

GESTÃO HOSPITALAR

ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Confira se o **PROGRAMA EM ÁREA PROFISSIONAL** desta prova (descrito acima) confere com o programa constante em seu comprovante de inscrição.
- A duração total desta prova, incluindo o preenchimento do Cartão-Resposta, é de **3 horas**. A saída do local de provas só é permitida após **1 hora**. Administre o seu tempo da forma que lhe convier.
- **Será excluído do processo seletivo quem for flagrado mantendo consigo aparelho celular ou qualquer outro aparelho, dispositivo ou componente eletrônico. Esses dispositivos devem ser DESLIGADOS e acondicionados em saco plástico próprio – e assim devem permanecer até a saída do local de prova.**
- Não use em sala de prova boné, chapéu, chaveiros de qualquer tipo, óculos escuros ou relógio.
- Se você possui cabelos compridos, deve mantê-los presos, deixando as orelhas descobertas.
- Em cima da mesa ou carteira permite-se apenas: documento de identificação; **caneta preta ou azul de corpo transparente**; medicamentos; alimentos; água (ou outra bebida em recipiente de corpo transparente, sem o rótulo). Todos os demais pertences, **incluindo lápis**, devem ser acondicionados no saco plástico disponibilizado, que deve ter a ponta amarrada e ser mantido embaixo da cadeira ou carteira do candidato.

INÍCIO DA PROVA:

- Se solicitado pelo fiscal, assine a Ata de Sala.
- **CONFIRA, SOMENTE DEPOIS DE AUTORIZADO O INÍCIO DA PROVA**, se este Caderno de Questões contém **22 páginas numeradas de questões**, num total de **50 questões**, sendo cada questão constituída de **5 alternativas**. Se houver algum problema, solicite ao fiscal a **IMEDIATA** substituição deste Caderno de Questões.
- Receba o **Cartão-Resposta**, CONFIRA se o NOME e o CPF coincidem com o seu e assine-o **IMEDIATAMENTE**.

DURANTE A PROVA:

- Não desgrampeie nem retire nenhuma página deste caderno.
- Assine a Lista de Presença com assinatura idêntica à do documento de identificação apresentado.
- Comunique ao fiscal qualquer irregularidade que for observada. Não sendo tomadas pelo fiscal as providências devidas, solicite a presença do Coordenador do Setor na sala ou vá à coordenação do setor depois do final das provas.

FINAL DA PROVA:

- Preste **MUITA ATENÇÃO** ao marcar suas respostas no Cartão-Resposta. **Ele não será substituído em nenhuma hipótese.**
- **Entregue seu Cartão-Resposta**, pois ele é o único documento que será utilizado para correção. Você poderá levar consigo este Caderno de Questões.
- Os 3 (três) últimos candidatos permanecem até o final das provas para assinar a Ata de Sala.

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

----- **ANOTE AQUI O RASCUNHO DE SUAS RESPOSTAS** -----

** LEMBRE-SE de anotar suas respostas no Cartão-Resposta, único documento que será utilizado para correção.*

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	

QUESTÃO 01 – No tocante às disposições da Constituição Federal acerca da organização da Seguridade Social, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social e será financiada por toda a sociedade.
- (B) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da iniciativa privada destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social e será financiada por toda a sociedade.
- (C) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social e será financiada por trabalhadores e empregadores.
- (D) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos ao seguro social de saúde, à previdência e à assistência social e será financiada pelo Estado.
- (E) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa da sociedade civil organizada destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social e será financiada por trabalhadores formais e empregadores.

QUESTÃO 02 - De acordo com o estabelecido no Decreto de 7.508 de 2011, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.
- (B) A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (C) O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade da assistência elencada pelos profissionais de saúde.
- (D) Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada das Redes de Atenção à Saúde.
- (E) A atenção primária ordenará o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial.

QUESTÃO 03 - A definição exposta no Artigo 2º do Decreto de 7.508 de 2011: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” refere-se:

- (A) ao Mapa da Saúde.
- (B) à Região de Saúde.
- (C) ao Georreferenciamento de Saúde.
- (D) à Rede de Atenção à Saúde.
- (E) ao Território de Saúde.

QUESTÃO 04 - Considerando a Lei Federal 8.080/1990 e da Lei Federal 8.142/1990, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A participação da comunidade e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário são princípios do SUS.
- (B) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde é um dos fundamentos do SUS, assim como a garantia da participação da comunidade nas instâncias colegiadas deliberativas, em cada esfera de poder.
- (C) É um dos princípios do SUS a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, desde que em consonância com as prescrições e orientações dos profissionais de saúde.
- (D) A participação social é um dos princípios do SUS e a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos em Conselhos e Conferências é assegurada em lei.
- (E) As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

QUESTÃO 05 - Marta e Paulo são pais de Otaviano, uma criança de 7 de meses de idade, que teve diagnóstico de Fibrose Cística. A equipe de saúde da Unidade Básica na qual é atendido o encaminhou para serviço de pneumologia, ambulatório especializado e de referência na cidade. O projeto terapêutico prevê acompanhamento médico, nutricional, fisioterapêutico e tratamento medicamentoso. Contudo, devido à insuficiência da rede pública, não será possível o tratamento/acompanhamento por fisioterapeuta e nutricionista no setor público.

