

**GESTÃO HOSPITALAR - ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA**

INSTRUÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

- **Será excluído do concurso o candidato que for flagrado portando ou mantendo consigo celular, aparelho ou componente eletrônico dentro da sala de provas.**
- Se solicitado pelo Fiscal, o candidato deve assinar a Ata de Abertura do Lacre.
- O candidato não pode usar em sala: boné, chapéu, chaveiros de qualquer tipo, óculos escuros, relógio e similares.
- Junto ao candidato, só devem permanecer documento e materiais para execução da prova. Todo e qualquer outro material, exceto alimentos, água em garrafa transparente e medicamentos, têm de ser colocados no saco plástico disponível, amarrado e colocado embaixo da cadeira.
- O candidato que possuir cabelos compridos deve mantê-los presos, deixando as orelhas descobertas.
- **O candidato deve conferir se sua prova tem 50 questões, sendo cada questão constituída de 5 alternativas (a, b, c, d, e) e numeradas de 01 a 50. Caso haja algum problema, solicitar a substituição de seu caderno ou página.**
- O candidato deve comunicar sempre aos fiscais qualquer irregularidade observada durante a realização da prova. Não sendo tomadas as devidas providências a respeito de sua reclamação, solicitar a presença do Coordenador do Setor ou comunicar-se com ele, na secretaria, ao final da prova.
- O candidato não pode retirar nenhuma página deste caderno.
- **A duração da prova, considerando a marcação do cartão de respostas, é de 3 horas. O candidato só poderá sair decorridos 60 minutos.**
- O candidato deve assinar a lista de presença e o cartão de respostas com a assinatura idêntica à da sua identidade.
- O candidato, ao receber o cartão de respostas, deve ler, atentamente, as instruções nele contidas.
- Os três últimos candidatos deverão permanecer até o final da prova para assinar a Ata de Encerramento.

**NOME LEGÍVEL:** .....

**ASSINATURA:** .....

**INSCRIÇÃO:**

--	--	--	--	--	--

ANOTE ABAIXO SUAS RESPOSTAS – Somente o fiscal poderá cortar a parte de baixo desta página, para que você a leve consigo.

UFJF – RESIDÊNCIAS HU 2018 – PROVA OBJETIVA – GESTÃO HOSPITALAR - ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	

## **INSTRUÇÕES PARA MARCAÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS:**

1 - Na correção dos cartões de respostas, para efeito de pontuação, será **desconsiderada**:

- questão que não apresentar nenhuma opção assinalada;
- questão que contiver mais de uma opção assinalada, sejam estas marcações acidentais ou não, independentemente da dimensão, ocasionadas por borrões, corretivos, emendas, manchas, pontos, sombreados de lápis ou caneta, traços ou quaisquer outros tipos de rasuras.

2 - Para que o candidato não se enquadre em nenhuma dessas situações, tendo alguma questão anulada devido a múltiplas marcações, é imprescindível que ele tenha o máximo de atenção, cuidado e capricho ao transcrever as respostas das questões do caderno de provas para o cartão de respostas.

Em hipótese alguma, será fornecido outro cartão de respostas, portanto, é preciso que o candidato fique atento e preencha, corretamente, **apenas uma** das cinco alternativas em cada questão, utilizando **caneta esferográfica azul ou preta de corpo transparente, conforme a figura abaixo:**



**QUESTÃO 01** - Com relação ao Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8080/90, é CORRETO afirmar:

- (A) O decreto dispõe sobre a organização e planejamento do Sistema Único de Saúde e enfatiza as ações de prevenção e promoção.
- (B) O decreto dispõe sobre diretrizes que efetivam a participação popular, o planejamento e a integralidade da assistência como eixo de cuidado.
- (C) O decreto dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- (D) O decreto dispõe sobre a organização do controle social e articulação interfederativa ao instituir as redes de atenção à saúde.
- (E) O decreto dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, o financiamento e a participação popular.

**QUESTÃO 02** - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, EXCETO:

- (A) os serviços de acesso aberto tidos como especiais.
- (B) os serviços de atenção primária.
- (C) os serviços de atenção psicossocial.
- (D) os serviços de atenção secundária.
- (E) os serviços de atenção de urgência e emergência.

**QUESTÃO 03** - A lei 8080/90 sofreu alterações importantes no ano de 2015. Considerando as implicações dessas alterações é CORRETO afirmar:

- (A) As alterações viabilizam os pressupostos essenciais da Reforma Sanitária Brasileira e contribuem para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.
- (B) As alterações contribuem para o fortalecimento da saúde como um direito e dever do Estado, partindo da perspectiva do conceito ampliado de saúde.
- (C) As alterações cooperam com as singularidades do movimento sanitário instituído na década de 70 que evoluíram para um novo momento de participação popular.
- (D) As alterações vão ao encontro dos fundamentos essenciais de um sistema público de saúde universal regido pela orientação da saúde como um direito de todos.
- (E) As alterações colaboram para a perspectiva de um movimento evidenciado nos últimos anos, o qual podemos denominar como contrarreforma da política de saúde brasileira.

