

01. Tendo por base a Constituição Federal de 1988 (CUNHA E CUNHA, 1998), podemos afirmar que são princípios éticos doutrinários do Sistema Único de Saúde:

- a) descentralização, universalidade e equidade.
- b) universalidade, regionalização e integralidade da assistência.
- c) universalidade, integralidade da assistência e equidade.
- d) equidade, universalidade e hierarquização.

02. A Lei 8080, de 1990, regulamenta a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através das condições abaixo, **EXCETO**:

- a) Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos.
- b) Estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- c) O dever do Estado não inclui o das pessoas, da família, mas exclui das empresas e da sociedade.
- d) A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

03. Em relação à Lei 8.142, de 1990, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde será de 40% em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- b) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas pelo Ministério da Saúde.
- c) Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º dessa Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano de Saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
- d) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) não terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

04. Em relação ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, podemos afirmar, **EXCETO**:

- a) Conforme o já preconizado pela Lei 8080/90, o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada.
- b) Cria as Regiões de Saúde que devem oferecer serviços de atenção primária e serviços de alta complexidade.
- c) Estabelece que as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto.
- d) Define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, que deve ser atualizada a cada dois anos.

05. Segundo Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), o princípio da integralidade representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde não está restrito a uma “cesta básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade. Para tanto, deve-se considerar que, **EXCETO**:

- a) além da importância da Constituição Federal como lei de todo o ordenamento jurídico, a sua promulgação, apesar de ter sido uma grande conquista, não assegurou a efetivação dos direitos e deveres constituídos.
- b) a dificuldade em obter recursos financeiros e, em consequência, sua escassez, faz com que a população se depare com uma conquista fracionada do direito à saúde, o risco da universalidade isenta de integralidade.
- c) as universidades, com seus currículos ainda pautados em bases flexnerianas, facilitam a formação de profissionais capazes de compreender seu papel na sociedade, com uma atuação cada vez mais biologicista.
- d) em uma de suas diversas definições, Mattos (2001) diz que a integralidade pode se dar a partir de três conjuntos de sentido: relacionado às práticas dos profissionais de saúde, à organização dos serviços e das práticas de saúde e à abrangência das políticas de saúde.

06. No que se refere a Lei nº 8.080, de 1990, é **CORRETO** afirmar:

- a) Cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade única de repasse financeiro e execução das ações e serviços de saúde.
- b) As diretrizes acerca do controle social no SUS e os modos de transferência do financiamento foram vetados.
- c) Proíbe a compra complementar de ações e serviços de saúde, por ferir o princípio da integralidade.
- d) Não faz referência aos determinantes de saúde preconizados pela Reforma Sanitária Brasileira.

07. Para Machado (2012), as quatro macrofunções executivas do Estado na saúde são:

- a) financiamento, intervenção, regulação e prestação de ações e serviços de saúde
- b) planejamento, financiamento, regulação e prestação de ações e serviços de saúde.
- c) planejamento, intervenção, regulação e prestação de ações e serviços de saúde
- d) planejamento, financiamento, agenda governamental e prestação de ações e serviços de saúde

08. Sobre a integralidade e seus sentidos, segundo Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), pode-se afirmar que:

- a) a integralidade pode ser relacionada com a integração de serviços por meio de redes assistenciais, visto que nenhum ator ou organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.
- b) as atuais práticas dos serviços de saúde se encontram totalmente estruturadas de modo a atender todas as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo.
- c) o processo de referência e contra referência tem se fortalecido ao longo dos anos, o que tem facilitado o estabelecimento de vínculos mais consistentes entre médicos e usuários.
- d) a questão da humanização tem sido bem trabalhada tanto no que diz respeito aos direitos dos usuários, como receptor dos serviços, quanto em relação à comunicação entre os entes federados (gestores).