Considerando a presente situação hipotética, podemos afirmar que:

- (A) A equidade é um princípio observado de forma significativa.
- (B) A efetivação da descentralização é evidenciada.
- (C) A universalidade e a descentralização foram comprometidas.
- (D) A hierarquização foi comprometida.
- (E) A integralidade foi comprometida.

QUESTÃO 06 - Com relação aos dispostos na Lei 8080/90 sobre o planejamento e orçamento no SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde
- (B) Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (C) O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços.
- (D) Cabe ao Ministério da Saúde o processo de planejamento e orçamento do SUS, do nível federal ao local, ouvidos seus órgãos deliberativos.
- (E) Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

QUESTÃO 07 - Em relação aos eixos estratégicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) O eixo estratégico da prevenção e promoção da saúde implica o desenvolvimento de ações integrais e estímulo da co-responsabilização do cuidado, através de estratégias pedagógicas que garantam a compreensão da saúde em uma perspectiva positiva, capacitando a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo.
- (B) O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.
- (C) O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a resignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.
- (D) O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.
- (E) O eixo estratégico da intersetorialidade e de diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando ao fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.

QUESTÃO 08 - Considerando o texto de Paim (2017) sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) A RSB nasceu dos movimentos sociais incluindo o popular, o estudantil, o acadêmico, o sindical e de profissionais de saúde, sendo integralmente incorporada pelo Estado a partir da Constituição de 1988.
- (B) As características do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira, bem como a ação política dos atores sociais, dosaram os ritmos e os conteúdos do processo da RSB e acabaram por reduzir sua práxis.
- (C) A conquista do Estado empreendida pela burguesia e seus aliados históricos, desde 1964, foi redefinida pela construção de um Estado Democrático de Direito, advindo do pacto social que permitiu a promulgação da “Constituição Cidadã”.
- (D) O projeto da RSB, que teve como referência as proposições sistematizadas e aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou uma pluralidade de ideologias e posições integrantes que se distanciam do projeto mercantilista e o aproximam do racionalizador.
- (E) O próprio processo da RSB configura-se como uma “revolução passiva específica”, acompanhada do transformismo revolucionário radical de parte dos seus intelectuais e dirigentes e a defesa da criação do SUS como objetivo central.

QUESTÃO 09 - Ocké-Reis (2018), em seu artigo intitulado “*Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde*”, admite ser esse debate ainda inconcluso. Contudo, aponta que algumas hipóteses sobre a lógica concreta do *modus operandi* da renúncia fiscal podem ser estabelecidas. Marque a **INCORRETA**:

- (A) A renúncia da arrecadação fiscal promove injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas, favorecendo as iniquidades sociais e em saúde.
- (B) O gasto público em saúde é baixo, e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente de problemas de financiamento do SUS, de modo que a renúncia subtrai recursos significativos para este sistema, que poderiam melhorar seu acesso e sua qualidade.
- (C) A renúncia da arrecadação fiscal fomenta o crescimento do mercado de planos de saúde, em detrimento do fortalecimento do SUS, sendo peça-chave para a reprodução do sistema duplicado e paralelo.
- (D) Os subsídios não desafogam os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços, como: vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica.
- (E) A renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde permite fortalecer a regulação dos preços do mercado de planos de saúde e diminuir a carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde e promover benefício fiscal.

QUESTÃO 10 - “É a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em prol do fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS”.

O enunciado acima, que se refere a um dos eixos de ação da Política Nacional de Humanização, corresponde à:

- (A) Educação continuada em saúde.
- (B) Educação popular em saúde.
- (C) Educação da gestão humanizada em saúde.
- (D) Educação permanente em saúde.
- (E) Educação compartilhada em saúde.

QUESTÃO 11 - De acordo com Albuquerque e Viana (2015) o “planejamento regional perdeu força a partir da década de 1970, no contexto da emergência da agenda neoliberal, com proposta de reformas do Estado, e no processo de globalização econômica, com novos paradigmas tecnológicos e expansão da atuação de instituições e empresas em escala planetária” (p. 29). Neste sentido o planejamento regional tornou-se limitado principalmente:

- (A) por forças e interesses de grupos privados, com autonomia de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e influenciar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.
- (B) por forças e interesses de grupos privados, com limitações de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e influenciar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.
- (C) por forças e interesses de grupos privados, com limitações de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e procrastinar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.
- (D) por forças e interesses de grupos públicos, com autonomia de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e influenciar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.
- (E) por forças e interesses de grupos públicos, com limitações de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e procrastinar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.

QUESTÃO 12 - CASTILLO (2008) apud Albuquerque e Viana (2015) informa que as “perspectivas da descentralização político-administrativa e do planejamento local (pautado pela relação local-global), associadas às tendências de privatização de serviços públicos, tiveram destaque nas agendas internacionais e governamentais”. Em função disto, a conformação de redes globais de produção, serviços, informação e logística:

- (A) para viabilizar a atuação das instituições de mercado passou a orientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes.
- (B) para viabilizar a atuação das instituições de mercado passou a desorientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes.
- (C) para inviabilizar a atuação das instituições de mercado passou a orientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes.
- (D) para viabilizar a atuação das instituições públicas passou a orientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes.
- (E) para viabilizar a atuação das instituições públicas passou a desorientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes.