**QUESTÃO 04** - Após o surto de crianças nascidas com microcefalia associada à epidemia de Zika vírus, no nordeste brasileiro, foi necessário que o Ministério da Saúde adotasse estratégias e ações em conjunto com os demais entes federativos para enfrentar esse grave problema de saúde pública. Um bom exemplo da situação descrita é a criação do Centro de Assistência Multidisciplinar de Microcefalia da Bahia no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Os pacientes diagnosticados serão encaminhados para lá por meio das Unidades Básicas de Saúde, maternidades e outros hospitais. A criança com a condição passará, em um mesmo dia, por avaliações dos setores de pediatria, neuropediatria, infectologia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e ultrassom. Haverá ainda outros serviços do hospital dedicados ao suporte dos pacientes, como nutrição, psicologia, assistência social e enfermagem.

Na situação descrita, observamos, respectivamente, qual princípio doutrinário e qual diretriz organizativa do SUS?

- (A) Integralidade e hierarquização.
- (B) Universalidade e descentralização.
- (C) Equidade e hierarquização.
- (D) Integralidade e participação popular.
- (E) Regionalização e universalidade.

**QUESTÃO 05** - A respeito do trabalho em equipe de saúde, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) O trabalho em equipe pressupõe responder às necessidades em saúde com vistas a racionalizar a assistência dentro de uma dimensão financeira e de mercado.
- (B) A construção do trabalho em equipe integrada visa romper com a lógica do modelo biomédico e do paroxismo instrumental tecnocientífico.
- (C) Os valores da integração, da democracia e da horizontalização das relações de trabalho numa equipe de saúde são constitutivos do SUS como política pública de saúde.
- (D) As intervenções do trabalho em equipe buscam assegurar assistência e cuidado que respondam às necessidades de saúde dos usuários com vistas à integralidade do cuidado.
- (E) A adoção de uma cultura institucional, que valoriza a integração do trabalho em equipe e as relações democráticas e horizontalizadas, impossibilita a fragmentação da assistência.

**QUESTÃO 06** - De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é CORRETO afirmar que:

- (A) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas de saúde que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (B) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (C) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas de saúde que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (D) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (E) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas de saúde assistenciais e ambientais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção e proteção.

**QUESTÃO 07** - Com relação ao modelo sanitário camponês que configurava a saúde pública tradicional, instituída no século passado, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Fez parte do bojo de ações e anseios do movimento conhecido como reforma sanitária.
- (B) Representou um marco no avanço da universalidade do sistema de saúde brasileiro.
- (C) Foi influenciado por interesses agroexportadores e econômicos no início do século XX.
- (D) Possibilitou a ampliação das ações do Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões.
- (E) Preconizava a prevenção e integralidade na assistência à saúde de toda população.

**QUESTÃO 08** - Considerando a evolução das políticas públicas de saúde, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) A década de 1970 foi marcada pela expansão do modelo assistencial privatista, impulsionado por recursos públicos.
- (B) Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, na década de 1930, adotou o modelo de seguro doença e a lógica de cidadania regulada.
- (C) As primeiras ações de saúde implementadas pelo governo surgiram com a vinda da família real para o Brasil em 1808.
- (D) O governo Vargas (1930-1945) deixou como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médica hospitalar.
- (E) A Lei Eloy Chaves (1923) regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões para as organizações trabalhistas urbanas e rural.

**QUESTÃO 09** - São eixos estratégicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), EXCETO:

- (A) Participação, controle social e gestão participativa.
- (B) Indissociabilidade entre gestão e atenção.
- (C) Formação, comunicação e produção de conhecimento.
- (D) Cuidado em saúde.
- (E) Intersectorialidade e diálogos multiculturais.

**QUESTÃO 10** - Com relação aos princípios orientadores da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na medicina baseada em evidência.
- (B) A emancipação é um processo de construção no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência por meio de conhecimentos jurídicos.
- (C) A humanização é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade.
- (D) O compromisso com a construção do projeto democrático é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e tem como protagonistas os profissionais de saúde.
- (E) O diálogo é compreendido como o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos e possibilita ampliar o conhecimento crítico acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

**QUESTÃO 11** - O conselho municipal de saúde de um município no interior do estado de Minas Gerais é composto por um total de 24 conselheiros. Considerando a lei 8142/90, que dispõe sobre a participação social, é CORRETO afirmar:

- (A) Doze conselheiros devem ser representantes dos usuários.
- (B) O número total de vagas deve ser distribuído igualmente entre os diferentes atores sociais.
- (C) Quatro conselheiros devem ser representantes dos profissionais de saúde.
- (D) Os representantes dos serviços privados da rede pública de saúde devem ocupar três vagas.
- (E) A gestão e os profissionais de saúde do município devem ocupar seis vagas.

