foi de 6 casos.  
 B) prevalência no fim do período foi de 7 casos.  
 C) incidência ao longo do período foi de 25 casos.  
 D) incidência de doença no segundo semestre de 1989 foi de 9 casos.