QUESTÃO 13 - SANTOS e SILVEIRA (2001) citados por Albuquerque e Viana (2015) afirmam que nos “anos 2000, limites e conflitos decorrentes do aumento das desigualdades e da competitividade entre regiões e países” recolocam “na agenda internacional o debate sobre o papel do Estado na condução do planejamento territorial” (p. 29). Pode-se falar que dentre as principais questões que orientaram esse debate, estariam:

- (A) (I) a participação de todo o mercado e da sociedade de forma completa; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); e (IV) o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos.
- (B) (I) a participação de representantes do mercado e da sociedade; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); e (IV) o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos.
- (C) (I) a participação de todo o mercado e da sociedade de forma completa; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); e (IV) o incentivo às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos.
- (D) (I) a participação de todo o mercado e da sociedade de forma completa; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); e (IV) o incentivo às desigualdades socioespaciais, desvalorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos.
- (E) (I) a participação de representantes do mercado e da sociedade; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); e (IV) o incentivo às desigualdades socioespaciais, desvalorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos.

QUESTÃO 14 - Albuquerque e Viana (2015) embasados em SANTOS e SILVEIRA (2001) informam que nos “anos 2000, limites e conflitos decorrentes do aumento das desigualdades e da competitividade entre regiões e países” recolocam “na agenda internacional o debate sobre o papel do Estado na condução do planejamento territorial” (p. 29). Dentre as principais questões que orientaram esse debate, podem ser destacadas as seguintes:

- (A) (V) a percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a desestruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e promoção do bem-estar social.
- (B) (V) a percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a desestruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e remoção do bem-estar social.
- (C) (V) a não percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a estruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e promoção do bem-estar social.
- (D) (V) a não percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a desestruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e promoção do bem-estar social.
- (E) (V) a percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a estruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e promoção do bem-estar social.

QUESTÃO 15 - Segundo as autoras Albuquerque e Viana (2015) para “Brasil nos anos 2000, a retomada do papel do Estado na condução do planejamento territorial se pautou pelo debate contemporâneo e se traduziu na elaboração de:

- (A) políticas multinacionais implícitas e explícitas, além do incentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.
- (B) políticas regionais implícitas e explícitas, além do incentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.
- (C) políticas multinacionais implícitas e explícitas, além do desincentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.
- (D) políticas regionais implícitas e explícitas, além do desincentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.
- (E) políticas regionais implícitas e explícitas, além do incentivo de processos de regionalização, exclusive os relativos à política de saúde.

QUESTÃO 16 - Para Albuquerque e Viana (2015) a organização de regiões de saúde e redes assistenciais estão previstas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). Ao se seguir as regras constitucionais e o modelo federativo do País uma região de planejamento é:

- (A) um recorte destituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (B) um encarte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (C) 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) um encarte destituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.
- (E) um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, subjetivos e recursos desperdiçados.

QUESTÃO 17 - Segundo Albuquerque e Viana (2015) o planejamento de saúde adotado no Brasil não cria novos entes políticos com orçamento próprios e depende da capacidade, autonomia e solidariedade das três esferas de governo para elaborar uma visão estratégica sobre os usos do território, suas redes e especificidades regionais e além disso:

- (A) propor um plano regional de curto e curtíssimo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional.
- (B) propor um plano regional de curto e curtíssimo prazo, com objetivos e difusas; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional.
- (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; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional.
- (D) 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; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional (principalmente em paraísos fiscais).
- (E) propor um arcabouço nacional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar (pela iniciativa privada), mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional.

QUESTÃO 18 - SANTOS e SILVEIRA (2001) citados por Albuquerque e Viana (2015) afirmam que tanto as regiões geográficas como aquelas instituídas para fins de planejamento se estruturam por meio de redes técnicas e políticas. Destarte:

- (A) 1) Não existem regiões sem redes; e 2) Estas integram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica produtiva, configurando uma solidariedade interplanetária.
- (B) 1) Não existem regiões sem redes; e 2) Estas desintegram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica produtiva, configurando uma solidariedade interplanetária.
- (C) 1) Não existem regiões sem redes; e 2) Estas integram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica produtiva, configurando uma solidariedade regional.
- (D) 1) Não existem regiões sem redes; e 2) Estas integram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica produtiva, configurando uma solidariedade regional.
- (E) 1) Existem regiões sem redes; e 2) Estas integram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica dialógica, produtiva e reprodutiva, configurando uma solidariedade regional.

QUESTÃO 19 - SILVEIRA (2010) ao ser citado por Albuquerque e Viana (2015, p. 30) entende que “as redescriam e recriam arranjos técnicos e institucionais, combinando diferentes escalas de ação e poder econômico e político que escapam aos limites regionais, tornando mais complexas as interações regionais”. Nesse sentido, a região geográfica é:

- (A) um recorte dinâmico que exprime bases de ação técnica e política que coincidem pontualmente com o desenho regional do planejamento.
- (B) um recorte estático que exprime bases de ação técnica e política que coincidem pontualmente com o desenho regional do planejamento.
- (C) um recorte estático que exprime bases de ação técnica e política que não necessariamente coincidem com o desenho regional do planejamento.
- (D) um recorte dinâmico que exprime bases de ação técnica e política que não necessariamente coincidem com o desenho regional do planejamento.
- (E) um recorte estático que exprime bases de ação técnica e política que necessariamente coincidem com o desenho regional do planejamento.