09. Machado (2012), quando fala sobre o modelo de intervenção da esfera federal do Estado na saúde, com ênfase para o período de 2003 a 2009, que corresponde aos mandatos do presidente Lula, destaca que, **EXCETO**:

- a) neste período, houve uma valorização do planejamento estatal, com articulação entre planejamento e orçamento por meio dos planos plurianuais (PPA).
- b) o processo de descentralização e a definição de regras mais rígidas de vinculação das receitas da saúde para as esferas subnacionais diminuiu o peso relativo da esfera federal no gasto público em saúde.
- c) o período foi marcado pela centralização do poder nas mãos do Ministério da Saúde pela persistência de dificuldades no financiamento.
- d) a partir de 2004, com pequenas exceções, os recursos federais passaram a ser transferidos para estados e municípios.

10. Sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil, pode-se afirmar que:

- a) desde o início do século passado, a atenção integral à saúde tem sido uma preocupação constante nas políticas governamentais, o que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- b) durante os governos militares, houve um aprofundamento da centralização e verticalização das ações de saúde pública, principalmente pela implantação do Programa Integral de Saúde (PIS).
- c) a Política de Atenção Primária à Saúde obteve grande destaque no início da década de 1950, quando ocorreu o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde.
- d) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) institucionalizou-se graças a experiências locais de práticas com agentes comunitários, que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada, em algumas regiões do país.

11. Machado e Baptista (2012) destacaram como sendo políticas com prioridades na Agenda Federal de Saúde, na última década:

- a) Brasil Sorridente, Samu, Farmácia Popular
- b) Brasil Sorridente, Farmácia Popular e Atenção ao Idoso
- c) Samu, Farmácia Popular e Unidade de Pronto atendimento (UPA)
- d) Farmácia Popular, Unidade de Pronto atendimento (UPA) e Atenção ao Idoso

12. São corretas as afirmações abaixo, **EXCETO**:

- a) Considera-se agenda, no âmbito de uma política de governo, a relação de temas aos problemas que mobilizam seriamente a atenção de governantes e pessoas a eles associados em determinado momento.
- b) A Farmácia Popular é uma política que permite o aumento do acesso das pessoas aos medicamentos a preços baixos, com subsídio do governo municipal, configurando uma estratégia de copagamento entre usuários e governo.
- c) O movimento de Reforma Sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrido nas últimas décadas do século passado, compreenderam esforços para promover uma mudança radical no sistema de saúde brasileiro.
- d) Na área da saúde, o planejamento constitui uma macrofunção fundamental para o direcionamento da política de saúde, ao envolver a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária.

13. Teixeira, Oliveira e Arantes (2012) destacam algumas mudanças nas Políticas do Trabalho e Educação em Saúde que ocorreram no Governo Lula. Porém, ainda nos anos 90, os mesmos autores lembram que **NÃO** se deve considerar acontecimentos desta época:

- a) Foram postas em execução políticas como o Plano de Demissão Voluntária (PDV), voltado para carreiras consideradas não estratégicas de Estado.
- b) No setor saúde, houve a unificação das carreiras dos diferentes entes governamentais por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela implantação de isonomia salarial.
- c) Propôs novos formatos institucionais, com destaque para as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips).
- d) A ocorrência de diferentes formas de terceirização e de contratos como alternativas para a manutenção do funcionamento de alguns programas de saúde.

14. Após o reconhecimento da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família, alguns grupos de iniciativas se destacaram, **EXCETO**:

- a) incentivo à expansão das equipes nos grandes centros urbanos.
- b) iniciativas de mudanças na formação dos profissionais, voltadas para a atenção primária.
- c) medidas voltadas para o fortalecimento de ações de monitoramento e avaliação da atenção secundária.
- d) medidas de qualificação da estratégia mediante a crescente incorporação de outros profissionais.