**QUESTÃO 12** - Para a escolha dos pacientes que serão atendidos no domicílio pela Equipe de Saúde da Família na Atenção Básica são adotados critérios de risco, vulnerabilidade, necessidade e capacidade de deslocamento dos usuários.

O enunciado acima remete ao seguinte princípio do SUS:

- (A) Complementaridade.
- (B) Universalidade.
- (C) Resolutividade.
- (D) Equidade.
- (E) Integralidade.

**QUESTÃO 13** - Assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) O SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando as suas disponibilidades forem insuficientes.
- (B) A assistência à saúde envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde e é livre à iniciativa privada.
- (C) A participação direta ou indireta de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde deve ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.
- (D) Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS.
- (E) São permitidas no SUS as doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

**QUESTÃO 14** - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem obedecer às seguintes diretrizes, EXCETO:

- (A) Direito a informação às pessoas assistidas sobre sua saúde e participação social.
- (B) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- (C) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.
- (D) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização.
- (E) Hierarquização, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

**QUESTÃO 15** - De acordo com o Artigo 6º da Lei 8080/90, inclui-se no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) O controle da formação de recursos humanos na área de saúde.
- (B) A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
- (C) A execução de ações de vigilância sanitária, previdenciária epidemiológica.
- (D) A coordenação da proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
- (E) A colaboração e proteção da política de sangue e seus derivados.

**QUESTÃO 16** - A Política Nacional de Humanização, (BRASIL,2004) se apoia em princípios norteadores para efetividade de suas ações. Com relação a estes princípios assinale a alternativa CORRETA.

- (A) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- (B) Estímulo a processos voltados para o restabelecimento da saúde em agravos prevalentes, definidos pelo perfil epidemiológico atual.
- (C) Fortalecimento de trabalho nos núcleos profissionais o que favorece as atividades de transdisciplinaridade e da grupalidade.
- (D) Fortalecimento de ações para atuação em rede com prioridade para as atividades da alta complexidade.
- (E) Utilização da informação, da comunicação, para fortalecimento da gestão centralizada.

**QUESTÃO 17** - As bases estruturantes do SUS foram constituídas a partir de um diagnóstico feito pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao longo dos anos 70-80, onde se destacavam condições dos serviços então ofertados à população. São condições evidenciadas naquele diagnóstico, EXCETO:

- (A) Excessiva centralização, implicando por vezes em impropriedades das decisões, pela distância dos locais de ocorrência dos problemas.
- (B) Baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes.
- (C) Irresolutividade, desperdício e fragmentação das ações e serviços no enfrentamento aos problemas e necessidades apontadas nas diferentes regiões e populações brasileiras.
- (D) Distribuição inadequada e desigual de recursos e serviços de saúde em todo o território nacional, reproduzindo, no campo da saúde, as iniquidades sociais e econômicas do país.
- (E) Oferta de serviços que atendiam as diretrizes organizacionais de regionalização e de descentralização.

**QUESTÃO 18** - De acordo com as DIRETRIZES OPERACIONAIS dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão o modelo assistencial apoiado no fortalecimento da Atenção Básica tem como objetivos, EXCETO:

- (A) Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- (B) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- (C) Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, com ênfase nos municípios de pequeno porte.
- (D) Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços.
- (E) Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.



**QUESTÃO 19** - A PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação ao conjunto atributos essenciais ao funcionamento da RAS estabelecidos nesta portaria, marque a alternativa CORRETA.

- (A) Atenção Primária em Saúde estruturada com equipamentos de alta complexidade permitindo cobertura ampliada às demandas da população.
- (B) Atenção à saúde centrada nos agravos de alto risco.
- (C) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
- (D) Financiamento centrado no município, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.
- (E) Sistema de informação integrado aos diferentes níveis de atenção incluindo a rede privada de atendimento à saúde.

**QUESTÃO 20** - O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) é um tema novo no SUS, introduzido pelo Decreto n. 7.508/2011. São disposições essenciais do Coap, EXCETO:

- (A) Identificação das necessidades de saúde locais e regionais.
- (B) Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional.
- (C) Indicadores e metas de saúde.
- (D) Oferta de ações de saúde nos diferentes níveis de complexidade na rede de atenção municipal de saúde.
- (E) Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente.