QUESTÃO 20 - Para Albuquerque e Viana (2015) “as regiões de planejamento do SUS sempre foram pensadas em combinação a conformação de redes. Portanto, as perspectivas de regionalização são condicionadas pelo entendimento sobre rede de saúde. Duas principais perspectivas de rede influenciaram as diretrizes de regionalização do SUS”, a saber:

- (A) (I) 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 nipo-soviética.
- (B) (I) 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 sino-soviética.
- (C) (I) 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 cubano-soviética.
- (D) (I) 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 coreano-soviética.
- (E) (I) 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.

QUESTÃO 21 - Segundo Albuquerque e Viana (2015) no Brasil, o conceito adaptado por Mendes (2010, p. 2300) tem forte influência na política nacional. Ainda segundo o autor citado, as RAS são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...] coordenadas pela atenção primária à saúde”. Portanto, os elementos constituintes das redes são:

- (A) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura tática e o modelo de atenção.
- (B) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura estratégica e o modelo de atenção.
- (C) a população pela qual a rede se redesenha; a estrutura tática e o modelo de atenção.
- (D) a população pela qual a rede se redesenha; a estrutura operacional e o modelo de atenção.
- (E) a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura operacional e o modelo de atenção.

QUESTÃO 22 - Segundo Albuquerque e Viana (2015) no Brasil, regiões e redes de saúde são organizadas pelo Estado e pelo mercado. Para as autoras:

- (A) as redes enfatizam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica).
- (B) as redes enfatizam o caráter emergencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica).
- (C) as redes enfatizam o caráter emergencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação política e governança clínica).
- (D) as redes enfatizam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do desmando, deseconomia de escala e escopo, coordenação política e governança clínica).
- (E) as redes enfatizam o caráter emergencial e mercadológico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e entropia, coordenação técnica e governança clínica).

QUESTÃO 23 - Para Albuquerque e Viana (2015) regiões e redes de saúde são organizadas pelo Estado e pelo mercado. A região:

- (A) tem uma perspectiva mais restrita do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos, porém convergentes.
- (B) tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região não abriga diversidades e desigualdades socioespaciais, mas envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos, porém convergentes.
- (C) tem uma perspectiva mais restrita do planejamento, sendo um espaço de imposição, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos, porém convergentes.
- (D) tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de imposição, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos, porém divergentes.
- (E) tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos e conflituosos.

QUESTÃO 24 - Albuquerque e Viana (2015) ao discutirem as perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira definem que o planejamento regional serve para:

- (A) enfatizar o caráter privado e particular do direito à saúde, no entanto, reforçando o papel do Estado.
- (B) enfatizar o caráter privado e particular do direito à saúde, minimizando o papel do Estado.
- (C) enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (D) enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, no entanto, minimizando o papel do Estado.
- (E) enfatizar o caráter privado e particular do direito à saúde, no entanto, minimizando o papel do Estado.

QUESTÃO 25 - Blanski et al (2015) baseados no CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2011) afirmam que o “subfinanciamento da saúde pública é bem conhecido pelos distintos atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral”. Todavia para além do subfinanciamento os autores destacam outros problemas na área como:

- (A) a desregulamentação, a não observância constitucional, o desinteresse político com a saúde, a desresponsabilização solidária dos entes envolvidos (profissionais, usuários e gestores) e a deterioração do financiamento do SUS.
- (B) a regulamentação, a observância constitucional, o interesse político com a saúde, a responsabilização solidária dos entes envolvidos (profissionais, usuários e gestores) e a recuperação do financiamento do SUS.
- (C) a regulamentação, a observância constitucional, o interesse político com a saúde, a responsabilização solidária dos entes envolvidos (mercado e estado) e a recuperação do financiamento do SUS.
- (D) a regulamentação, a observância constitucional, o interesse político-partidário com a saúde, a responsabilização solitária dos entes envolvidos (profissionais, usuários e gestores) e a recuperação do financiamento do SUS.
- (E) a desregulamentação, a não observância do superávit primário, o desinteresse político com a saúde, a desresponsabilização solidária dos entes envolvidos (profissionais, usuários e gestores) e a deterioração dos termos de troca do SUS.