15. São consideradas mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde, ocorridas na primeira década do Século XXI:

- a) Formação e desenvolvimento de programas de capacitação pulverizados em diferentes secretarias do Ministério de Saúde e da Educação.
- b) O surgimento de Planos de Cargos, Carreira e Salários levando em consideração a qualificação profissional dos trabalhadores em saúde.
- c) A centralização nos Ministérios da Saúde e da Educação como locus privilegiado para execução de grande parte das políticas de educação e trabalho para a saúde.
- d) A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o lançamento do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

16. As Regiões de Saúde, instituídas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, devem:

- a) observar cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.
- b) ser referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
- c) agregar as Redes de Atenção à Saúde no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.
- d) estar inseridas em diferentes entes federativos independente de seus limites geográficos;

17. Quanto ao planejamento da saúde, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define, **EXCETO**:

- a) No planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.
- b) O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.
- c) O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível federal para o local, ouvido o Conselho Nacional de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.
- d) O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

18. O Instrumento de planejamento que visa definir as ações de saúde em cada território norteando a alocação de recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados pelos gestores é denominado:

- a) Plano de Saúde.
- b) Plano Diretor de Regionalização.
- c) Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde.
- d) Lei das Diretrizes Orçamentárias.

19. Sobre o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é **INCORRETO** afirmar que:

- a) regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.
- b) regulamenta uma melhor estruturação do sistema, dando-lhe adequada configuração sistêmica e uma melhor garantia jurídica à gestão compartilhada do SUS de ações e serviços de saúde à população.
- c) regulamenta a organização dos Conselhos de Saúde e Participação Popular.
- d) regulamenta a relação interfederativa na Atenção à Saúde.

20. No que se refere à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define que:

- a) a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
- b) a RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.
- c) a Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.
- d) cada município será responsável a cada dois anos, pela consolidação e publicação das atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

21. Durante o governo Lula, várias transformações estruturais ocorreram no mercado de planos e seguros de saúde. Marque a alternativa INCORRETA.

- a) A ocorrência de uma política de aumento de ativos financeiros para as empresas de saúde complementar não comprometeu os investimentos na expansão da oferta de ações e serviços de saúde.
- b) Atualmente, a ANS se encontra mais próxima dos centros decisórios das políticas econômicas, o que permite uma maximização e legitimação do processo de financeirização da assistência médico-hospitalar.
- c) Na última década houve aceleração nos processos de vendas e fusões no âmbito da assistência complementar, como estratégia de expansão, modificando o panorama do mercado de planos e seguros de saúde e de estabelecimentos de saúde.
- d) Na reconfiguração atual do mercado de assistência complementar, as cinco maiores empresas que mais despontam são: a Amil, como a empresa que se firmou como líder, seguida pela Dasa, Fleury, Odontoprev e Tempo Participações.

22. Para Carlos Del Nero (2002), o Brasil, assim como vários outros países de economia semelhante, apresenta distorção no rol de serviços de saúde que a população encontra ao seu dispor. Tal distorção ocorre devido a vários fatores, dos quais alguns se encontram elencados abaixo, EXCETO:

- a) Serviços oferecidos nem sempre correspondem às necessidades da população.
- b) Uso excessivo, em algumas áreas, de alta tecnologia médico-hospitalar para tratamento de moléstias preveníveis.
- c) Setor privado e setor público vivem em perfeita harmonia no que diz respeito aos exames lucrativos e cirurgias eletivas
- d) Distribuição do financiamento proveniente da seguridade social sem mecanismos apropriados de controle.

23. Paim e Teixeira (2006, p. 74) definem Política de Saúde como sendo “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente”. Diante dessa afirmação, é **CORRETO** afirmar que:

- a) uma política de saúde envolve a relação Estado-sociedade, as condições de saúde da população e seus determinantes, incluindo, ainda, o estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.
- b) a política de saúde, enquanto disciplina acadêmica, não precisa se preocupar em estudar as relações existentes entre os diferentes poderes na formulação e condução de políticas.
- c) políticas de saúde devem ser direcionadas apenas como resposta social aos problemas que envolvem o Estado, como sendo o formulador de políticas, e a sociedade, como receptáculo das políticas implementadas.
- d) o planejamento de uma boa política deve ter como preocupação apenas a dinâmica das classes a serem atingidas, sem se preocupar com estratégias e mecanismos de enfrentamento de problemas, visto que esses últimos devem ficar a cargo do corpo técnico formulador da política.

