



**UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA**  
**FeSaúde – FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE / NITERÓI**  
**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO**  
**QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO**  
**EDITAL Nº 1/2020**



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

**Emprego: SANITARISTA**  
**Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

**NÍVEL:**  
**SUPERIOR**

**CADERNO DE QUESTÕES**  
**Instruções ao candidato**  
(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o emprego indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um emprego diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO**  
**QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

**A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.**

**Aristóteles**



## **Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS**

**01** Analise as afirmações abaixo sobre assistência à saúde pela iniciativa privada prevista na Constituição Federal de 1988.

- I As instituições privadas poderão participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as diretrizes de contrato de direito privado, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- II É permitida a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que prevista expressamente no contrato celebrado com o ente federativo.
- III É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país.
- IV A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Está(ão) correta(s) somente:

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

**02** À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- (A) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- (B) Promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios.
- (C) Autorizar consórcios administrativos intermunicipais.
- (D) Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
- (E) Coordenar e, em caráter exclusivo, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica.

**03** De acordo com Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, **EXCETO**:

- (A) Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.
- (B) Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a assistência terapêutica e a recuperação de deficiências nutricionais.
- (C) Limpeza urbana e remoção de resíduos.
- (D) Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- (E) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde.

**04** O Sistema Único de Saúde será financiado de acordo com a Constituição Federal de 1988, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Diz o artigo 198 do mesmo diploma legal, no parágrafo segundo, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados, no caso da União, sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, **NÃO** podendo ser inferior a:

- (A) 2%.
- (B) 4%.
- (C) 8%.
- (D) 10%.
- (E) 15%.

**05** São instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:

- (A) Comissões intergestores.
- (B) Redes de atenção à saúde.
- (C) Protocolos clínicos.
- (D) Redes de atenção primária.
- (E) Serviços de acesso aberto.

**06** Entre as várias maneiras de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde previstas na Lei nº 8.142, de 1990, há aquela destinada à cobertura de ações e serviços de saúde a ser implementada pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal (art. 2º, inciso IV). Esses recursos destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, cabendo do total aos municípios, pelo menos:

- (A) 30%.
- (B) 40%.
- (C) 50%.
- (D) 60%.
- (E) 70%.

**07** Assinale a opção que **NÃO** faz parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 2017).

- (A) Coordenação do cuidado.
- (B) Integralidade.
- (C) Cuidado centrado na pessoa.
- (D) Ordenação da rede.
- (E) Longitudinalidade do cuidado.

**08** São portas de entrada previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, **EXCETO** o serviço:

- (A) De atenção primária.
- (B) De atenção de urgência e emergência.
- (C) De atenção hospitalar especializado.
- (D) De atenção psicossocial.
- (E) Especial de acesso aberto.

**09** O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais

Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

De acordo com a Resolução 453, de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), a participação de entidades e movimentos representativos de usuários no Conselho de Saúde corresponde a:

- (A) 25%.
- (B) 30%.
- (C) 40%.
- (D) 50%.
- (E) 60%.

**10** Analise as afirmativas abaixo.

- I A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988, sendo exercida, no âmbito da União, pela Agência de Vigilância Sanitária.
- II Os municípios poderão constituir convênios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- III À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade.
- IV A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, estão corretas:

- (A) Somente I, II e III.
- (B) Somente II, III e IV.
- (C) Somente I e II.
- (D) Somente III e IV.
- (E) I, II, III e IV.

## **Tópico: Conhecimentos Específicos**

**11** Dentro do processo de constituição da Promoção da Saúde, o importante documento que é fundamental para a identificação de desigualdades sanitárias e para a compreensão da saúde como um campo composto por quatro elementos gerais (biologia, ambiente, estilo de vida e comportamento e organização da assistência sanitária), é:

- (A) A Declaração de Alma Ata.
- (B) O Relatório Lalonde (Uma nova perspectiva sobre a saúde de canadenses).
- (C) O Relatório Epp (Alcançando Saúde para Todos: um marco para a Promoção da Saúde).
- (D) A Carta de Ottawa.
- (E) A Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis.