QUESTÃO 26 - Na análise realizada por Frutuoso (2012) citada por Blanski et al (2015), “o gasto com saúde no Brasil representa 8,4% do PIB e, desse percentual, apenas 43% é gasto público, considerado um dos mais baixos do mundo, para um sistema de saúde tão abrangente”. Para Blanski et al (2015) tais dados comprovam que:

- (A) desde a criação do SUS...o Brasil vive uma **congruência**, pois se trata de um sistema gratuito e aberto a todos, mas que tem menos dinheiro do que a iniciativa privada para atender menos usuários.
- (B) desde a criação do SUS...o Brasil vive uma **congruência**, pois se trata de um sistema gratuito e aberto a todos, mas que tem mais dinheiro do que a iniciativa privada para atender menos usuários.
- (C) desde a criação do SUS...o Brasil vive uma **congruência**, pois se trata de um sistema pago e aberto a poucos, mas que tem menos dinheiro do que a iniciativa privada para atender menos usuários.
- (D) desde a criação do SUS...o Brasil vive um **paradoxo**, pois se trata de um sistema gratuito e aberto a todos, mas que tem menos dinheiro do que a iniciativa privada para atender menos usuários.
- (E) desde a criação do SUS...o Brasil vive um **paradoxo**, pois se trata de um sistema gratuito e aberto a todos, mas que tem mais dinheiro do que a iniciativa privada para atender menos usuários.

QUESTÃO 27 - Blanski et al (2015) em sua análise sobre o papel da Constituição na criação do SUS e suas atribuições afirmam que o sistema é:

- (A) organizado em oposição às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade e as formas de financiamento nas três esferas de governo.
- (B) organizado em oposição às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, com exceção das formas de financiamento nas três esferas de governo.
- (C) organizado com base nas diretrizes de descentralização, atendimento integralista e participação da comunidade (direito a veto) e as formas de financiamento (impositivo) nas três esferas de governo.
- (D) organizado com base nas diretrizes de centralização, atendimento integral e participação da comunidade (direito a veto) e as formas de financiamento nas três esferas de governo.
- (E) organizado com base nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade e as formas de financiamento nas três esferas de governo.

QUESTÃO 28 - Blanski et al (2015) constatam que contraposta à universalidade de cobertura e atendimento em saúde, está a limitação dos recursos públicos devido ao aumento significativo dos custos da saúde. Estes custos são explicados por MÂNICA (2010) a partir dos:

- (A) avanços tecnológicos da medicina, aliados ao empobrecimento da população.
- (B) avanços tecnológicos da medicina, aliados ao envelhecimento da população.
- (C) avanços mercadológicos da medicina, aliados ao empobrecimento da população.
- (D) avanços tecnológicos da medicina, aliados ao rejuvenescimento da população (*baby boomers*).
- (E) avanços teleológicos da medicina, aliados ao envelhecimento da população (*baby boomers*).

QUESTÃO 29 - “Conforme dados do CONASS, houve uma diminuição na participação da despesa com saúde do governo federal que, entre 1980 e 1990, era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde, baixando para 58,6% em 2000 e 43,5% em 2008. No mesmo período, observa-se que o financiamento dos estados e municípios cresceu consideravelmente, sendo de 17,8% em 1980 para 27,6% em 2008 para os estados; e de 7,2% em 1980 para 29,0% em 2008 para os municípios” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011 citado por Blanski et al (2015). Isto significa que:

- (A) a União vem progressivamente se onerando de com obrigações no que tange ao financiamento da saúde, especialmente se comparada a estados e municípios.
- (B) a União vem regressivamente se desonerando de suas obrigações relativas ao financiamento da saúde.
- (C) a União vem progressivamente se desonerando de suas obrigações relativas ao financiamento da saúde, para arcar com gastos em previdência e educação.
- (D) a União vem regressivamente se desonerando de suas obrigações relativas ao financiamento da saúde, em função de superfaturamentos.
- (E) a União vem progressivamente se desonerando de suas obrigações relativas ao financiamento da saúde.

QUESTÃO 30 - Analise a tabela 1 e responda:

Tabela 1 - Despesa Total com Saúde por Esfera de Governo - Após a LC 141/2012

Ano	União		Estados		Municípios		Total	
	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)
2013	83.036	33,05	66.053	26,29	102.137	40,65	251.227	100
2012	80.068	34,16	61.889	26,40	92.395	39,42	234.353	100

FONTE: Blanski et al (2015).

Qual esfera de Governo tem a maior participação relativa na despesa total com saúde?

- (A) Municípios.
- (B) Estados.
- (C) União.
- (D) Os estados, pois temos de somar os valores dos municípios, pois eles pertencem aos estados.
- (E) A União, pois temos de somar os valores dos estados e dos municípios, pois eles pertencem à União.

QUESTÃO 31 - Segundo Blanski et al (2015) a Lei Complementar 141/2012, trouxe maior clareza na definição de gastos com saúde na determinação do que poderia ser considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde ao estabelecer as seguintes diretrizes, isto é, as despesas:

- (A) Respeitam a Integralidade, universalidade e solidariedade.
- (B) Obedecem a Integralidade, universalidade e humanização.
- (C) I sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.
- (D) Respeitam os Direitos humanos, universalidade e humanização.
- (E) I sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, integral e solidário; II estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, sendo aplicadas as despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, desde que incidentes sobre as condições de saúde da população.