24. Para Júnior, Nascimento e Costa (2011), as transformações que têm ocorrido na relação Estado e Sociedade exigem mudanças, principalmente nas instituições de caráter privado e sem fins lucrativos que se encontram entre o mercado e o Estado. Sobre essas instituições, é correto afirmar que, **EXCETO**:

- a) são empresas administradas com a lógica do setor privado, porém, com finalidade de interesse público.
- b) por possuírem origens, definições e vocações não unívocas, são denominadas de terceiro setor.
- c) nos países periféricos são também conhecidas como organizações não governamentais (ONGs)
- d) a presença destas instituições cria uma dicotomia saudável entre mercado e Estado, principalmente na área da saúde.

25. O Método CENDES-OPS, elaborado na década de 1960, apesar de seu viés economicista, buscou aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico. Sobre esse método, pode-se afirmar que:

- a) influenciou propostas metodológicas de programação utilizadas no âmbito do SUS, particularmente no que tange à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação, atualmente “pactuação” entre prestadores públicos e privados.
- b) aboliu a construção de indicadores de saúde, por entender que o uso de indicadores não serve como descritor da realidade de saúde.
- c) seu enfoque, excessivamente normativo para a área de saúde, fez com que seus pressupostos e métodos não tenham mais validade nos dias de hoje.
- d) um diagnóstico em saúde, para ser bem feito, deve se limitar somente à descrição das condições sanitárias na coletividade.

26. Carlos Matus, importante economista chileno, desenvolveu, em 1963, uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo. Sua proposta conceitual e metodológica tomava como ponto de partida, **EXCETO**:

- a) a noção de situação, entendida como o conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social.
- b) o reconhecimento do problema, definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social.
- c) padrões de anormalidades, definidos a partir da falta de conhecimento e vontade do ator de agir sobre uma dada situação.
- d) o ator social, isto é, uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

27. Carlos Del Nero (2002, p. 20) define Economia da Saúde como sendo “a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde”.

Assim, é **CORRETO** afirmar que:

- a) o Estado não possui papel na evolução dos níveis de saúde como parte integrante da situação social, apenas possui intervenção no setor saúde, que resulta em benefício para a população, podendo, às vezes, apresentar maus resultados.
- b) aspectos como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos, todos temas comuns à economia da saúde, reúnem elementos essenciais à orientação das decisões no setor.
- c) os atuais aspectos filantrópicos das instituições de saúde funcionam da mesma forma que no início do século, visto que o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos constituem temas comuns à economia da saúde.
- d) de forma geral, apesar de ser inquestionável o papel dos vários Estados no setor da saúde, não há comprovação da presença de diferenças muito grandes na atuação governamental entre os vários países.

28. Júnior, Nascimento e Costa (2011) lembram que várias iniciativas têm sido desenvolvidas, em todo o mundo, no sentido de experimentar novas modalidades de gestão e de prestação de serviços de atenção primária com mais autonomia de gestão, na busca de mais eficiência e melhores resultados de saúde para a população. Nesse contexto, é **CORRETO** afirmar que:

- a) na Europa Ocidental, a instituição da privatização da atenção primária, por meio do chamado “mercado público”, concedeu incentivos financeiros aos prestadores de serviços de atenção primária para diminuir seus custos.
- b) vários países transformaram os prestadores privados de serviços de saúde em “empresas públicas” com autonomia de gestão, mas reguladas pelo Governo, com vistas ao aumento da quantidade de procedimentos dentro de um teto financeiro estabelecido.
- c) apesar de ter sido introduzida no Brasil no início do século passado, a atenção primária, rebatizada como atenção básica, consolidou-se no início dos anos 1990, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do seu precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- d) países europeus instituíram a nacionalização da atenção primária com a instituição de regimes de copagamentos para utilização dos serviços e a privatização de vários prestadores de serviços de atenção primária, realizando a substituição progressiva do financiamento privado pelo público.