**12** A frase presente em uma página da Academia Nacional de Medicina (NAM – EUA): “... todos têm uma chance justa de viver a vida mais saudável possível” refere-se ao seguinte conceito:

- (A) Promoção da saúde.
- (B) Direito sanitário.
- (C) Equidade em saúde.
- (D) Integralidade.
- (E) Saúde e cidadania.

**13** A atenção primária em saúde, estruturada em suas diferentes modalidades (Programa Médico de Família, Programa de Saúde da Família), tem potência para interferir nas condições socioeconômicas, culturais e ambientais (condições de vida e trabalho, saneamento, redes comunitárias) de uma determinada população, buscando, assim, reduzir as desigualdades e inequidades em saúde. Ela ainda se baseia em modelo explicativo que articula as diferentes dimensões da vida, apontando o papel da estrutura social como modeladora da produção da saúde e da doença.

Esse modelo é identificado como:

- (A) Multicausalidade.
- (B) Causas Sociais da Saúde.
- (C) História Natural da Doença.
- (D) Promoção da Saúde.
- (E) Determinação Social da Saúde/Doença.

**14** A “(...) acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças e permitem o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico”, segundo Monken e Barcellos (2005), contribui para a definição de:

- (A) Território.
- (B) Segmento territorial.
- (C) Local.
- (D) Área de abrangência.
- (E) Microárea.

**15** Na experiência de implementação do Programa Médico de Família em Niterói, em 1992, o processo de seleção de áreas partiu, entre outros, de um diagnóstico que identificou espaços com populações em maior risco social, biológico, epidemiológico e ambiental (TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999). Para ampliar o conhecimento sobre alguns desses espaços, é possível apoiar-se, inicialmente, na base de dados gerados pelo Censo Demográfico do IBGE, destacando-se os dados referentes ao seguinte recorte espacial:

- (A) Áreas urbanizadas.
- (B) Entorno dos domicílios.
- (C) Tipologia intraurbana.
- (D) Aglomerado subnormal.
- (E) Acessibilidade geográfica.

**16** Durante o cadastro domiciliar, foi identificado o uso único de água da chuva. No formulário, o item “abastecimento de água” ficou marcado como

- (A) carro Pipa.
- (B) cisterna.
- (C) aqueduto.
- (D) poço.
- (E) nascente.

**17** Até que a família desse domicílio possa estar ligada à rede pública de abastecimento de água, vocês seguiram com orientações, objetivando a vigilância da qualidade da água para consumo humano, orientando sobre os cuidados na captação e armazenamento da água de chuva e em sua cloração (quantidade de Hipoclorito de Sódio para o volume de água reservada). Usaram como monitoramento a presença do cloro residual livre.

Conforme legislação em vigor, este deve estar entre:

- (A) 0,2 mg/L – 2,0 mg/L.
- (B) 0,5 ppm – 3,0 ppm.
- (C) 1 mg/L – 3,0 mg/L.
- (D) 3 ppm – 5 ppm.
- (E) 4 ppm – 6 ppm.

**18** Na microbacia de um domicílio, ocorreu um surto de doença diarreica. Seguindo o determinado como competência municipal, em parceria com o Estado, dentro do Programa de Vigilância da Qualidade de Água para o Consumo Humano (VIGIAGUA), foi necessário, entre outros processos,

- (A) análise da presença de cianotoxinas.
- (B) análise microbiológica somente para *Escherichia coli*.
- (C) análise físico-química de amostras coletadas das águas de drenagem pluvial.
- (D) análise de nitrato e nitrito de amostras coletadas das águas reservadas para o consumo.
- (E) envio das cepas de *Escherichia coli* aos laboratórios de referência nacional para identificação sorológica.

**19** Cairncross e Feachem (1993) propuseram uma classificação para as doenças infecto-parasitárias, que têm o ambiente como potencial determinante e que afetam pessoas com acesso inadequado ao serviço de saneamento ambiental e com condições precárias de moradia. Surge, assim, o DRSAL, Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado.