QUESTÃO 32 - Blanski et al (2015) ao discutiremos tipos de gastos realizados no SUS, além dos gastos realizados com pessoal, informam que estes são divididos em blocos de financiamento, a saber:

- (A) i) atenção básica; ii) atenção hospitalar e ambulatorial; iii) suporte profilático e terapêutico; iv) vigilância sanitária; v) vigilância epidemiológica; e vi) alimentação e gastronomia.
- (B) i) atenção básica; ii) atenção hospitalar e ambulatorial; iii) suporte anafilático e terapêutico; iv) vigilância sanitária; v) vigilância epidemiológica; e vi) alimentação e nutrição.
- (C) i) atenção básica; ii) assistência hospitalar e ambulatorial; iii) suporte anafilático e terapêutico; iv) vigilância sanitária; v) vigilância epidemiológica; e vi) alimentação e nutrição.
- (D) i) atenção básica; ii) assistência hospitalar e ambulatorial; iii) suporte profilático e terapêutico; iv) vigilância sanitária; v) vigilância epidemiológica; e vi) alimentação e nutrição.
- (E) i) atenção básica; ii) atenção hospitalar e ambulatorial; iii) suporte profilático e terapêutico; iv) vigilância fisco-sanitária; v) vigilância epidemiológica; e vi) alimentação e nutrição.

QUESTÃO 33 - Analise a tabela 4 e responda:

Tabela 4 - Valor Médio Anual de Internações por Estados

Estado	Valor Médio Internação
Rondônia	721,39
Acre	683,43
Amazonas	812,75
Roraima	652,9
Pará	704,62
Amapá	637,61
Tocantins	861,85
Maranhão	743,26
Piauí	792,32
Ceará	1.087,03
Rio Grande do Norte	1.232,78
Paraíba	1.033,86
Pernambuco	1.313,50
Alagoas	1.051,76
Sergipe	957,66
Bahia	922,28
Minas Gerais	1.360,51
Espírito Santo	1.150,74
Rio de Janeiro	1.204,02
São Paulo	1.382,45
Paraná	1.416,03
Santa Catarina	1.421,33
Rio Grande do Sul	1.355,95
Mato Grosso do Sul	1.087,15
Mato Grosso	906,77
Goiás	1.181,29
Distrito Federal	1.048,37
TOTAL	1.193,52

Fonte: Blanski et al (2015).

Considerando os entes subnacionais listados na tabela 4 (considerando o Distrito Federal como um ente subnacional) quantos deles situam-se acima da média nacional?

- (A) 8
- (B) 7
- (C) 20
- (D) 12
- (E) 6

QUESTÃO 34 - Mendes (2011) apud Blanski et al (2015) que com a descentralização do SUS e devido às dificuldades para realização de procedimentos de alta complexidade pelos municípios brasileiros, muitos deles:

- (A) infelizmente expandiram sua rede municipal sem articulação regional, sem observara economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados paraas necessidades da população, tornando-se ociosos, custosos e inviáveistécnica e financeiramente.
- (B) felizmente expandiram sua rede municipal sem articulação regional, observando a economia de escala, com serviços de saúde bem dimensionados para as necessidades da população, tornando-se eficazes, com custos e viáveis técnica e financeiramente.
- (C) infelizmente retraíram sua rede municipal sem articulação regional, sem observar a economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, tornando-se ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente.
- (D) infelizmente retraíram sua rede municipal sem articulação regional, observando a economia de escala, com serviços de saúde bem dimensionados para as necessidades da população, tornando-se eficazes, com custos e viáveis técnica e financeiramente.
- (E) infelizmente expandiram sua rede municipal, porém com articulação regional, observando a economia de escala, embora com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, tornando-se ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente.

QUESTÃO 35 - Segundo Blanski et al (2015) as Redes de Atenção à Saúde são definidas por Mendes (2011) como:

- (A) um conjunto desordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida que tem como fundamento a distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas, de forma ótima.
- (B) um conjunto desordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência de forma descontínua e integral a uma população definida que tem como fundamento a distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas, de forma ótima.
- (C) um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência descontínua e integral a uma população definida que tem como fundamento a distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas, de forma ótima.
- (D) um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população indefinida que tem como fundamento a distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas, de forma ótima.
- (E) um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida que tem como fundamento a distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas, de forma ótima.

QUESTÃO 36 - Mendes (2011) apud Blanski et al (2015) alerta que a lógica fundamental para a organização racional de uma rede de atenção à saúde é a:

- (A) deseconomia de escala, a qualidade e o privilégio.
- (B) deseconomia de escala, a quantidade e o privilégio.
- (C) economia de escala, a quantidade e o acesso.
- (D) economia de escala, a qualidade e o acesso.
- (E) economia de escala, a quantidade e o enraizamento.

QUESTÃO 37 - MENDES (2011) apud Blanski et al (2015) afirma que além da necessidade de se observar a hierarquização no SUS, há de se analisar a função do hospital como integrante de uma rede de atenção à saúde no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo. Para o autor a hierarquização tem como eixo orientador a:

- (A) atenção secundária.
- (B) atenção terciária.
- (C) atenção humanizada.
- (D) atenção primária.
- (E) atenção humanitária.

QUESTÃO 38 - Blanski et al (2015) afirmam que a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1957) define o hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, assim a função do hospital seria:

- (A) obliterar a comunidade de sua completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.
- (B) dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.
- (C) subtrair da comunidade sua completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.
- (D) impor à comunidade a visão do hospital acerca da assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.
- (E) olvidar os anseios comunidade em relação a completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

QUESTÃO 39 - Blanski et al (2015) informam que Vecina Neto e Malik (2007) apresentam fatores contextuais de diferentes cenários de saúde que influenciam nos sistemas de atenção à saúde e geram impactos na assistência hospitalar, como parte integrante desse sistema. Dentre os fatores externos é correto mencionar:

- (A) papel do cidadão - soberania do consumidor; judicialização da saúde – falta de diálogo entre o Executivo e Judiciário.
- (B) papel do cidadão - soberania do consumidor; judicialização da saúde – diálogo entre o Executivo e Judiciário.
- (C) papel do cidadão - direitos do consumidor; judicialização da saúde – falta de diálogo entre o Executivo e Judiciário.
- (D) papel do cliente - soberania do consumidor; judicialização da saúde – falta de diálogo entre o Executivo e Judiciário.
- (E) papel do cliente - direitos do consumidor; judicialização da saúde – falta de diálogo entre o Executivo e Judiciário.

QUESTÃO 40 - Vecina Neto e Malik (2007) citados por Blanski et al (2015) apresentam fatores contextuais de diferentes cenários de saúde que influenciam nos sistemas de atenção à saúde e geram impactos na assistência hospitalar, como parte integrante desse sistema. Dentre os fatores internos podem ser destacados:

- (A) A redução do número de internações; o aumento do tempo de permanência; e a necessidade mais intensa por recursos tecnológicos.
- (B) A redução do número de internações; a redução do tempo de permanência; e a necessidade mais intensa por recursos tecnológicos.
- (C) O aumento do número de internações; o aumento do tempo de permanência; e a necessidade mais intensa por recursos tecnológicos.
- (D) A redução do número de internações; a redução do tempo de permanência; e a necessidade menos intensa por recursos tecnológicos.
- (E) O aumento do número de internações; o aumento do tempo de permanência; e a necessidade menos intensa por recursos tecnológicos.

QUESTÃO 41 - Segundo MENDES (2011) apud Blanski et al (2015) as condições de saúde da população mundial tiveram um incremento de condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição:

- (A) aos problemas agudos, como a modificação dos padrões de consumo e estilo de vida da população e o processo de urbanização.
- (B) aos problemas agudos, como a manutenção dos padrões de consumo e estilo de vida da população e o processo de urbanização.
- (C) aos problemas crônicos, como a manutenção dos padrões de consumo e bifurcação do estilo de vida da população e o processo de urbanização.
- (D) aos problemas crônicos, como a modificação dos padrões de consumo e estilo de vida da população e o processo de urbanização.
- (E) aos problemas crônicos, como a modificação dos padrões de consumo e estilo de vida da população e o processo de gentrificação urbana.

QUESTÃO 42 - A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003) segundo Blanski et al (2015) preconiza que até o ano de 2020:

- (A) as condições diacrônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento.
- (B) as condições isonômicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento.
- (C) as condições diacrônicas serão responsáveis por 98% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento.
- (D) as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento, e 0 (zero)% nos países desenvolvidos.
- (E) as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento.

QUESTÃO 43 - Para Blanski et al (2015) há necessidade de se criar condições para que o sistema hospitalar cumpra seu papel de:

- (A) ponto de atenção terciário no sistema de saúde de forma a dar assistência àquelas condições de saúde orientadas pela atuação da atenção primária, uma vez que a estrutura hospitalar é extremamente complexa e com custos cada vez mais crescentes.
- (B) ponto de atenção secundário no sistema de saúde de forma a dar assistência àquelas condições de saúde orientadas pela atuação da atenção primária, uma vez que a estrutura hospitalar é extremamente complexa e com custos cada vez mais crescentes.
- (C) ponto de atenção primário no sistema de saúde de forma a dar assistência àquelas condições de saúde orientadas pela atuação da atenção primária, uma vez que a estrutura hospitalar é extremamente complexa e com custos cada vez mais crescentes.
- (D) ponto de atenção secundário no sistema de saúde de forma a dar assistência àquelas condições de saúde orientadas pela atuação da atenção secundária, uma vez que a estrutura hospitalar é extremamente complexa e com custos cada vez mais crescentes.
- (E) ponto de atenção terciário no sistema de saúde de forma a dar assistência àquelas condições de saúde orientadas pela atuação da atenção primária, uma vez que a estrutura hospitalar é extremamente complexa e com custos cada vez mais negentrópicos.

QUESTÃO 44 - Blanski et al (2015) informam que para Matos (2005), a apropriação dos rateios aos centros de custos possui diferentes formas, a saber:

- (A) rateio básico, rateio sequencial e rateio duplo.
- (B) rateio simples, rateio diferencial e rateio duplo.
- (C) rateio simples, rateio sequencial e rateio duplo.
- (D) rateio simples, rateio sequencial e rateio em dobro.
- (E) rateio básico, rateio diferencial e rateio em dobro.

QUESTÃO 45 - Segundo Matos (2005) apud Blanski et al 2015, o rateio simples pode ser definido como:

- (A) apropriação dos custos dos centros de custos auxiliares e administrativos diretamente aos centros de custos produtivos, sem transferência entre eles.
- (B) apropriação simples feita com simplicidade.
- (C) apropriação dos custos dos centros de custos superiores e administrativos diretamente aos centros de custos produtivos, sem transferência entre eles.
- (D) apropriação dos custos dos centros de custos auxiliares e administrativos diretamente aos centros de custos improdutivos, sem transferência entre eles.
- (E) apropriação dos custos dos centros de custos auxiliares e administrativos diretamente aos centros de custos produtivos, com transferência entre eles.

QUESTÃO 46 - O rateio sequencial foi definido por Blanski et al (2015) a partir de Matos (2005); para os autores:

- (A) os custos são distribuídos conforme critérios de rateio sob uma orientação matrerial, sem exclusividade aos centros produtivos. Recomenda-se que a distribuição seja realizada de forma cumulativa, dos centros de custos mais abrangentes aos menos abrangentes. Na medida que um centro de custo é rateado ele não recebe rateios complementares. Este rateio é conhecido por *step down*.
- (B) os custos são distribuídos conforme critérios de rateio sob uma orientação sequencial, com exclusividade aos centros produtivos. Recomenda-se que a distribuição seja realizada de forma cumulativa, dos centros de custos mais abrangentes aos menos abrangentes. Na medida que um centro de custo é rateado ele não recebe rateios complementares. Este rateio é conhecido por *step down*.
- (C) os custos são distribuídos conforme critérios de rateio sob uma orientação sequencial, sem exclusividade aos centros produtivos. Recomenda-se que a distribuição seja realizada de forma paralela, dos centros de custos mais abrangentes aos menos abrangentes. Na medida que um centro de custo é rateado ele não recebe rateios complementares. Este rateio é conhecido por *step down*.
- (D) os custos são distribuídos conforme critérios de rateio sob uma orientação sequencial, sem exclusividade aos centros produtivos. Recomenda-se que a distribuição seja realizada de forma cumulativa, dos centros de custos mais abrangentes aos menos abrangentes. Na medida que um centro de custo é rateado ele não recebe rateios complementares. Este rateio é conhecido por *step by step*.
- (E) os custos são distribuídos conforme critérios de rateio sob uma orientação sequencial, sem exclusividade aos centros produtivos. Recomenda-se que a distribuição seja realizada de forma cumulativa, dos centros de custos mais abrangentes aos menos abrangentes. Na medida que um centro de custo é rateado ele não recebe rateios complementares. Este rateio é conhecido por *step down*.

QUESTÃO 47 - Quanto ao rateio duplo Blanski et al (2015) citando Matos (2005) informam que:

- (A) a distribuição permite a alocação recíproca entre os centros de custos, não obstante a sequência em que são realizadas, ou seja, permite que os centros de custos sejam rateados aos produtivos, ao mesmo tempo que recebem rateios de outras unidades.
- (B) a distribuição impede a alocação recíproca entre os centros de custos, não obstante a sequência em que são realizadas, ou seja, permite que os centros de custos sejam rateados aos produtivos, ao mesmo tempo que recebem rateios de outras unidades.
- (C) a distribuição impede a alocação recíproca entre os centros de custos, não obstante a sequência em que são realizadas, ou seja, impede que os centros de custos sejam rateados aos produtivos, ao mesmo tempo que recebem rateios de outras unidades.
- (D) a distribuição impede a alocação recíproca entre os centros de custos, não obstante a sequência em que são realizadas, ou seja, impede que os centros de custos sejam rateados aos produtivos, ao mesmo tempo que enviam rateios para outras unidades.
- (E) a distribuição permite a alocação recíproca entre os centros de custos, não obstante a sequência em que são realizadas, ou seja, permite que os centros de custos sejam rateados aos produtivos, ao mesmo tempo que enviam rateios para outras unidades.

QUESTÃO 48 - Costa (2017) recorre a Arrow (1963) para mostrar que a demanda por serviços de saúde é imprevisível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados. De fato, face à imprevisibilidade do surgimento de alguma enfermidade, a demanda individual por serviços médicos:

- (A) sem exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, não podendo ser postergada.
- (B) com exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, não podendo ser postergada.
- (C) sem exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, podendo ser postergada.
- (D) com exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, podendo ser postergada.
- (E) com exceção de seus aspectos preventivos, não tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, podendo ser postergada.

QUESTÃO 49 - Segundo Costa (2017) a oferta de assistência à saúde também apresenta diferenças significativas em relação aos produtos tradicionais em dois aspectos, a saber:

- (A) Primeiro, a pequena dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (B) Primeiro, a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão mercadológica, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (C) Primeiro, a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (D) Primeiro, a pequena dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão mercadológica, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (E) Primeiro, a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional, de modo que o paciente possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.

QUESTÃO 50 - Costa (2017) entende que para Arrow (1963), é preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, pode ser influenciado:

- Ⓐ pela busca de renda, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- Ⓑ pela busca de renda, mas sem reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- Ⓒ pelo juramento de Hipócrates, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- Ⓓ pelo juramento de Hipócrates, mas sem reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- Ⓔ pela busca de *status* e reconhecimento profissional, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.