**QUESTÃO 21** - Segundo Costa (2017, p. 1066) “em razão da singularidade do setor saúde, o escopo e a escala da intervenção regulatória do governo devem ir muito além da provisão de cuidado básico.”. Valendo-se de Arrow (1963) o autor afirma que:

- (A) a demanda por serviços de saúde é previsível, à exemplo da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (B) a demanda por serviços de saúde é imprevisível, à exemplo da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (C) a demanda por serviços de saúde é previsível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (D) a demanda por serviços de saúde é irreversível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (E) a demanda por serviços de saúde é imprevisível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.

**QUESTÃO 22** - Para Costa (2017, p. 1066) em função da característica relativa à previsão (imprevisibilidade) do surgimento de alguma enfermidade, a demanda individual por serviços médicos, com exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida a quais incertezas?

- (A) ao rompimento de mercados desregulados, ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida.
- (B) ao rompimento de mercados desregulados, ao risco de perda da capacidade de financiamento e, no limite, da saúde financeira.
- (C) ao funcionamento de mercados desregulados, ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da saúde financeira.
- (D) ao funcionamento de mercados desregulados, ao risco de perda da capacidade de financiamento e, no limite, da saúde financeira.
- (E) ao funcionamento de mercados desregulados, ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida.

**QUESTÃO 23** - Existem dois aspectos da oferta de assistência à saúde que diferem significativamente em relação aos produtos tradicionais. Segundo Arrow (1963) apud Costa (2017, p. 1066) os dois seriam:

- (A) O primeiro aspecto seria a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Já o segundo aspecto se deve ao fato de o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) serem intangíveis.
- (B) O primeiro aspecto seria a elevada dependência do paciente à introspecção profissional, especialmente médica. Já o segundo aspecto se deve ao fato de o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) serem intangíveis.
- (C) O primeiro aspecto seria a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Já o segundo aspecto se deve ao fato de o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) serem tangíveis.
- (D) O primeiro aspecto seria a elevada dependência do paciente à introspecção profissional, especialmente médica. Já o segundo aspecto se deve ao fato de o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) serem tangíveis.
- (E) O primeiro aspecto seria a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Já o segundo aspecto se deve ao fato de o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) serem determinados por decisão profissional, de forma que o paciente não possua controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.

**QUESTÃO 24** - Para Costa (2017, p. 1066) a “existência de um mercado de serviços de saúde não regulado ou regulado de modo incompleto pelo governo” favoreceria:

- (A) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro público; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.
- (B) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro público; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso indireto das famílias.
- (C) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso indireto das famílias.
- (D) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência de bônus de financiamento das despesas com saúde para o usufruto direto das famílias.
- (E) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.

**QUESTÃO 25** - Segundo Costa (2017, p. 1067) “as sociedades democráticas adotaram o financiamento público para os serviços de saúde” em função:

- (A) das imposições das opções de mercado e como meio de evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (B) das imposições das opções de mercado e como meio de suscitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (C) das limitações das opções do Estado e como meio de evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (D) das limitações das opções de mercado e como meio de evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (E) das limitações das opções do Estado e como meio de suscitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.

**QUESTÃO 26** - Esping-Andersen (1991) apud Costa (2017, p. 1067) identifica na experiência de adoção do financiamento para os serviços públicos de saúde um:

- (A) processo de mercantilização, assinalando que os países escolhem a construção de “regimes” de proteção social contra a dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.
- (B) processo de mercantilização, assinalando que os países escolhem a construção de “regimes” de proteção social como estratégia de reforço da dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.
- (C) processo de mercantilização, negando que os países escolhem a construção de “regimes” de proteção social contra a dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.
- (D) processo de desmercantilização, assinalando que os países escolhem a construção de “regimes” de proteção social contra a dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.
- (E) processo de desmercantilização, assinalando que os países obstruem a construção de “regimes” de proteção social contra a dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.

**QUESTÃO 27** - Albuquerque e Viana (2015, p. 29) ao discutirem o papel do Estado na condução do planejamento territorial se valem de (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Para estas autoras diversas questões orientaram este debate. Dentre elas estão as seguintes:

- (A) a participação de representantes do mercado e da sociedade; a visão integrada dos usos do território e das redes, restrita a determinados setores da administração pública ou da economia; a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; dentre outras.
- (B) a sublimação de representantes do mercado e da sociedade; a visão integrada dos usos do território e das redes, restrita a determinados setores da administração pública ou da economia; a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; dentre outras.
- (C) a participação de representantes do mercado e da sociedade; a visão integrada dos usos do território e das redes, restrita a determinados setores da administração pública ou da economia; a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); o combate às desigualdades socioespaciais, e a desoneração das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; dentre outras.
- (D) a participação de representantes do mercado e da sociedade; a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; dentre outras.
- (E) a comunhão de representantes do mercado e da sociedade; a visão integrada dos usos do território e das redes, restrita a determinados setores da administração pública ou da economia; a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; dentre outras.

**QUESTÃO 28** - Para Albuquerque e Viana (2015, p. 30) a organização de regiões de saúde e redes assistenciais estão previstas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). A partir desta conformação institucional a definição dos autores para região de planejamento é a seguinte:

- (A) região de planejamento é um boicote instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (B) região de planejamento é um recorte procrastinado pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (C) região de planejamento é um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (D) região de planejamento é um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, subjetivos e recursos predefinidos.
- (E) região de planejamento é um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, subjetivos e recursos indefinidos.

**QUESTÃO 29** - Segundo Albuquerque e Viana (2015, p. 30) o tipo de planejamento adotado para a Saúde não cria um novo ente político com orçamento próprio, pois depende da capacidade, autonomia e solidariedade das esferas de governo para:

- (A) impor um plano regional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; dentre outras intervenções.
- (B) impor um plano internacional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; dentre outras intervenções.
- (C) propor um plano regional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; dentre outras intervenções.
- (D) impor um plano regional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e desregularizar redes de produção, serviços, logística e informação; dentre outras intervenções.
- (E) propor um plano regional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e desregularizar as redes de produção, serviços, logística e informação; dentre outras intervenções.

**QUESTÃO 30** - Para Albuquerque e Viana (2015, p. 30) as regiões de planejamento do SUS foram pensadas “em combinação a conformação de redes”. Portanto, segundo as autoras as perspectivas de regionalização são condicionadas pelo entendimento sobre rede de saúde. Quais são as duas principais perspectivas de rede que influenciaram as diretrizes de regionalização do SUS:

- (A) redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem soviética; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana.
- (B) redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem soviética; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem chinesa.
- (C) redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem inglesa; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana.
- (D) redes regionalizadas e descentralizadas, de origem inglesa; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana.
- (E) redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem inglesa; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas multifuncionais de saúde, de origem norte-americana.

**QUESTÃO 31** - Ao discutir Mendes (2010, p. 2300), Albuquerque e Viana (2015, p. 31) definem que os elementos constituintes das redes de atenção à saúde são:

- (A) a orçamentação pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura operacional e o modelo de atenção.
- (B) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura operacional e o modelo de atenção.
- (C) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura concorrencial e o modelo de atenção.
- (D) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura operacional e o modelo de subsunção.
- (E) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura concorrencial e o modelo de subjugação.

**QUESTÃO 32** - Segundo Albuquerque e Viana (2015, p. 31-32), as redes de atenção à saúde se integram por linhas de cuidado. Estas linhas servem:

- (A) como diretrizes para a estratégia de desarticulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede.
- (B) como diretrizes para a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede.
- (C) como diretrizes para a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos devaneios na rede.
- (D) como diretrizes para a estratégia de enfrentamento das unidades e dos atendimentos na rede.
- (E) como diretrizes para o benchmark de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede.

**QUESTÃO 33** - Para Hartz; Contandriopoulos (2004) apud Albuquerque e Viana (2015, p.32) a noção de integralidade aparece relacionada às redes de atenção à saúde sugerem uma dupla leitura. Esta dupla leitura seria entender as:

- (A) redes como estrutura organizacional de produção de serviços e as redes como dinâmica de atores e organizações em permanente negociação.
- (B) redes como divisão organizacional de produção de serviços e as redes como dinâmica de atores e organizações em permanente negociação.
- (C) redes como estrutura organizacional de produção de serviços e as redes como estática de atores e organizações em permanente negociação.
- (D) redes como estrutura organizacional de produção de serviços e as redes como dinâmica de atores e organizações em eventuais negociações.
- (E) redes como divisão organizacional de produção de serviços e as redes como dinâmica de atores e organizações em eventuais negociações.

**QUESTÃO 34** - Segundo Albuquerque e Viana (2015, p. 32) as redes de atenção à saúde enfatizam o:

- (A) caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde, ou seja, os modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, a regulação, a continuidade do cuidado, a economia de escala e escopo, e a coordenação técnica e governança clínica.
- (B) caráter emergencial e logístico dos sistemas de saúde, ou seja, os modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, a regulação, a continuidade do cuidado, a economia de escala e escopo, e a coordenação técnica e governança clínica.
- (C) caráter emergencial e logístico dos sistemas de saúde, ou seja, os modelos de emergência, integração econômica vertical e horizontal, a regulação, a continuidade do cuidado, a economia de escala e escopo, e a coordenação técnica e governança clínica.
- (D) caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde, ou seja, os modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, a desregulamentação, a continuidade do cuidado, a economia de escala e escopo, e a coordenação técnica e governança clínica.
- (E) caráter gerencial e impositivo dos sistemas de saúde, ou seja, os modelos de gestão, intervenção econômica vertical e horizontal, a regulação, a continuidade do cuidado, a economia de escala e esforço, e a coordenação técnica e governança clínica.

**QUESTÃO 35** - Para Albuquerque e Viana (2015, p.32) a região é um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. Nesse sentido, o planejamento regional servira para enfatizar:

- (A) o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (B) o caráter privado e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (C) o caráter público mas focalizado do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (D) o caráter privado e focalizado do direito à saúde, minimizando o papel do Estado.
- (E) o caráter privado e universal do direito à saúde, ressaltando o papel do mercado.

**QUESTÃO 36** - Segundo Albuquerque e Viana (2015, P. 32) no âmbito da política nacional de saúde, os processos de descentralização, regionalização e organização de redes assistenciais de saúde (RAS) não estiveram associados desde o início da implantação do SUS. Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda, podendo ser caracterizada em três fases. Estas fases seriam:

- (A) fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as RAS.
- (B) fase I (2001-2005): região positiva com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as RAS.
- (C) fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região imposta com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as RAS.
- (D) fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e fase III (2011-atual): região imposta e contratualizada com as RAS.
- (E) fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e fase III (2011-atual): região negociada e reimpactada com as RAS.

**QUESTÃO 37** - Segundo (Gil, 2006) apud Brizola (2010, p. 13) o Sistema Único de Saúde (SUS) como produto de uma reforma setorial contemporânea e em construção, tem seus fundamentos doutrinários inspirados na democratização da sociedade, e, apesar de suas diretrizes representarem um ideário a ser conquistado, muitos são os avanços já alcançados. Entretanto, desde a sua implantação, o SUS vem enfrentando as consequências da não implementação do que foi aprovado na Constituição Federal de 1988, em especial no que se refere:

- (A) à garantia dos mecanismos de financiamento do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países centrais.
- (B) à presença dos mecanismos de combate à corrupção do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países periféricos.
- (C) à garantia dos mecanismos de floating do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países periféricos.
- (D) à garantia dos mecanismos de floating do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países centrais.
- (E) à garantia dos mecanismos de financiamento do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países periféricos.

**QUESTÃO 38** - Em 2004 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a apud Brizola, 2010 p.13-14) editou o documento Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, no qual apresenta os principais problemas da rede hospitalar. Dentre estes podem ser destacados:

- (A) a insuficiência total e má distribuição territorial dos leitos; a deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; a inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; e o grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços.
- (B) a insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; a eficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; a inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; e o grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços.
- (C) a insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; a deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; o superfaturamento dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; e o grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços.
- (D) a insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; a deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; a inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; e a onipresença da implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços.
- (E) a insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; a deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; a inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; e o grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços.



**QUESTÃO 39** - Segundo Brizola (2010, p. 15) a Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080 de 1990) estabelece que os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) se integram ao SUS por meio de convênios. Para o autor os HUE são importantes:

- (A) na organização e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação profissional, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde.
- (B) no comando e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação profissional, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde.
- (C) no comando e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação clínica, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde.
- (D) no comando e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação clínica, como na pesquisa e desenvolvimento de inovações, e na prestação de serviços de referência em saúde.
- (E) na organização e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação de empreendedores, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde.

**QUESTÃO 40** - Para la Forgia e Couttolenc (2009) apud Brizola (2010, p. 51) os hospitais públicos da administração direta, que representam aproximadamente 95% dos hospitais públicos do País, têm em geral, os piores desempenhos entre todos. Para os autores, a melhoria de desempenho desses hospitais passa por:

- (A) devassa nas contas públicas com a devida prisão dos responsáveis.
- (B) uma maior autonomia decisória e responsabilização, e essa seria uma condição para melhoria da gestão e assistência hospitalar no Brasil.
- (C) uma maior autonomia decisória e desresponsabilização, e essa seria uma condição para melhoria da gestão e assistência hospitalar no Brasil.
- (D) uma maior autonomia decisória não interfere na melhoria da gestão e assistência hospitalar no Brasil.
- (E) devassa nas contas dos gestores hospitalares com a devida prisão dos responsáveis.

**QUESTÃO 41** - Brizola (2010, p. 53) entende que a contratualização representa um avanço na relação jurídico-institucional do gestor do SUS com os hospitais e na forma de remuneração destes por meio de instrumentos mais modernos e flexíveis, podendo contribuir para o aprimoramento da gestão, com foco na melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados à população. Isto ocorreria segundo o autor por que a contratualização apresentase:

- (A) como um meio de aumentar a rentabilidade dos hospitais.
- (B) como um instrumento de punição, monitoramento, avaliação e regulação, com possibilidades de otimização dos recursos públicos, de modo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde.
- (C) como um instrumento de planejamento, monitoramento, avaliação e regulação, com possibilidades de otimização dos recursos públicos, de modo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde.
- (D) como um instrumento de planejamento, monitoramento, avaliação e punição, com possibilidades de otimização dos recursos públicos, de modo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde.
- (E) como um meio de aumentar a rentabilidade dos hospitais e controlar os roubos e desvios de recursos públicos.

**QUESTÃO 42** - Para Brizola (2010, p.53) a adoção da contratualização:

- (A) aumenta a possibilidade de imposição unilateral ou pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos e também a possibilidade de mecanismos de pagamentos complexos, rígidos, desvinculados de custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas.
- (B) reduz a possibilidade de imposição unilateral ou pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos mas aumenta a possibilidade de mecanismos de pagamentos complexos, rígidos, desvinculados de custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas.
- (C) reduz a possibilidade de imposição unilateral ou pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos e também a possibilidade de mecanismos de pagamentos complexos, rígidos, desvinculados de custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas.
- (D) aumenta a possibilidade de imposição unilateral ou pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos mas reduz a possibilidade de mecanismos de pagamentos complexos, rígidos, desvinculados de custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas.
- (E) aumenta a possibilidade de imposição multilateral e pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos mas reduz a possibilidade de mecanismos de pagamentos simples, flexíveis, vinculados a custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas.

**QUESTÃO 43** - No estudo de Brizola (2010, p. 53) diversos efeitos atribuíveis à contratualização em um hospital universitário e de ensino foram encontrados. O autor destaca como principais:

- (A) a redução da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, a ampliação da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e a redução da receita.
- (B) o aumento da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, a redução da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e o aumento da receita.
- (C) o aumento da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, a ampliação da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e o aumento da receita.
- (D) o aumento da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, a ampliação da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e a redução da receita.
- (E) a redução da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, a redução da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e a redução da receita.

**QUESTÃO 44** - Gonçalves (1983) apud Freitas (2014 p.12-13) afirma que as organizações hospitalares, por possuírem características particulares nas atividades que desempenham, diferem de outras organizações. Dentre os fatores levantados pelos autores podem ser citados os seguintes:

- (A) desenvolvimento de serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais; 2) dependência das necessidades e demanda de seus clientes; e 3) necessidade da definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros.
- (B) destruição de serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais; 2) dependência das necessidades e demanda de seus clientes; e 3) necessidade da definição das metas únicas.
- (C) desenvolvimento de serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais; 2) informatização das necessidades e demanda de seus clientes; e 3) necessidade da definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros.
- (D) desenvolvimento de serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais; 2) dependência das necessidades e demanda de seus clientes; e 3) necessidade da imposição das insatisfações dos diferentes membros e pouca tolerância a erros.
- (E) desenvolvimento de serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais; 2) dependência das necessidades e demanda de seus clientes; e 3) necessidade da imposição das insatisfações dos diferentes membros e muita tolerância a erros.

**QUESTÃO 45** - Segundo Freitas (2014, p. 13) os autores Bloom e Van Reenen (2010), realizaram uma pesquisa com dados de quase 1.200 hospitais no grupo dos 7 países mais ricos do mundo (Canadá, França, Alemanha, Itália, Suécia, Reino Unido e EUA). Os autores sugerem que melhorias nas práticas de gestão hospitalar podem ajudar a gerar ganhos de produtividade, ou seja, melhores práticas de gestão estão relacionadas com o aumento da produtividade e outros indicadores de desempenho, tais como:

- (A) retorno sobre o patrimônio afundado, crescimento das vendas e das taxas de sobrevivência.
- (B) retorno sobre o patrimônio empregado, redução das vendas e taxas de sobrevivência.
- (C) retorno sobre o patrimônio empregado, redução das vendas e aumento das taxas de sobrevivência.
- (D) estorno do patrimônio empregado, crescimento das vendas e redução das taxas de sobrevivência.
- (E) retorno sobre o patrimônio empregado, crescimento das vendas e das taxas de sobrevivência.

**QUESTÃO 46** - Freitas (2014, p.14) cita CHERYL WOLD, MPH WOLD e ASSOCIATES (2008) para afirmar que os indicadores são ferramentas poderosas para monitorar e comunicar informações importantes sobre o atendimento à saúde. Para os autores os indicadores têm sido usados na área da saúde de diversas maneiras como:

- (A) em apoio ao planejamento, ao envolvimento da comunidade e ao desenvolvimento de políticas de saúde, assim como, têm sido usados com sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos.
- (B) em oposição ao planejamento, ao envolvimento da comunidade e ao desenvolvimento de políticas de saúde, assim como, têm sido usados com sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos.
- (C) alternativa ao planejamento, ao envolvimento da comunidade e ao desenvolvimento de políticas de saúde, assim como, têm sido usados com sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos.
- (D) em repúdio ao planejamento, e ao desenvolvimento de políticas de saúde, assim como, têm sido usados com sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos.
- (E) em apoio ao planejamento, ao envolvimento da comunidade e ao desenvolvimento de políticas de saúde, assim como, têm sido usados sem qualquer sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos.

**QUESTÃO 47** - O desempenho de uma organização, principalmente uma organização hospitalar sem fins lucrativos, não pode ser medido unicamente a partir de resultados financeiros. Mercer (2003) citado por Freitas (2014, p. 19) levanta os seguintes problemas para avaliação da performance organizacional. Estes problemas seriam os seguintes:

- (A) negam o passado e sua orientação é para curto prazo; têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e são susceptíveis de manipulação.
- (B) refletem o passado e sua orientação é para curto prazo; têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e são susceptíveis de manipulação.
- (C) refletem o passado e sua orientação só serve para o longo prazo; têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e são susceptíveis de manipulação.
- (D) refletem o passado e sua orientação é para curto prazo; não têm deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e são susceptíveis de manipulação.
- (E) negam o passado e sua orientação é para longo prazo; não têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e não são susceptíveis de manipulação.

**QUESTÃO 48** - Segundo Freitas (2014, p. 24) o Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu o direito de acesso gratuito a todos os cidadãos brasileiros. Antes da promulgação desta Constituição Federal, havia uma divisão de classes de atendimento pelo serviço de saúde. O autor cita Paiva (2013) para listar três categorias dessa divisão, a saber:

- (A) a classe privilegiada que não podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores de carteiras assinadas (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos menos privilegiados que não tinham direito algum.
- (B) a classe privilegiada que podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores conta própria com carteiras assinadas (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos menos privilegiados que não tinham direito algum.
- (C) a classe privilegiada que podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores de carteiras assinadas (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos menos privilegiados que não tinham direito algum.
- (D) a classe privilegiada que podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores de carteiras assinadas (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos que embora fossem menos privilegiados tinham direitos plenos.
- (E) a classe privilegiada que não podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores informais (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos menos privilegiados que não tinham direito algum.

**QUESTÃO 49** - Segundo a REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (2008, p.13) citada por Freitas (2014, p. 66) pode-se afirmar que os indicadores são métricas que sintetizam informações relevantes do estado de saúde da população, assim como da performance do sistema de saúde. Os autores recomendam a análise conjunta de um grupo de indicadores, pois:

- (A) estes apresentam resultados mais precisos, permitindo melhor interpretação da situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde.
- (B) estes apresentam resultados mais imprecisos, permitindo melhor interpretação da situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde.
- (C) estes apresentam resultados mais precisos, dificultando a melhor interpretação da situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde.
- (D) estes apresentam resultados menos precisos, dificultando a melhor interpretação da situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde.
- (E) estes apresentam resultados mais precisos, permitindo melhor interpretação da situação sanitária de uma população mas não servem para a vigilância das condições de saúde.

**QUESTÃO 50** - Para Mendes e Bittar (2010) citados por Mendes e Bittar (2014) o envelhecimento tem profundas implicações para o setor saúde, com a modificação dos padrões epidemiológicos de morbi-mortalidade. Estas implicações seriam:

- (A) a redução das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas. Tal situação é seguida da maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e da ampliação do consumo dos medicamentos de uso contínuo que são mais custosos.
- (B) a ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a ampliação gradual da importância das doenças infectocontagiosas. Tal situação é seguida da maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e da ampliação do consumo dos medicamentos de uso contínuo que são mais custosos.
- (C) a ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas. Tal situação é seguida da menor utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e da ampliação do consumo dos medicamentos de uso contínuo que são mais custosos.
- (D) a ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas. Tal situação é seguida da maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e da ampliação do consumo dos medicamentos de uso contínuo que são mais custosos.
- (E) a redução das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas. Tal situação é seguida da maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e da redução do consumo dos medicamentos de uso contínuo que são mais custosos.

**RASCUNHO**