29. Marque a opção que **NÃO** corresponde aos critérios objetivos, utilizados para a priorização de problemas de saúde da população, segundo o método CENDES-OPS para a área de planejamento em saúde.

- a) Transcendência.
- b) Magnitude.
- c) Vulnerabilidade.
- d) Estratégia.

30. Para Teixeira (2010, p. 17), planejamento pode ser entendido como “um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”. Sendo assim, é **CORRETO** afirmar que:

- a) por ser algo próprio de cada Estado, principalmente no que diz respeito à saúde, não sofre interferência de organismos internacionais, como por exemplo a Organização Pan-Americana de Saúde.
- b) o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade.
- c) somente no início do século XXI, a prática do planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida amplamente, o que gerou interesse de organismos internacionais de cooperação técnica.
- d) por se constituírem ações isoladas, a realização de campanhas sanitárias e a elaboração de programas de controle de doenças não podem ser consideradas atividades que incluem a prática do planejamento.

31. Data de 1975, na América Latina, sob os auspícios da Comissão Permanente do Pacífico Sul (CPPS), o marco inaugural do debate acerca da formulação de políticas de saúde, pela elaboração de um documento intitulado *Formulación de Políticas de Salud*. Tal documento sugere um esquema que se propõe a traduzir e interpretar o modelo mental sequencial que o político utiliza na formulação de políticas de saúde, por meio da elaboração de uma Imagem-Objetivo, ou seja, a construção da situação futura partindo da identificação da situação presente insatisfatória possível de ser modificada, que dará origem à formulação da política propriamente dita. Até chegar à sua fase final – a Formalização em documentos institucionais - uma política passa por diversas etapas (Teixeira, 2010).

Segundo a CPPS (1975), citada por Teixeira (2010), a sequência **CORRETA** de formulação de políticas de saúde é:

- a) desenho de estratégias, análise das propostas, formulação das propostas e formalização de políticas.
- b) análise das propostas, desenho de estratégias, formulação das propostas e formalização de políticas.
- c) análise das propostas, formulação das propostas, desenho de estratégias e formalização de políticas.
- d) formulação das propostas, análise das propostas, desenho de estratégias e formalização de políticas.

32. Carlos Matus (1993), citado por Teixeira (2010), afirma que o domínio de técnicas potentes de planificação consiste em uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo, e que se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle. Nessa perspectiva, o autor desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES), que contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos >> do processo de planejamento. Tais momentos são:

- a) momento decisivo, momento diretivo, momento estratégico-situacional e momento corretivo.
- b) momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional.
- c) momento tático-operacional, momento decisivo, momento diretivo e momento estratégico.
- d) momento explicativo, momento tático-operacional, momento decisivo e momento estratégico-situacional.

33. Segundo Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010), o primeiro passo para identificar os problemas e necessidades e saúde de uma população implica na sistematização de um conjunto de indicadores.

Das assertivas a seguir, marque aquela que contém esse conjunto de indicadores.

- a) Indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos.
- b) Indicadores de morbi-mortalidade, sociais e epidemiológicos.
- c) Indicadores sócio-econômicos, demográficos e epidemiológicos.
- d) Indicadores sociais, populacionais e demográficos.

34. Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), é **CORRETO** afirmar que:

- a) a direção única do SUS é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, pelas secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente.
- b) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.
- c) os Conselhos de Saúde congregam representantes dos prestadores de serviço públicos e privados, profissionais de saúde e usuários e atuam formulando estratégias para execução de políticas de saúde no âmbito governamental.
- d) caracteriza-se pela universalidade de cobertura e processo de centralização político-administrativo que envolve a manutenção de recursos e serviços sob responsabilidade da esfera federal.