Identifique, a seguir, a opção que **NÃO** relaciona os agravos ao agrupamento classificado dentro das DRSAL.

- (A) Doenças transmitidas pelo contato com a água (penetração na pele): esquistossomose e leptospirose.
- (B) Doenças transmitidas pelo contato com a água (por ingestão): difilobotríase e outras infecções por helminto.
- (C) Doenças relacionadas com a higiene: tifo transmitido por pulgas e doença diarreica.
- (D) Doenças transmitidas por inseto vetor: leishmaniose e filariose.
- (E) Doenças de transmissão feco-oral: cólera, giardíase e salmonelose.

**20** Momento de chuvas se aproxima e você foi com o Agente Comunitário de Saúde em uma Visita Domiciliar para orientação de medidas de antirratização. O registro no formulário envolve respectivamente o Motivo da Visita e a Atividade, como:

- (A) Controle Ambiental/Vetorial – Ação Educativa.
- (B) Busca Ativa – Imóvel com foco.
- (C) Acompanhamento – Condições de vulnerabilidade social.
- (D) Controle Ambiental/Vetorial – Tratamento focal.
- (E) Orientação/Prevenção – Ação Mecânica.

**21** Um dos indicadores utilizados no processo de vigilância entomológica do *Aedes aegypti*, que considera a densidade larvária em uma amostra probabilística de imóveis, é:

- (A) O índice predial.
- (B) O índice de pendência.
- (C) O tipo de reservatórios.
- (D) O índice de Breteau.
- (E) A taxa de infestação.

**22** O agente comunitário de saúde solicitou a presença da Supervisão de Saúde Coletiva e da equipe do CEREST no local, para melhor orientar o senhor R. que está, sozinho, fazendo obras em sua casa, mas sem qualquer proteção necessária. O agente e a equipe da Vigilância em Saúde do Trabalhador estiveram no campo e, ao identificarem os processos de trabalho para chapear e cair uma parede, orientaram o senhor R. quanto aos tipos de riscos presentes e ao uso necessário de proteção individual. Quanto à prática do preparo da substância para caiação sem proteção, o senhor R. tem risco, entre outros, de evoluir com queimadura ocular química. As orientações corretas ao senhor R. dadas pelo agente e pela equipe da unidade, no caso dessa urgência, são:

- (A) Proteger os olhos com curativo oclusivo e ligar para o SAMU para acesso à RUE.
- (B) Não tocar nos olhos e chamar o SAMU para referência à unidade da RUE.
- (C) Ir diretamente ao serviço ambulatorial de oftalmologia para “encaixe”, depois do tampão como curativo.
- (D) Aplicar o colírio anestésico e antibiótico e ir ao serviço especializado ambulatorial de oftalmologia.
- (E) Lavar copiosamente com água corrente ou soro fisiológico os olhos por pelo menos 10 minutos e ir ao serviço de referência de urgência-emergência de oftalmologia.

**23** Na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da unidade de saúde da família, os resíduos gerados pelo setor de curativos, como lâminas de bisturi, agulhas e ampolas de vidro, têm a seguinte classificação por grupo de risco, segundo a RDC nº 222, de 28 de março de 2018:

- (A) A4
- (B) B
- (C) C
- (D) D
- (E) E

**24** Terça-feira, manhã de 20 de agosto de 2019, você recebe uma notificação da RUE de caso internado na tarde do dia 19 com doença meningocócica. O paciente é auxiliar da creche comunitária de sua área. Você estruturou com a

equipe do PSF ações de vigilância e busca de contatantes e encontraram uma trabalhadora da cozinha com sintomas que começaram pela manhã. Esse caso recebe a seguinte nomeação:

- (A) Índice.
- (B) Coprimário.
- (C) Secundário.
- (D) Portador.
- (E) Primário.

**25** Com relação à vacina meningocócica C (conjugada), é correto afirmar que:

- (A) Não há indicação de dose de reforço.
- (B) Segue esquema básico com 3 doses.
- (C) A via de administração é subcutânea.
- (D) É aplicada em crianças de até 4 anos (4 anos, 11 meses e 29 dias).
- (E) O intervalo entre as doses recomendado é de 30 dias.

**26** Na investigação e no acompanhamento de caso de doença meningocócica, estão presentes as seguintes informações referentes à transmissibilidade e à biossegurança dos trabalhadores da saúde:

- (A) O uso da máscara PFF1 é indicado, considerando o contato por aerossóis.
- (B) Os aerossóis mantêm risco de transmissibilidade até o terceiro dia depois do uso de antibiótico adequado.
- (C) Em geral, a bactéria é eliminada da nasofaringe depois de 24 horas de antibioticoterapia adequada.
- (D) Considerando o risco de contato por gotículas, os casos internados devem obrigatoriamente ficar isolados e em ambientes com filtro HEPA.
- (E) O uso de óculos de proteção é indicado no atendimento aos pacientes internados até o quinto dia de tratamento com antibiótico adequado.

**27** Na constituição de um protocolo de atenção à saúde, uma estratégia clínico-laboratorial, com evidência Nível 5, baseia-se em:

- (A) Estudos de coorte.
- (B) Opinião de especialistas.
- (C) Estudos de caso controle.
- (D) Revisões sistemáticas.
- (E) Metanálises.

**28** A busca por “evidências científicas”, como base para a tomada de decisões, amplia-se quando as decisões se deslocam da “unidade de análise” do indivíduo para a população. Surgem, assim, concepções denominadas “Saúde Pública Baseada em Evidências”, “Saúde Pública Informada por Evidências”, “Política Informada por Evidências”, entre outras. São características desses processos decisórios, **EXCETO**:

- (A) Testes controlados e aleatórios são os principais produtores de evidências para as decisões nesses processos.
- (B) Fatores contextuais podem ser mais importantes nas decisões de saúde pública do que nas decisões referentes à prática clínica ou à gestão de serviços de saúde.
- (C) Meios de apropriação e emprego das evidências envolvem pressupostos de plausibilidade e adequação e nem sempre são observados em intervenções individuais.
- (D) Apresentam maior complexidade por incorporarem avaliações de impactos orçamentários e políticos.
- (E) Estudos observacionais e quase-experimentais bem controlados contribuem na avaliação de eficácia.

**29** O conceito que expressa a capacidade de uma “intervenção” baseada em evidências funcionar no “mundo real” é o da:

- (A) Eficácia.
- (B) Resolutividade.
- (C) Eficiência.
- (D) Efetividade.
- (E) Relação custo-benefício.

**30** A relação entre a probabilidade de um determinado resultado de um teste entre doentes e a probabilidade do mesmo resultado do teste entre pessoas saudáveis é conhecido como:

- (A) Prevalência.
- (B) Acurácia.
- (C) Razão de verossimilhança.
- (D) Sensibilidade.
- (E) Especificidade.

**31** O estudo cujos resultados foram determinados e cuja resposta aparece antes de a exposição ser determinada, que tem como vantagens baixo custo, rapidez, viabilidade para

agravos muito raros e desfecho, e como desvantagens maior probabilidade de erros e vieses metodológicos (lembança e registro sobre a exposição), é conhecido como:

- (A) Coorte.
- (B) Inquérito.
- (C) Quase-experimento.
- (D) Caso-controle.
- (E) Ensaio comunitário.

**32** A partir de um exemplo demonstrado pela BMJ Best Practice, que diz “Se o RA de AVC de uma pessoa, estimado a partir de sua idade e outros fatores de risco, é de 0.25 sem tratamento, mas cai para 0.20 com o tratamento...”, tem-se:

- (A) RRA de 5% e RRR de 20%.
- (B) RRR de 25% e RR de 4.
- (C) RRA de 25% e OR de 2,5.
- (D) RR de 10 e RRR de 5%.
- (E) OR de 4 e RR de 2,5.

**33** Considerando o caso apresentado na questão **32**, na prevenção de um desfecho indesejado, identifique a medida adequada para o tratamento e o número de pacientes necessários.

- (A) NNH de 25.
- (B) RAC de 4.
- (C) NNT de 20.
- (D) NNT de 25.
- (E) RR de 4.

**34** Na vigilância da COVID-19, tem-se as seguintes características: finalidade e período para realização depois do início de sintomas, do Teste RT-PCR e do Teste Sorológico, respectivamente:

- (A) Apresenta o diagnóstico entre o 8º e 14º dia; apresenta o diagnóstico a partir do 20º dia.
- (B) Apresenta o diagnóstico a partir do 3º dia e até o 7º dia; mapeia o status imunológico, a partir do 8º dia.
- (C) Identifica a prevalência de casos entre o 5º e o 12º dia; apresenta o diagnóstico, a partir do 12º dia.
- (D) Apresenta o diagnóstico entre o 10º e 12º dia; apresenta diagnóstico entre 3º e 8º dia.
- (E) Mapeamento do status imunológico a partir do 10º dia; apresenta diagnóstico entre o 5º e 12º dia.



**35** A padronização por idade das taxas de mortalidade geral em países com diferente expectativa de vida anula o efeito da composição etária desigual da população e possibilita uma comparação mais adequada. O método mais utilizado é a padronização direta das taxas. Identifique o elemento que NÃO está presente nesse processo de padronização.

- (A) Taxas específicas por faixa etária.
- (B) População padrão.
- (C) População por faixa etária.
- (D) Expectativa de vida ao nascer.
- (E) Número de óbitos dividido pela população por faixa etária.

**36** O componente Pacto pela Vida dentro do Pacto pela Saúde identificou um conjunto de prioridades em 2006, com a entrada de novos compromissos a partir de 2009. Identifique as prioridades que foram incluídas no rol das de 2006.

- (A) Saúde do idoso.
- (B) Promoção da saúde.
- (C) Saúde do trabalhador.
- (D) Tratamento do câncer do colo de útero e de mama.
- (E) Redução das mortalidades infantil e materna.

**37** Quando o município de Niterói aderiu ao Pacto pela Saúde, a formalização se deu por meio do seguinte instrumento:

- (A) Programação Pactuada Integrada.
- (B) Contrato de Adesão ao Pacto pela Saúde.
- (C) Habilitação Plena do Sistema Municipal de Saúde.
- (D) Ofício do Conselho Municipal de Saúde assinado por seu presidente.
- (E) Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

**38** Identifique o indicador pactuado entre os municípios do estado do Rio de Janeiro relacionado à prioridade do Pacto pela Saúde "Saúde do Idoso".

- (A) Taxa de Internação Hospitalar em Pessoas Idosas por Fratura de Fêmur.
- (B) Taxa de Internação Hospitalar em Pessoas Idosas por AVC.

- (C) Porcentual de Pessoas Idosas em Situação de Risco nos Territórios de Unidades da Rede Básica em Saúde.
- (D) Porcentual de Pessoas Idosas Acamadas em Domicílios.
- (E) Prevalência de Demência Degenerativa em Pessoas Idosas.

**39** A partir de 2012 (Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012), foi estabelecido o processo de transição do Pacto pela Saúde para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP – Decreto 7.508/2011) pela pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ficou definido, também, que as ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias, nos termos dessa resolução, devem estar expressas no seguinte instrumento:

- (A) Mapa de Saúde.
- (B) Programação Anual de Saúde.
- (C) Pacto Interfederativo.
- (D) RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
- (E) Declaração de Comando Único.

**40** A Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012, inclui como responsabilidade sanitária no item "5 – Responsabilidades na Participação e Controle Social" uma ação que detalha e fortalece um dos itens presentes na formalização da adesão municipal ao Pacto pela Saúde (nesse caso relacionado ao componente Pacto de Gestão).

Identifique a ação que foi incluída.

- (A) Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme as diretrizes nacionais.
- (B) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- (C) Organizar e prover as condições necessárias para a realização de conferências municipais de saúde.
- (D) Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
- (E) Apoiar o processo de educação do Conselho de Saúde, disponibilizando programa permanente de educação na saúde, para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

**41** A coordenação do processo de elaboração e a organização das discussões e negociações para implementar o COAP são do Estado. No entanto, o município de Niterói pode iniciar o debate, estimulando esse processo no âmbito da seguinte instância:

- (A) Conselho Estadual de Saúde.
- (B) Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) Comissão Intergestora Regional.
- (D) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
- (E) Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RJ.

**42** Identifique o indicador apontado para o alcance do objetivo “Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica” dentro da proposta COAP.

- (A) Proporção de parto normal.
- (B) Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
- (C) Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.
- (D) Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB.
- (E) Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.

**43** Identifique o indicador relativo ao “Rastreamento do Câncer de Mama e de Colo do Útero”, proposto pelo Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no âmbito do COAP.

- (A) Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e na população feminina da mesma faixa etária.
- (B) Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 20 a 59 anos e na população feminina da mesma faixa etária.
- (C) Proporção de resultados de mamografia com alteração.
- (D) Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 50 a 69 anos e na população feminina da mesma faixa etária.
- (E) Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 25 a 64 anos e na população feminina da mesma faixa etária.

**44** Identifique o indicador que “Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de Saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta”.

- (A) Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
- (B) Taxa de detecção de hanseníase com grau II de deformidade.
- (C) Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- (D) Taxa de detecção de hanseníase na população geral.
- (E) Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos.

**45** O gestor municipal apresenta os resultados alcançados e eventuais redirecionamento que se fizeram necessários ao planejado no seguinte instrumento:

- (A) Plano Municipal de Saúde.
- (B) Relatório Anual de Gestão.
- (C) Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas.
- (D) Programação Anual de Saúde.
- (E) Relatório da Conferência Municipal de Saúde.

**46** Identifique os recursos que têm a finalidade de financiar novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS, depois do registro pelo gestor no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI/SIH).

- (A) Índice de Valorização Hospitalar de Emergência.
- (B) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
- (C) Autorização de Procedimento de Alta Complexidade.
- (D) Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar.
- (E) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

**47** São referenciais quantitativos destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido:

- (A) Parâmetros de Produtividade.
- (B) Parâmetros de Cobertura.
- (C) Programação Pactuada Integrada.
- (D) Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.
- (E) Mapa da Saúde.

**48** A ordenação e a qualificação dos fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, de modo a otimizar a utilização dos recursos disponíveis e a promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços, referem-se à/ao

- (A) Protocolo e às Diretrizes de Regulação.
- (B) Regulação de Sistemas de Saúde.
- (C) Regulação da Atenção à Saúde.
- (D) Microrregulação do Acesso à Rede de Atenção.
- (E) Regulação do Acesso à Assistência.

**49** Ceccim e Feuerwerker (2004) contribuem com o pensar e o fazer de uma política de educação para o SUS, com reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, a partir da imagem de quadrilátero da formação, composto por:

- (A) Formação técnica, intersetorialidade, controle social e atendimento integral.
- (B) Habilidades técnicas, vínculo, gestão e avaliação.
- (C) Cuidado integral, gerência em saúde, formação e avaliação.
- (D) Ensino, gestão, atenção e controle social.
- (E) Saúde coletiva, prevenção de doenças, pacto político e ensino baseado em competência.

**50** O processo que coloca os cotidianos “do trabalho e da formação em saúde em análise”, estruturando “espaços coletivos para a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos...”, segundo uma das abordagens de Ceccim (2005, p. 1616), refere-se à:

- (A) Educação permanente em saúde.
- (B) Educação continuada.
- (C) Gestão da força de trabalho do SUS.
- (D) Educação popular em saúde.
- (E) Formação de recursos humanos em saúde.