35. Análise de um conjunto de instrumentos normativos, feita por Araújo (2010), revelou que o esforço para transformar uma gestão pública burocrática, orientada por processos, em uma gestão pública, orientada para resultados, apresenta algumas dificuldades, tais como, **EXCETO**:

- a) a ausência do cidadão na construção do sistema determina um desenho institucional que se limita a dar espaço aos Conselhos de Saúde, mas que não articula outros espaços de escuta ao cidadão.
- b) os mecanismos de prestação de contas se limitam a aspectos burocráticos próprios da administração pública, seguindo o caminho tradicional de prestação de contas aos órgãos de controladoria e auditoria, fazendo com que a gestão ainda não seja avaliada pelos resultados que ela alcança.
- c) os usuários participam ativamente da tomada de decisão sobre as políticas de saúde e sobre os arranjos operacionais, o que implica que a gestão do SUS tem se preocupado bastante com a ampliação do espaço público do cidadão.
- d) a eficácia e a efetividade dos contratos não são avaliadas, o que resulta em uma gestão pouco capaz de atender aos requisitos de uma gestão orientada por resultados.

36. Para Júnior, Nascimento e Costa (2011), os sistemas de saúde baseados na atenção primária possuem elementos estruturais e funcionais próprios que os caracterizam, tais como, **EXCETO**:

- a) marco legal e organizacional sólidos.
- b) recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis.
- c) atenção integral e continuada.
- d) ênfase nas ações assistências em todos os níveis de atenção.

37. Ao longo das últimas quatro décadas, aconteceram mudanças significativas nas formas de participação popular nas políticas de saúde no Brasil. De acordo com Escorel e Moreira (2008), assinale a alternativa que apresenta, de forma mais abrangente, as diversas formas de participação no campo da política e das práticas sociais no setor saúde no Brasil.

- a) Comissão Intergestora Bipartite, Comissão Intergestora Tripartite e Conselhos de Saúde.
- b) Participação comunitária em programas de extensão de cobertura, participação popular, participação social.
- c) Participação institucionalizada, participação não institucionalizada, CONASS e CONASSEMS.
- d) Participação política em órgãos institucionais colegiados, conselhos de saúde e conferências de saúde.

38. Do ponto de vista conceitual, planejamento pode ser entendido como:

- a) modo antecipado de pensar a ação organizacional, devendo necessariamente anteceder-lá.
- b) redução a uma técnica para elaborar planos, projetos e programas.
- c) um instrumento voltado essencialmente para o alcance de objetivos.
- d) uma prática social de transformação de uma situação inicial para situação futura.

39. O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão acelerada a partir do início da segunda metade do século XX. Em relação aos gastos com saúde neste período é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) No início dos anos 1950, os dispêndios nacionais com saúde não excediam a 1% do PIB, grande parte destinada a programas de saúde pública, principalmente aos de controle de doenças transmissíveis (MC GREEVEY; BAPTISTA; PINTO; 1984)
- b) Na década de 1970, o percentual era estimado como equivalente a 2,5% do PIB, incluindo o gasto privado.
- c) Nos anos 1980, estes gastos atingiram a cifra de 4,5% (VIANNA; PIOLA, 1991).
- d) No final da primeira década do século 21, segundo a OMS, este índice ultrapassa 10% do PIB (WHO, 2010).

40. Depois de forte expansão a partir do final da II Guerra (1939-1945) e tendo atingido seu apogeu nos anos 1970, o Estado de Bem-Estar entrou em crise. Das afirmativas abaixo, assinale aquela que **NÃO** contribuiu para esta condição.

- a) A emergência de novos sujeitos e necessidades tendo em vista as transformações da sociedade.
- b) A perda de correlação entre o incremento dos gastos fiscais e o aumento da qualidade dos serviços.
- c) A falta de modelos de gestão que atendam as especificidades do setor público.
- d) O fortalecimento do financiamento da saúde nos países centrais.

41. Na atualidade, algumas estratégias vêm sendo usadas tentando suprir necessidades, no desenvolvimento das políticas de saúde, que supostamente o mercado e o Estado não conseguem satisfazer. Dentre essas estratégias, podemos destacar, **EXCETO**:

- a) ONGs.
- b) Consórcios.
- c) Associações.
- d) Organizações sociais e entidade filantrópicas em geral.

42. A Emenda Constitucional n. 2917 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo apórtam anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde. Seus principais pontos são os seguintes:

- a) acrescenta (arts. 1º e 2º), aos artigos 34 e 35 da Constituição Federal, a possibilidade de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas;
- b) acrescenta (art. 3º) dispositivo ao § 1º do art. 156 da CF, permitindo aos municípios estabelecer progressividade na cobrança do IPTU em função do valor do imóvel e ter alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e uso do imóvel;
- c) condiciona (art. 4º), no art. 160 da CF, a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda; d
- d) Impede, no art. 167 da CF, a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde.

43. Em relação ao Pacto em defesa do SUS Brasil (2006), podemos considerar como prioridades, **EXCETO**:

- a) implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.
- b) elaborar as diretrizes para a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pelo Congresso Nacional.
- c) garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma destas esferas.

44. Quanto ao Pacto pela Vida, é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.
- b) Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.
- c) Representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS vigente até então.
- d) Mantém os pactos formalizados pelos gestores de acordo com as definições das normas operacionais do SUS.

45. São compromissos sanitários do PACTO DE GESTÃO (Brasil 2006), **EXCETO**:

- a) Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.
- b) Redução da mortalidade materna e infantil, com a efetivação do pacto já firmado entre os gestores, garantindo o acesso ao atendimento humanizado e de boa qualidade, ao pré-natal, parto e puerpério e as ações de vigilância.
- c) Eliminação da hanseníase e controle da tuberculose, dengue, malária, DST/aids, doenças imunopreveníveis e outras doenças controláveis de grande incidência regional ou local, com redução progressiva dos níveis de incidência, tomando por referência mínima, em todos os estados e municípios, as metas nacionais estabelecidas.
- d) Controle de hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

46. As prioridades definidas pelo Pacto pela Vida incluem, **EXCETO**:

- a) controle do câncer de colo de útero e de mama.
- b) redução da mortalidade materna e infantil.
- c) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
- d) acesso universal aos medicamentos de alto custo.

47. Segundo Teixeira (2008), para elaboração do Plano de Saúde, devemos considerar:

- a) análises da situação de prováveis saúde, que corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas, objetos das intervenções propostas.
- b) definição dos objetivos que inclui as linhas de ação a análise da viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do plano.
- c) desenho das propostas de intervenção e suas respectivas estratégias de ação que incluem a identificação da situação, objetivo que se pretende alcançar no prazo do plano, a definição dos cenários prováveis e a formulação dos objetivos propriamente ditos.
- d) o quarto momento de elaboração, ou seja, o momento normativo, que implica no detalhamento das tarefas, necessário à operacionalização das ações propostas.

48. Segundo a Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, são objetivos das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, **EXCETO**:

- a) decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.
- b) orientar os Conselhos Municipais de Saúde sobre matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.
- c) definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados.
- d) fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

49. São objetivos gerais do processo de Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência em Saúde (CONASS, 2011):

- a) buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.
- b) orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população.
- c) definir os limites financeiros municipais para a assistência de média e alta complexidade.
- d) possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde.

50. São recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (CONASS 2011 livro 2):

- a) os consignados a seu favor nos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União: os decorrentes de créditos adicionais.
- b) os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamentos e de empréstimos.
- c) os provenientes da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. (CPMF).
- d) os provenientes do seguro Obrigatório do DPVAT, os resultantes de aplicação financeiras, dos decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria.