



FIOCRUZ

Concurso Público Fiocruz 2023

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva e Discursiva

TE26

**Educação Profissional de nível médio na
área de política, planejamento e
gestão em saúde**



Prova Objetiva

01. A área Trabalho e Educação é reconhecida no âmbito acadêmico por sua contribuição para a análise das políticas educacionais numa perspectiva histórica, à luz das dinâmicas socioeconômicas e culturais do modo de produção capitalista e da divisão internacional do trabalho. Diante dos desafios históricos postos pelas transformações no mundo do trabalho, marcadas pelas crises do taylorismo-fordismo e do modelo de Estado de Bem-Estar-Social a partir da segunda metade do século XX, sobre a posição hegemônica da área nesse contexto, é correto afirmar que:

- (A) os estudos passaram a se orientar principalmente para o interior da escola, resgatando-se sua finalidade precípua que é a formação humana.
- (B) os estudos passaram a ter como referência as novas demandas impostas para a formação de trabalhadores centradas no desenvolvimento de competências flexíveis.
- (C) a área enfrentou uma crise teórica considerando que as análises produzidas sobre a relação trabalho e educação perderam sentido face à falência da promessa do pleno emprego.
- (D) pesquisadores defenderam que o caminho seria pensar a escola não a partir dela, mas de determinações fundamentais como as relações sociais de trabalho e as relações sociais de produção.
- (E) a área buscou superar uma crise teórica rompendo com visões economicistas e crítico-reprodutivistas da educação pela incorporação de referenciais pós-modernos.

02. A relação trabalho, educação e saúde no Brasil veio se construindo historicamente sob as contradições de um país que se redemocratizava no final dos anos de 1980, ao mesmo tempo que o neoliberalismo se consolidava como a lógica do capitalismo no mundo ocidental. Nesse processo, a reforma sanitária se vê confrontada com a rebeldia da realidade, enquanto a educação brasileira sofre avanços e retrocessos até os dias atuais. Sobre esse fenômeno histórico, considere as seguintes afirmações:

- I. o fato de a Constituição Federal de 1988 atribuir ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde não foi suficiente para superar tais contradições nas políticas de formação desses trabalhadores.
- II. a Constituição Federal de 1988 definiu o ordenamento da formação de trabalhadores da saúde de forma ampla, uma vez que o projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional disciplinava a educação profissional em todos os setores da economia.
- III. o relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, se manifestou sobre o fato de o setor educacional, historicamente, não responder às necessidades de

profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços.

- IV. uma importante consequência para a formação de trabalhadores técnicos de nível médio em saúde resultante da responsabilização do Ministério da Saúde pelo ordenamento da formação de recursos humanos dessa área foi a redução da participação do setor educacional privado nessa oferta.

Sobre as afirmativas acima, é correto afirmar que estão corretas, somente:

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

03. Em relação aos debates ocorridos na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, é correto afirmar que:

- (A) havia um consenso sobre o êxito do treinamento em massa de trabalhadores da saúde realizados até o momento, com apoio da Organização Panamericana de Saúde.
- (B) foi destacada a necessidade de viabilizar nas Unidades Federadas uma articulação interinstitucional para a criação de uma política de recursos humanos coerente com a reforma sanitária e que o setor saúde deveria orientar os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional.
- (C) a Conferência aprovou que a formação dos trabalhadores da saúde deveria ocorrer exclusivamente em escolas, com autonomia em relação aos serviços, para evitar uma formação pragmática.
- (D) a Conferência aprovou que a concepção de Educação Politécnica deveria ser a referência da educação dos trabalhadores da saúde e que, tão logo fosse resolvido o problema da baixa formação dos trabalhadores inseridos nos serviços, seria dada a prioridade à formação de novos trabalhadores mediante profícuca articulação como Ministério da Educação.
- (E) a proposta de organizar as escolas ligadas ao setor saúde com base no conceito de “escola-função” experimentado nas experiências anteriores de formação foi derrotada, sob o argumento de que os Conselhos Estaduais de Educação não autorizariam o funcionamento de escolas com esse modelo.

04. Um dos braços que conduziu o Brasil ao neoliberalismo a partir dos anos de 1990 foi a reforma administrativa do Estado, que deslocou as fronteiras entre o público e o privado por meio das “parcerias”, sob uma racionalidade “economicista-liberal” (DI PIERRO, 2001) e forte influência dos organismos internacionais: Analise as colunas 1 e 2:

Coluna I

Desde esse período até os dias atuais, as políticas de trabalho, educação e saúde experimentaram:

- I. o resgate de antigos ideários ordenadores da política educacional, como a teoria do capital humano.
- II. a atualização da teoria do capital humano sob a égide do individualismo e da flexibilidade, por meio da pedagogia das competências.
- III. a ideologia da empregabilidade.
- IV. a ideologia do empreendedorismo e das competências socioemocionais.

Coluna II

Trata-se de ideários elaborados e difundidos relacionados aos seguintes fenômenos, apresentados em ordem aleatória:

- A. crise do conceito de qualificação no trabalho e das disciplinas na escola, provocados pela reestruturação produtiva e pelo desemprego estrutural, construindo uma nova noção para ordenar a relação trabalho e educação.
- B. aceitação da era do fim dos empregos e a criação de novas alternativas para sobreviver, com maior uma ênfase nos aspectos do saber-ser e saber-conviver.
- C. necessidade posta pelo regime de acumulação flexível, de o trabalhador redirecionar sua autonomia para produzir uma condição de esperança objetiva ou a probabilidade mais ou menos elevada de encontrar um emprego, o que depende da manutenção em dia das suas competências.
- D. investimento no “fator H” como finalidade dos cursos de qualificação, requalificação, profissionalização e profissionalização como condição para o crescimento social e econômico das pessoas e da sociedade, pensamento originado no contexto do desenvolvimentismo e renovado sob bases produtivas flexíveis e a ideologia do neoliberalismo.

É correto afirmar que apresenta corretas relações:

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

05. No Brasil, a partir dos anos de 1930, o modelo econômico urbano-industrial desafiou o Estado a assumir a coordenação da educação dos trabalhadores, que atravessou, até a atualidade, avanço e recuo da industrialização; desenvolvimentismo e novo desenvolvimentismo; reestruturação produtiva, neoliberalismo e crise do trabalho assalariado; sempre na contradição capital-trabalho. Para enfrentar essas contradições foram implementados programas, de caráter temporário e emergencial, inclusive no setor saúde. Ainda que não sejam estruturantes, trata-se de uma forma de se fazer política, pois expressam e desencadeiam movimentos de disputa. Alguns desses programas são sumariamente descritos a seguir em ordem NÃO cronológica. Analise as colunas 1 e 2:

Coluna I

- I. Acordo firmado entre Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Panamericana de Saúde, teve como objetivo a formação profissional de trabalhadores técnicos inseridos nos serviços de saúde, visando à qualificação e à habilitação, por via supletiva, com avaliação no processo de trabalhadores técnicos já inseridos ou em processo de admissão nos serviços de saúde (1981-1996). Consolidou a integração ensino-serviço como princípio da educação dos trabalhadores da saúde.
- II. Acordo assinado entre Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde, que representou uma das primeiras iniciativas governamentais de preparação de trabalhadores técnicos da saúde (1975-1978). Apoiou e financiou ações de treinamento em massa desses trabalhadores das secretarias estaduais de saúde e levou à criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRHU) em diversos estados. A integração ensino-serviço foi uma estratégia para viabilizar a formação.
- III. Criado pelo Ministério da Saúde em 2000, seu objetivo principal foi a qualificação e profissionalização dos trabalhadores técnicos de enfermagem, com elevação de escolaridade para os auxiliares de enfermagem. Realizou-se em cofinanciamento entre governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, cada parte responsável por 50%. Criado no contexto da reforma da educação profissional do governo de Fernando Henrique Cardoso, contribuiu para a implementação da Pedagogia das Competências na Educação Profissional em Saúde.
- IV. Formalizado em 2009, já na vigência do Decreto nº 5.154/2004, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde voltada à formação profissional de nível médio em saúde para diversas categorias profissionais. No caso da formação técnica de nível médio abrangeu radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, prótese dentária, vigilância em saúde e enfermagem, prevendo a articulação com o ensino médio.

V. Política de formação de trabalhadores da saúde implementada no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, especialmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ampliou o princípio da integração ensino-serviço para a integração ensino-serviço-gestão-control social, denominado como “quadrilátero da formação em saúde”.

VI. Criado pelo Ministério da Educação em 2011, teve como finalidade a ampliação da oferta de cursos de educação profissional e tecnológica, por meio de programas, projetos e ações de assistência técnica e financeira. Contou com outros órgãos e instituições de governo como demandantes da formação. Estudos demonstram que a maior oferta de cursos de educação profissional em saúde pela Rede Federal de Educação Profissional, Ciência e Tecnologia ocorreu na vigência desse programa.

VII. Iniciativa do MEC em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, realizado no modelo de cofinanciamento com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, voltou-se para a implantação de um sistema de educação profissional no país. Esteve vinculado à política de separação dos ensinos médio e técnico determinado pelo Decreto nº 2.208/1997 e incentivou a expansão da educação profissional por meio de parcerias entre as três esferas administrativas dessas com o terceiro setor.

Coluna II

As denominações abaixo correspondem, aleatoriamente, aos Programas descritos.

- A. Projeto Larga Escala.
- B. Projeto de Profissionalização de Trabalhadores na Área de Enfermagem – PROFAE.
- C. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC.
- D. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde do Ministério da Saúde - PPREPS/MS.
- E. Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP.
- F. Política Nacional de Educação Permanente – PNEPS.
- G. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS.

É correto afirmar que contém a correta associação entre os programas e as respectivas denominações:

- (A) I-A; II-D; III-B; IV-D; VII-C; VI-E; VII-F.
- (B) I-B; II-A; III-D; IV-F; V-C; VI-G; VII-E.
- (C) I-A; II-D; III-B; IV-G; V-F; VI-C; VII-E.
- (D) I-D; II-A; III-F; IV-G; V-E; VI-B; VII-C.
- (E) I-C; II-B; III-A; IV-E; V-F; VI-D; VII-F.

06. “Uma compreensão não estática e histórica de classe social nos ajuda a entender a diversidade humana na perspectiva da totalidade e que a luta de classes necessariamente, de forma explícita ou implícita, incorpora a diversidade em suas manifestações do feminismo, das relações sociais de gênero e sexualidade, de raça e etnia. [...] Na Educação Profissional e Tecnológica, não se tem uma tradição consolidada de estudos dessa ordem, ainda que estejam crescendo, ao passo que tais questões são concretas e incidem não somente na escola, mas também sobre a dinâmica produtiva e de desenvolvimento científico-tecnológico”. (RAMOS, 2020, pp. 12-13; 16). Ainda que não se apoie explicitamente na “interseccionalidade”, o conteúdo dessa reflexão remete a questões abordadas por esse conceito, é INCORRETO afirmar que:

- (A) atualmente haja consenso de que a tese da indissociabilidade entre gênero, raça e classe posta pela interseccionalidade não impede que, dependendo do objeto, se façam análises abrangidas por este conceito, a partir de somente uma dessas categorias.
- (B) tenha sido elaborado com enfoque primordial às interseções entre raça e gênero, incorporando complementarmente questões de classe e sexualidade.
- (C) atualmente se compreenda que a interseccionalidade abriga o princípio de que sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual interagem na produção e reprodução das desigualdades sociais.
- (D) a ideia de que a desigualdade seja determinada em última instância pela classe social é criticada pela interseccionalidade.
- (E) a interseccionalidade pode ser vista como uma das formas de combate às múltiplas opressões, de modo que conhecimentos produzidos nessa perspectiva são instrumentos de luta política.

07. Os seguintes excertos foram extraídos do artigo de Batista et. al. (2004)

- I. Referência: BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; e PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São. Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública**, 2004; 38(5): 630-6.
- II. Henriques, que estudou a evolução das condições de vida na década de 90, verificou que 63% da população pobre é de negros e que 61,2% da população negra é de pobres ou indigentes. (pp. 631-632).
- III. De fato, gravidez e parto, transtornos mentais, doenças infecciosas, doenças mal definidas, doenças nutricionais e causas externas, embora causas de doenças, elas não deveriam ser causa de óbito. [...] este grupo de causas de óbitos vai associar-se mais fortemente com as categorias preta e parda. (p. 634).
- IV. Martins & Tanaka, em 2000, identificaram taxas de mortalidade materna mais elevadas entre negras. (p. 635).

V. No presente estudo, escapou ao controle da análise das relações entre cor e causa de óbito a caracterização da condição socioeconômica das pessoas. [...] Talvez a característica da morte não seja a cor, mas a condição socioeconômica. (p. 635).

Com base na relação entre esses excertos e o problema do direito universal à saúde, é correto afirmar que:

- (A) o caráter não interseccional do estudo, centrado na categoria raça/cor, não traz contribuições para a política de Educação Profissional em Saúde, uma vez que esta é orientada principalmente pela categoria classe social.
- (B) há dimensões da interseccionalidade no estudo pois, além da cor, manifestam-se indiretamente determinações de classe e gênero; mas o estudo contribui somente para a gestão dos serviços de saúde, pois a complexidade do fenômeno vai além do que a Educação Profissional em Saúde pode tratar.
- (C) há dimensões da interseccionalidade no estudo pois, além da cor, manifestam-se indiretamente determinações de classe e gênero; a Educação Profissional em Saúde pode contribuir para o enfrentamento do problema construindo e incorporando conhecimentos sobre interseccionalidade e saúde na formação de trabalhadores da saúde.
- (D) há dimensões da interseccionalidade no estudo pois, além da cor, manifestam-se indiretamente determinações de classe e gênero; mas, dado o caráter macroestrutural de suas determinações, trata-se de um problema a ser enfrentado somente com a superação do modo de produção capitalista.
- (E) não se trata de um estudo interseccional, pois está centrado na categoria raça/cor, mas a Educação Profissional em Saúde pode contribuir para o enfrentamento do problema incorporando conhecimentos sobre o tema nos cursos técnicos voltados exclusivamente para a assistência, a fim de formar trabalhadores que atuem na melhoria dos serviços.

08. Estudo realizado por Jobim e Silva (2022) nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia constatou que no ensino técnico se concentra um número considerável de mulheres, de pessoas não-brancas e de classes sociais mais baixas, constituindo, desse modo, um grupo de estudantes em vulnerabilidade social. Um olhar sobre o trabalho técnico na saúde, particularmente de enfermagem, nos mostra que “as mulheres negras representam 53% dos profissionais de enfermagem, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 2017”, concentradas em postos de nível médio, mais precarizados e com menor remuneração (SODRÉ, 2021); e que diferenças entre rendimentos desses trabalhadores estão associadas ao pertencimento étnico-racial, revelando situações nas quais profissionais de cor/raça branca apresentaram, sistematicamente, condições mais favoráveis de trabalho e renda, em relação aos pretos e pardos (MARINHO, et. al. 2022)

Diante do exposto, é CORRETO afirmar que:

- (A) a educação profissional em saúde deve ser ofertada prioritariamente para estudantes de baixa renda, como meio de ascensão social.
- (B) políticas de cotas sociais e raciais na educação profissional em saúde seriam ineficazes, uma vez que as desigualdades se mantêm nas condições de trabalho e renda.
- (C) a educação profissional em saúde deve ser ofertada prioritariamente a mulheres negras, uma vez que essas formam um contingente expressivo da força de trabalho em saúde.
- (D) estudos baseados na interseccionalidade na área da educação profissional em saúde são fundamentais para a compreensão das condições descritas pelas referências citadas.
- (E) por mais que estudos baseados na interseccionalidade desvelem determinações das desigualdades, não há como interferir nas políticas públicas, pois essas são formuladas hegemonicamente por homens brancos da classe burguesa.

09. “A reforma do Estado brasileiro iniciada em 1995 adota o que chama de paradigma gerencial contemporâneo, fundamentado no modelo internacional denominado Nova Gestão Pública, que tem como premissa central a transição de um paradigma burocrático de administração pública para um novo paradigma gerencial.” (ANDRIOLO, 2006) Estudos apontam que essa perspectiva “gerencialista” levou para o setor público de saúde os princípios do setor privado e do mercado como modelo de organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (MOROSINI, 2018). Analise as seguintes afirmações:

- I. na organização do SUS, o gerencialismo resultou em políticas seletivas e pacotes restritos de atenção, dirigidos às frações da classe trabalhadora em condições sociais mais adversas.
- II. o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde foi fortemente atingido pelo gerencialismo, desviando uma característica fundante de seu trabalho que é a educação em saúde, para atividades instrumentais parametrizados que podem ser mensuráveis.
- III. a concepção de sistema universal mantém-se como consenso nas políticas de saúde, apesar de o gerencialismo prever importante contenção de custos com estabilização ou diminuição do gasto sanitário.
- IV. a adoção de estratégias, técnicas e instrumentos de organização, monitoramento, controle e avaliação, orientadas para a consecução de metas, indicadores de desempenho e eficácia é característica do gerencialismo e atingiu o trabalho na Atenção Básica à Saúde.
- V. o gerencialismo na saúde Brasil levou a uma reestruturação da relação público/privado, a partir da descentralização de responsabilidades para outras esferas de governo e para o setor privado, consolidou a participação financeira do usuário com os serviços que utiliza, mas ampliou o orçamento federal a fim de ampliar a cobertura dos serviços.

Sobre as afirmativas acima, é correto afirmar que:

- (A) somente I e II estão corretas.
- (B) somente III, IV e V estão corretas.
- (C) todas estão corretas.
- (D) somente V está correta.
- (E) somente I, II e IV estão corretas.

10. “Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal (*universal health system-UHS*) versus cobertura universal em saúde (*universal health coverage-UHC*)”. (GIOVANELLA et. al., 2018, p. 1763).

Abaixo são apresentadas características de ambas as propostas:

- I. o papel do Estado é fundamentalmente a regulação do sistema de saúde e o financiamento ocorre por combinação de recursos públicos e privados em fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas.
- II. asseguramento ou contratação, pelo Estado, de serviços para pessoas que não possam comprá-los no mercado.
- III. o Estado é responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde, visando a que todos tenham suas necessidades atendidas sem restrições para o acesso.
- IV. pressuposição da insuficiência do setor público para atender as demandas de saúde da população;
- V. serviços coordenados e organizados em rede, integrados e territorializados, com cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção.
- VI. a Atenção Primária à Saúde se caracteriza por uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento, a partir de um pacote básico de serviços essenciais definidos em cada país.

É correto afirmar que em relação às características que correspondem à proposta de cobertura universal em saúde, estão corretas, apenas:

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

11. Observe as seguintes afirmações referentes à relação entre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a Atenção Básica em Saúde:

- I. além de primeiro nível de atenção do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde foi compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS, adotando-se a nomenclatura Atenção Básica à Saúde.
- II. a proposta de organização da atenção inerente ao Programa de Saúde da Família foi assumida efetivamente pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS somente com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica realizada em 2017.
- III. o fato de a organização do SUS ter inicialmente privilegiado o financiamento e a descentralização dos serviços de saúde adiou uma discussão mais profunda sobre o modelo de atenção, de modo que o tema da Atenção Básica em Saúde entrou formalmente na agenda do SUS somente em 1996.
- IV. a revisão realizada na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 caracteriza-se pela relativização da cobertura e segmentação do cuidado.
- V. todas as versões da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil mantiveram a compreensão da Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre.

É correto afirmar que são verdadeiras somente as afirmações:

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

12. “A ineficiência dos estudos ambientais, enquanto ferramenta integradora da saúde e do meio ambiente no planejamento do desenvolvimento, vem ocorrendo notadamente pela sua limitação como instrumento para empreendimentos isolados e não para programas e políticas de âmbito regional ou nacional.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995)

Sobre relações entre trabalho, saúde e ambiente, é correto afirmar que:

- (A) a crítica de que a concepção antropocêntrica da relação ambiente, saúde e desenvolvimento centrou-se na lógica da natureza como recurso e do ser humano como força de trabalho, não apreende o quanto este modelo proporcionou geração de riqueza e distribuição equitativa de benefícios econômicos e sociais no mundo contemporâneo.
- (B) nas sociedades contemporâneas, organizadas sob a égide do modelo de desenvolvimento capitalista, a preocupação com a sustentabilidade do ambiente pode acarretar uma crise econômica e o agravamento das condições de saúde das populações, pois o risco de desindustrialização produzirá desemprego e comprometerá a capacidade industrial de produção de medicamentos.
- (C) reorientação das práticas de saúde visando à interação com o meio ambiente; políticas intersetoriais de geração de emprego e de renda; agroecologia; e organização de políticas de saúde centradas no reconhecimento do território em todas as suas dimensões podem orientar a relação trabalho, saúde e ambiente na perspectiva do desenvolvimento sustentável.
- (D) as políticas de saúde atuais devem se concentrar predominantemente no controle estatístico e técnico dos agravos à saúde provocados pelo desequilíbrio ambiental, não só para intervir na recuperação dos indivíduos afetados, como também para subsidiar outras instâncias governamentais, principalmente os Ministérios do Trabalho e Emprego e de Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços, na condução de ações específicas de cada setor.
- (E) A forma mais eficaz de o governo brasileiro implementar critérios ambientais e de saúde integrados às políticas econômicas, a fim de proporcionar, equitativamente, condições sociais, de trabalho e de saúde para a população, é repassar totalmente à iniciativa privada a competência para atividades reguladoras essenciais como as auditorias ambientais.

13. Em relação ao campo da Saúde e Ambiente, é correto afirmar que:

- (A) o campo entende como irrelevante o debate que confronta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, fomentada pela Epidemiologia Crítica, e o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde fundado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no início dos anos 2000.
- (B) o conceito de conflitos socioambientais é fundamental para o campo nos estudos sobre a relação entre trabalho, saúde e ambiente, pois expressa a existência de diferentes concepções de natureza e de desenvolvimento nos confrontos de interesses ligados ao acesso, à conservação e ao controle dos recursos naturais numa relação assimétrica de poder.
- (C) um ponto de consenso no campo é que as causas e as consequências dos problemas ambientais atingem todas as pessoas, independentemente dos recortes de classe social, etnia, raça e gênero, e, no contexto da globalização, todos os países industrializados, independentemente do lugar que ocupam na divisão internacional do trabalho.
- (D) o campo entende que o desemprego estrutural causado pela reestruturação produtiva torna incontornável que esses estejam no centro das disputas territoriais e dos conflitos ambientais, em relação às quais a ação do Estado é inócua frente ao poder dos grandes empreendimentos.
- (E) é hegemônica a concepção de que, apesar da relevância dos problemas ambientais, as principais causas de adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras continuam localizados nas condições do ambiente interno às unidades produtivas.

14. “Uma dimensão importante para avançar nas práticas de saúde, fortalecendo os processos de trabalho, a promoção e a vigilância à saúde na Estratégia da Saúde da Família, é incorporar a abordagem teórica das relações entre saúde, ambiente e trabalho, por meio do diálogo entre Saúde do Trabalhador e Saúde e Ambiente, ambas desenvolvidas no âmbito da Saúde Coletiva brasileira”. (Pessoa et al., 2013a; Brasil, 2013; *apud* PONTES, et al., 2022). Analise as colunas 1 e 2:

Coluna I

Considerando a perspectiva integrada de conhecimentos e políticas públicas nas práticas de saúde sugerida pela citação, observe os seguintes enunciados:

I. campo de conhecimentos e práticas, interdisciplinar e intersetorial, que tem como finalidade conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, empregando categorias teóricas como “processo de trabalho” corresponde ao campo Saúde do Trabalhador.

II. núcleo de saberes e práticas sobre relações entre a sociedade e a natureza, dando relevância às categorias modo de produção e trabalho humano, a fim de compreender a determinação do processo saúde-doença das diferentes classes e grupos sociais.

III. conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, visando à identificação de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos.

IV. definição de princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

V. conjunto de princípios e práticas que asseguram que nenhum grupo social, seja ele étnico, racial ou de classe, suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações econômicas, de decisões políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas.

Coluna II

Tais enunciados correspondem, em ordem aleatória:

- A. ao conceito de justiça ambiental.
- B. ao campo da Saúde do Trabalhador.
- C. ao campo da Saúde e Ambiente.
- D. à finalidade da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- E. ao conceito de Vigilância Ambiental.

Pode-se afirmar que apresenta a correta correspondência das colunas I e II:

- (A) I-A; II-C; III-B; IV-D; V-E.
- (B) I-B; II-A; III-C; IV-D; V-A.
- (C) I-A; II-B; III-C; IV-D; V-A.
- (D) I-B; II-C; III-E; IV-D; V-A.
- (E) I-C; II-A; III-D; IV-E; V-B.

15. As conquistas da ciência e da tecnologia representam o domínio do ser humano sobre a natureza, com a possibilidade de ampliar suas capacidades para produzir melhores condições de vida. Porém, a potencialidade da incorporação da ciência, tecnologia e inovação em saúde para atender às necessidades de saúde da população no mundo contemporâneo tem sido objeto de muitas polêmicas.

Quanto à melhor abordagem desse tema na formação dos trabalhadores da saúde, é correto afirmar que:

- (A) dado o papel determinante da ciência, tecnologia e inovação na melhoria dos serviços em saúde, os currículos devem ser flexíveis para incorporar de forma ágil os avanços em ciência e tecnologia e, principalmente, as inovações.
- (B) considerando a velocidade do avanço da ciência, tecnologia e inovação em saúde, impossível de ser acompanhada pelas instituições formadoras, os currículos devem centrar-se no desenvolvimento de competências voltadas para o aprender a aprender, pois somente no exercício profissional os trabalhadores aprenderão a lidar com esse avanço.
- (C) dado o caráter insignificante do papel da ciência, tecnologia e inovação na melhoria dos serviços de saúde, uma vez que a prevenção e a promoção da saúde são a melhor via de enfrentamento dos problemas da população, os currículos devem centrar-se nas ciências básicas, suficientes para os trabalhadores se adaptarem à incorporação de novos conhecimentos e procedimentos nos serviços.
- (D) os currículos devem centrar-se na qualificação geral dos trabalhadores, pois a incorporação da ciência, tecnologia e inovação nos serviços de saúde requer dos trabalhadores mais a função de gestores do que executores nos processos de trabalho.
- (E) as instituições formadoras não devem ignorar o papel da ciência, tecnologia e inovação em saúde, mas sim, proporcionar o acesso ao saber científico e tecnológico que o trabalho incorpora, aliado à reflexão crítica de possibilidades e limites desse avanço.

16. As inovações tecnológicas têm se destacado no processo de transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, desde os anos 1970 nos países capitalistas, e a partir dos anos 1990 no Brasil. Estudos discutem sua influência no setor saúde, inclusive quanto à relação entre processos de trabalho, satisfação e saúde dos trabalhadores.

Observe as afirmações abaixo:

- I. as inovações podem afetar positiva ou negativamente os trabalhadores, contribuindo para maior satisfação no trabalho e para a saúde ou promovendo desgaste gerador de adoecimento, acidentes ou morte no trabalho.
- II. a satisfação ou insatisfação de trabalhadores frente à introdução de novas tecnologias é uma questão subjetiva, independente da organização e das condições gerais de trabalho.
- III. a inclusão dos trabalhadores no planejamento e avaliação da introdução de novas tecnologias no trabalho em saúde tende a minimizar efeitos negativos.
- IV. a introdução de novas tecnologias no trabalho em saúde substitui o trabalho humano, aliviando os gestores das funções de planejamento do quantitativo e da qualificação no processo de trabalho.
- V. a introdução das Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde tem servido à produção de dados tanto para o planejamento e gestão dos serviços, quanto para o controle e monitoramento do trabalho na lógica gerencialista.

É correto afirmar que:

- (A) todas as afirmações são verdadeiras.
- (B) somente a afirmação II é verdadeira.
- (C) somente as afirmações I, III e V são verdadeiras.
- (D) somente as afirmações I, II, IV são verdadeiras.
- (E) somente as afirmações II, III e IV são verdadeiras.

17. “O CEIS [Complexo Econômico-Industrial da Saúde] designa a economia organizada em torno da produção de bens e serviços de saúde. Economia no sentido das relações sociopolíticas, e também econômicas, estabelecidas entre atores dos segmentos industriais e dos serviços.” (TEIXEIRA, 2020, p. 232) A articulação com a política de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) é um eixo estruturante da concepção do setor saúde como um sistema complexo.

Sobre a relação entre essa concepção e a formação de trabalhadores da saúde, é correto afirmar que:

- (A) a formação de trabalhadores da saúde não aparece como uma dimensão da concepção de saúde como sistema complexo desde a sua formulação original nos anos de 1980.
- (B) a associação entre a formação de trabalhadores, a pesquisa e desenvolvimento tecnológico, o sistema e as práticas de saúde e o setor industrial é um tema que merece aprofundamento na perspectiva intersetorial.

- (C) dada a ênfase no segmento industrial da saúde, a Teoria do Capital Humano é a mais adequada para o fortalecimento da formação de trabalhadores da saúde nessa concepção.
- (D) a prioridade conferida ao segmento farmacêutico exige que a Biotecnologia seja o núcleo da política de formação de trabalhadores da saúde na lógica do CEIS.
- (E) a formação de trabalhadores da saúde não é uma questão relevante para o CEIS.

18. “Quando discutimos os desafios do ensino médio integrado nesse contexto [da pandemia de Covid-19] e nos apoiamos na relação entre trabalho, ciência e cultura, como princípio ordenador do currículo, é importante resgatarmos o pressuposto de que a realidade é manifestação histórica dessa relação”. (RAMOS, 2020, p. 156)

À luz dessa citação, é INCORRETO afirmar que:

- (A) a formação técnica em saúde não poderia abordar o contexto da pandemia de Covid-19 somente com conteúdos das Ciências Biomédicas, uma vez que se tratou de um fenômeno com múltiplas determinações históricas.
- (B) a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença converge com a concepção da formação técnica em saúde sob o princípio da relação trabalho, ciência e cultura, pois esse princípio expressa, no campo pedagógico, que a vida, como fenômeno histórico, é síntese de múltiplas determinações.
- (C) o projeto do ensino médio integrado sob o princípio da relação trabalho, ciência e cultura visa não somente a formação de técnicos aptos ao exercício profissional, mas também proporciona, pela mediação do conhecimento, a análise crítica das bases econômicas, políticas, sociais e culturais da atual sociedade.
- (D) o currículo da formação técnica em saúde ordenado pela relação entre trabalho, ciência e cultura é composto por componentes sobre o processo de trabalho em saúde, sobre os conteúdos científicos instrumentais ao trabalho em saúde, e sobre as características culturais dos usuários dos serviços de saúde.
- (E) no contexto da pandemia, a relação entre trabalho, ciência e cultura no projeto do ensino médio integrado se viu desafiada pelas dificuldades ou impossibilidades de condições necessárias ao aprendizado de técnicas, procedimentos, processos tecnológicos, juntamente com seus embasamentos científicos e implicações culturais.

19. Considerando o histórico da formação técnica em saúde, é correto afirmar que:

- (A) a formação do trabalhador em saúde com base na relação trabalho, ciência e cultura, tem o processo de produção da saúde como referência, mas não se limita ao princípio da integração ensino-serviços.
- (B) as dimensões históricas e contraditórias do trabalho, da ciência e da cultura sempre estiveram presentes na concepção político-pedagógica dos cursos técnicos em saúde.
- (C) a dificuldade histórica do desenvolvimento da formação técnica em saúde com base na relação trabalho, ciência e cultura está no fato de o perfil desse técnico exigido pelo Sistema Único de Saúde se voltar predominantemente para atividades de execução.
- (D) a dificuldade histórica do desenvolvimento da formação técnica em saúde com base na relação trabalho, ciência e cultura está na sua amplitude epistemológica e ausência de propostas metodológicas.
- (E) as experiências pedagógicas de formação técnica em saúde baseadas na relação trabalho, ciência e cultura não conseguiram incorporar a formação geral nos currículos devido aos limites legais da carga horária.

20. Os enunciados abaixo se baseiam em Ramos (2010, p. 273).

Coluna I

- I. O conceito ampliado de saúde, que a define como um direito e preside o princípio de acesso universal ao sistema de saúde, é o eixo que sustentaria uma formação na perspectiva da totalidade centrada na integração entre trabalho, ciência e cultura.
- II. O Sistema Único de Saúde é parte de uma totalidade socioeconômica mais ampla, na qual as relações sociais de produção geram a contradição entre saúde como direito e como mercadoria.
- III. Uma formação crítica de trabalhadores da saúde teria a categoria “modo de produção da existência” como central, tal como aborda a pedagogia histórico-crítica e a perspectiva da politécnica.

Coluna II

Analise as seguintes afirmações sobre os enunciados acima:

- A. o enunciado II complementa o enunciado I ao caracterizar o Sistema Único de Saúde como particularidade da totalidade socioeconômica.
- B. os três enunciados são fundamentados no materialismo histórico-dialético e podem ser apresentados como um único e coerente enunciado.
- C. o enunciado II carrega um equívoco, pois a saúde como mercadoria é incompatível com os princípios do Sistema Único de Saúde.
- D. o enunciado III refere-se a uma concepção pedagógica que independe dos enunciados anteriores, pois a pedagogia é um campo científico autônomo em relação a outras ciências
- E. o enunciado III define a concepção pedagógica coerente com os enunciados I e II.

Sobre as afirmativas acima, é correto afirmar que:

- (A) somente B é verdadeira.
- (B) somente C é verdadeira.
- (C) somente C e D são verdadeiras.
- (D) somente A e E são verdadeiras.
- (E) somente A, B e E são verdadeiras.

21. Considere os trechos a seguir:

“O enfoque da determinação social do processo saúde-doença aponta [...] para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana”.

(Silva, L. B.; Bicudo, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C. dos; Silva, L. B.; Machado, T. de O. Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. 1º ed. Rio de Janeiro: Mórula, 2022)

“Situamos a gestão no campo da ação política.[...] A gestão em saúde seria então a definição de finalidades ou objetivos de caráter sanitário, envolvendo instituições ou sistemas de saúde; o estabelecimento dos recursos necessários e sua combinação adequada [...]”.

(Grabois, V; Ferreira, S. C. C. Gestão em saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade. In: Ferreira, S. C. C; Monken, M. (Org.). Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 157-172)

Nessa perspectiva, sobre o discurso que propõe uma gestão em saúde marcadamente técnica e apartada de valores políticos, podemos afirmar que:

- I. é influenciado pela abordagem conhecida na literatura como Nova Gestão Pública, que se orienta por indicadores de eficiência e efetividade pautados pela equidade em saúde.
- II. se apoia na existência de projetos societários em disputa, assumindo posição explicitamente alinhada à lógica neoliberal.
- III. está geralmente estruturado a partir de evidências científicas, além de indicadores de eficiência, eficácia e produtividade economicistas.
- IV. se orienta pelos princípios da tecnocracia, e ao despolitizar a gestão da saúde garante que disputas e controvérsias não permeiem as decisões.

As afirmações I, II, III e IV são, respectivamente:

- (A) V, V, V, V
- (B) F, F, V, F
- (C) V, F, F, V
- (D) F, V, V, F
- (E) F, V, F, F

22. Recentemente foi lançada a Portaria nº 2.198/2023, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

A atuação da Estratégia Antirracista, conforme descrito no Art. 3º da referida Portaria, se dará no âmbito:

- (A) dos processos de trabalho em saúde, contemplando práticas de assistência, gestão e formação em todos os níveis, incluída a Educação Permanente em Saúde; e do combate ao racismo antinegro e anti-

- indígena no âmbito do SUS, bem como a todas as manifestações discriminatórias estruturais.
- (B) da gestão do cuidado e seus respectivos dispositivos; da gestão da clínica, com ênfase na Atenção Primária; da relação profissional-usuário; e da representatividade de pessoas negras e indígenas na força de trabalho em saúde.
- (C) da política, planejamento e gestão do SUS; da gestão do cuidado e seus respectivos dispositivos; da gestão da clínica; da promoção da atenção integral à saúde das pessoas com Doença Falciforme; e da redução da mortalidade materna e infantil nos segmentos étnico-raciais em que são mais prevalentes.
- (D) das políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, formatando-as com medidas que incorporem critérios étnico-raciais; dos processos administrativos e de gestão do Ministério da Saúde; das relações interfederativas do Ministério da Saúde; e das relações entre as instâncias de controle social do SUS e a sociedade civil.
- (E) do reconhecimento das especificidades de diversos segmentos étnico-raciais da população, com ênfase no combate do racismo antinegro; e do direcionamento dos recursos alocados em programas do Ministério para equalização dos indicadores de saúde entre os diferentes grupos étnico-raciais.

23. “No Brasil, a destinação de recursos federais a estados e municípios por meio de emendas parlamentares (EP) tem sido objeto de análises sobre políticas públicas, com abordagens e enfoques diversos. Destacam-se preocupações quanto ao processo político e decisório e aos efeitos das regras institucionais na distribuição das emendas no orçamento federal”.

(Vieira, F.S, Lima L.D. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. Rev Saude Publica 2022; 56:123).

Analise as afirmativas a seguir no que tange ao tema das Emendas Parlamentares como mecanismo político e financeiro no contexto do SUS:

- I. a EC nº 86/2015, ao regulamentar as EP, enfatiza critérios que visem a redução das desigualdades regionais, o que não vem sendo cumprido.
- II. até o ano de 2013 as EP tinham caráter autorizativo, passando a ter caráter impositivo somente a partir da EC nº 86/2015.
- III. EP individuais serão aprovadas no limite 1,2% da receita corrente líquida, sendo 50% desse valor destinado a ações e serviços públicos de saúde.
- IV. as EP não são contabilizadas para fins do cumprimento do gasto mínimo do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde.

Sobre as assertivas acima, podemos afirmar que:

- (A) apenas I está correta
- (B) apenas I e II estão corretas
- (C) apenas III está correta
- (D) apenas II e III estão corretas
- (E) todas estão corretas

24. “O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal-estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida”

(Rivera, Francisco Javier Uribe; Artmann, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Editora FIOCRUZ, 2012).

À luz do trecho acima sobre Planejamento Estratégico Situacional (PES), e tendo como referência as formulações de Carlos Matus, analise se as afirmações abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

- I. um ‘mal-estar’ ou uma necessidade sentida pela população, apenas, não se configuram como problema. Um problema trata-se de uma realidade insatisfatória superável, que permite intercâmbios favoráveis com outra realidade.
- II. um problema nunca é ‘solucionado’ definitivamente, mas pode haver um intercâmbio positivo de problemas com outra realidade, a partir de uma intervenção eficaz na realidade que se apresenta.
- III. problemas podem ser classificados em: a) bem-estruturados, quase-estruturados ou mal-estruturados; b) finais, intermediários, atuais ou potenciais.
- IV. o problema deve ser definido e declarado por um ator disposto e capaz de enfrentá-lo. O ator deve preencher três critérios: ter base organizativa, um projeto definido e controlar o orçamento necessário à intervenção.

As afirmações I, II, III e IV são, respectivamente:

- (A) V, V, V, F
- (B) F, V, V, F
- (C) V, F, F, F
- (D) V, V, V, V
- (E) F, F, F, V

25. “No Brasil, existe uma experiência acumulada sobre a produção teórico-metodológica do planejamento e programação em saúde que se constituiu como importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais”.

(Teixeira, C. F. de S.; Jesus, W. L. A. de. Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. In: Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010).

Um argumento favorável ao uso do enfoque estratégico-situacional do planejamento no processo de formulação e implementação de Planos de Saúde é que:

- (A) trata-se de perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade, alcançada por meio de uma compreensão do “objeto do planejamento” baseada em evidências científicas.
- (B) evita uma “modularização” do plano - em objetivos, atividades, produtos, resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos - , flexibilizando a organização, participação dos diversos atores e o desenho estratégico.
- (C) aposta em um processo dinâmico, organizado em momentos que articulam as experiências das distintas práticas das instituições envolvidas com a política de saúde, a partir do processamento técnico-político dos problemas.
- (D) concebe o “processo de planejamento” como sendo constituído de três momentos que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, possibilitando a articulação de práticas distintas.
- (E) tendo como fundamento epistemológico a atomização entre sujeito e objeto do conhecimento, esse enfoque permite um processo de planejamento racional, mais efetivo e uma abordagem policêntrica sobre a realidade.

26. O texto “Seis teses sobre a ação programática em Saúde” (1990), escrito por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lília Blima Schraiber e Maria Ines Baptistella Nemes, traz questões nucleares para o quadro teórico-prático da concepção de programação em saúde.

Na proposta dos referidos autores, a programação em saúde, como forma de organizar tecnologicamente o trabalho, está centrada na (s):

- (A) padronização de condutas sanitárias.
- (B) tradição e método Paidéia.
- (C) ciência epidemiológica.
- (D) gestão de recursos escassos.
- (E) ciências médicas historicamente situadas.

27. "...sem ampliar o orçamento do SUS e mitigar a desigualdade de acesso, a adoção tecnocrática de medidas de eficiência, descontextualizadas da sua eficácia e efetividade, não resolverá seus problemas de gestão, tampouco vivificará suas diretrizes constitucionais em torno da universalidade, da integralidade e da igualdade".

(Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Nova política de financiamento do SUS. Nota de Política Econômica. Setembro, 2022)

Tendo como referência o processo histórico de financiamento do SUS, analise se as afirmações abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

- I. O subfinanciamento do SUS é crônico. A busca pela destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social à Saúde, conforme CF/1988, ganhou força e obteve êxito parcial com a EC 29/2000, que definiu recursos mínimos para o financiamento e desvinculou o gasto federal da variação nominal do PIB.
- II. A redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social, é um princípio geral do financiamento para o SUS previsto na Portaria GM/MS nº 399/2006 - Pacto pela Saúde.
- III. O gasto total com saúde no Brasil, em proporção do PIB, é próximo ao de países que também contam com acesso universal, como Canadá, Reino Unido, Portugal e Espanha, e acima da média da Europa, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2019).
- IV. O Novo Arcabouço Fiscal (PLP 93/2023) colocou fim no congelamento das despesas públicas por 20 anos. Trata-se de um mecanismo de controle do endividamento que substitui o Teto de Gastos e remove as restrições fiscais à ampliação do financiamento de políticas públicas em saúde.

As afirmações I, II, III e IV são, respectivamente:

- (A) V, V, F, F
- (B) F, V, F, V
- (C) V, F, F, F
- (D) V, V, V, V
- (E) F, V, V, F

28. Para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012, **NÃO** serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas referentes e/ou decorrentes de:

- (A) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde.
- (B) saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- (C) saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador.

- (D) obras de infraestrutura realizadas para beneficiar diretamente a rede de saúde.
- (E) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

29. Considere o trecho a seguir:

"A nova proposta de financiamento, Programa Previne Brasil, altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho. [...] Três argumentos foram apresentados para justificar a nova política de financiamento: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; garantir custo-efetividade na política de atenção básica."

(Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. F. (2023). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública [online], 36(9))

A afirmação que representa, de forma consistente, uma das críticas realizadas por autores e entidades do campo do movimento sanitário sobre as contradições e prejuízos do Previne Brasil à Atenção Primária à Saúde é:

- (A) ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção nos indicadores que serão monitorados, em detrimento dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nos quais deve estar centrado trabalho das equipes de APS.
- (B) a ênfase na pessoa cadastrada distancia-se da adoção de uma *proxy* de necessidades que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e geográficas das populações. O modelo promove a focalização da APS e evoca a ideia de cobertura universal.
- (C) a utilização de captação e avaliação de desempenho para remuneração de serviços não é uma prática identificada em sistemas públicos de saúde no mundo. Ao se inaugurar esse processo e instrumentos no SUS, extinguindo-se o PAB fixo, o financiamento da APS no país deixa de ser universal.
- (D) a principal referência internacional adotada como referência para o Previne Brasil foi o Reino Unido. Todavia, diferentemente do Brasil, o modelo inglês adotou critérios de captação e desempenho como mecanismo preferencial para o cálculo de transferências intergovernamentais, e os evitou para a remuneração de serviços.
- (E) ao estimular a manutenção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) como estratégia de cuidado ampliado territorializado - pela indução de financiamento mediante regras de produtividade e metas quantitativas - o modelo desvela seu descomprometimento com a capacidade resolutiva e construção de integralidade da APS.

30. Os instrumentos básicos de planejamento do SUS são interdependentes do ciclo orçamentário governamental geral. Este está constitucionalmente organizado com base em três leis temporárias, ordinárias e horizontalmente equiparadas, de iniciativa exclusiva do Poder Executivo: o plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e a lei orçamentária anual (LOA). Sobre o PPA, podemos afirmar que o documento:

- (A) deve ser subsidiado pelas diretrizes da LOA do ano imediatamente anterior.
- (B) tem a mesma periodicidade e nível estratégico observados no Plano de Saúde.
- (C) deve conter a programação para quatro anos de mandato da gestão em curso.
- (D) tem vigência flexível, a ser definida a cada ano de exercício financeiro pela LDO.
- (E) não deve conter a programação de obras, e de despesas decorrentes delas.

31. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, como ferramenta de coleta e organização dos dados sobre receitas totais e despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Sobre os indicadores que podem ser obtidos a partir do SIOPS, é correto afirmar que:

- (A) são baseados em dados informados por Estados, Municípios e Distrito Federal, que são representados no sistema pelos respectivos fundos de saúde.
- (B) integram informações financeiras e epidemiológicas, para apoiar a gestão e controle social do SUS, sendo importante instrumento de transparência.
- (C) têm implicação na aplicação de penalidades previstas na Lei Complementar nº 141/2012 e regulamentadas pelo Decreto nº 7.827/2012.
- (D) são publicados bimestralmente após auditoria da equipe gestora do SIOPS sobre os dados declarados pelos Entes federados.
- (E) têm fé pública para todos os fins legais, exceto para a comprovação da aplicação do mínimo constitucional de recursos em saúde.

32. A gestão de materiais é parte fundamental do planejamento e execução das ações e serviços de saúde. Trata-se de um processo relacionado diretamente à gestão de compras. Na classificação da despesa com aquisição de material, devem ser adotados parâmetros que diferenciam o material permanente do material de consumo.

Um material é considerado de consumo caso atenda um, ou mais de um critério, que compõe o conjunto de parâmetros a seguir:

- (A) Abrangência, Flexibilidade, Praticidade, Padronização, Durabilidade.
- (B) Percibilidade, Especificidade, Mensurabilidade, Relevância, Temporalidade.
- (C) Eficiência, Eficácia e Efetividade, considerado o tempo de uso previsto.
- (D) Durabilidade, Fragilidade, Percibilidade, Incorporabilidade, Transformabilidade.
- (E) Especificidade, Eficiência, Percibilidade, Mensurabilidade, Temporalidade.

33. Uma função da Atenção Básica é coordenar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. Desse modo, se faz necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado em rede, tais como:

- (A) prontuário e compartilhamento eletrônico de informações clínicas, prioritariamente em municípios de médio e grande porte populacional.
- (B) gestão das listas de espera, evitando encaminhamentos para consultas especializadas e procedimentos não previstos no Plano Municipal de Saúde.
- (C) discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, que podem ser associados a práticas de matriciamento.
- (D) protocolos de atenção organizados sob a racionalidade da epidemiologia crítica com vistas à padronização de condutas médicas.
- (E) gestão das listas de espera para encaminhamentos de urgência, priorizando a idade do paciente para consultas de rotina e procedimentos não previstos no Plano Municipal de Saúde.

34. Considere o trecho a seguir:

“As práticas sociais de cuidado em saúde modificam-se ao longo do tempo e comportam significativas diferenças entre sociedades diversas. Uma das características gerais dessas práticas de cuidado na nossa sociedade é a intensa participação de profissionais e instituições de saúde, a ponto de parecer natural reduzirmos o espectro de tais práticas àquelas feitas exatamente por esses profissionais nos serviços de saúde”.

(Melo, E. A.; Mattos, R. A. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (Orgs.). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, v. 1, p. 95-116).

Diante do exposto, pensar e intervir criticamente nas práticas de cuidado e, por conseguinte, na gestão do cuidado, pressupõe fortalecer:

- (A) a noção de cuidado como um valor social solidário indissociável da modernidade, tendo como referência os nascentes modelos de atenção à saúde nesse tempo histórico.
- (B) a noção de cuidado como prática social efetuada no encontro entre trabalhadores de saúde e usuários, com base nos seguintes elementos: doença, risco, pessoa em sofrimento/adoecimento e pessoa em sua potência de vida.
- (C) os serviços públicos de saúde como local prioritário para a oferta de cuidado, e o conhecimento estruturado e sistematizado das profissões de saúde como agenciamentos centrais para o cuidado.
- (D) a atenção aos potenciais efeitos de colonização e tutela, bem como às pretensões normatizadoras da vida social e das pessoas, expressos em forma de medicalização da sociedade.
- (E) a elaboração de planos e projetos por *experts*, encarregados por produzir as diretrizes clínicas baseadas em evidências, a serem validadas e executadas pelos profissionais e equipes vinculados aos problemas da oferta do cuidado.

35. Considere o trecho a seguir:

Conforme Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde pode ser pensada nas seguintes dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

(Cecílio, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2011, v. 15, n. 37)

Nessa perspectiva, a dimensão sistêmica do cuidado se caracteriza por:

- (A) construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, a fim de construir redes e linhas de cuidado, na perspectiva de construção da integralidade do cuidado.
- (B) expressar-se no encontro estruturante da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários, que resultarão em melhores ou piores condições de vida.
- (C) se dar no encontro entre profissionais e usuários. É regida por três elementos principais: a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, postura ética do profissional e capacidade de construir vínculos.
- (D) se realizar nos serviços de saúde em território de dissenso, diferença, disputas e assimetrias de poder. Elementos: trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita.
- (E) ter como atores privilegiados as pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Apresenta complexidades, conflitos e contradições imanentes de exigências permanentes para a realização do cuidado.

36. Considere a citação abaixo:

“Alguns autores contemporâneos têm se referido [...] ao gerencialismo como sendo uma nova ideologia, uma doença social, que ampliou o controle sobre o trabalho em um grau nunca antes observado”.

(Campos, Gastão Wagner de Sousa; Campos, Rosana Teresa Onocko. Gestão em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008).

A ideologia gerencialista **NÃO** se fundamenta:

- (A) na implicação política implícita aos pressupostos que presidem os instrumentos de gestão.
- (B) na racionalização e eficiência da produção, entendidas como a busca de fazer mais com menos.
- (C) em prescrições legitimadas por técnicas de gestão apoiadas em pressupostos de neutralidade.
- (D) em valores como a dedicação à qualidade, o gosto de empreender e a celebração do mérito.
- (E) na centralidade de medidas matematizadas, como condição para compreender a realidade.

37. Analise os trechos a seguir.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) - subsidiadas pela promulgação da Lei nº 9.637/98:

- I. são constituídas no Brasil na esteira do programa de reforma do Estado desencadeado em 1995, tendo como base o modelo denominado de *Nova Gestão Pública (NGP)*, que foi idealizado no país nos anos 1980;
- II. têm atuação heterogênea nas regiões do país, sendo São Paulo pioneiro na implementação desse modelo de gestão no Brasil, o que foi subsidiado pela Lei Complementar nº 846/1998;
- III. não se comprovam como modelo de gestão mais qualificado para o atendimento às necessidades de saúde. O modelo é criticado por fortalecer a expansão dos interesses privados no SUS, com respaldo do Estado.

Sobre as assertivas acima, podemos afirmar que:

- (A) apenas I está correta
- (B) apenas I e II estão corretas
- (C) apenas III está correta
- (D) apenas II e III estão corretas
- (E) todas estão corretas

38. Analise as afirmações a seguir sobre a judicialização da saúde pública no Brasil.

- I. Tem como marco inicial as ações judiciais empreendidas por meio de ações individuais e coletivas requerendo tratamentos para HIV/Aids nos anos 1990. Também decorrente disso, houve jurisprudência favorável à responsabilização do Estado brasileiro, na garantia do direito à saúde, culminando na aprovação da lei federal nº 9.313/1996, que garantiu acesso universal e gratuito aos antirretrovirais.
- II. Apesar do processo crescente de judicialização da saúde nas últimas décadas, não foram elaboradas regras ou realizadas alterações institucionais para o enfrentamento do fenômeno, de modo que o gestor público o administra cotidianamente utilizando mecanismos de negociação caso-a-caso, tentando minorar seus impactos financeiros e implicações gestão político-administrativa.
- III. Dentre os impactos sociais positivos que podem ser considerados em meio às contradições que envolvem a judicialização da saúde, está o fato de que esse fenômeno tem servido prioritariamente ao atendimento de questões de saúde dos extratos mais vulnerabilizados da população - ainda que por meio de ações judiciais -, servindo de suporte para a promoção de equidade.

Sobre as alternativas acima, podemos afirmar que:

- (A) apenas I está correta
- (B) apenas I e II estão corretas
- (C) apenas III está correta
- (D) apenas II e III estão corretas
- (E) todas estão corretas

39. Considere a citação a seguir:

“[...] a questão das relações público-privadas no SUS remontam à Assembleia Nacional Constituinte, 1987-1988, quando se debatia o direito à saúde, a sua natureza jurídica, o público e o privado. Esses debates intensos (e tensos) levaram a substituição da expressão “natureza pública” das ações e serviços de saúde, originalmente prevista, por “relevância pública [...]”.

(Santos, L. As relações público-privadas no Sistema Único de Saúde – SUS: considerações gerais. Revista de Direito da Saúde Comparado, 2(3), 120-147. 2023).

A alternativa que melhor representa uma interpretação do trecho acima é:

- (A) o setor privado está amparado constitucionalmente em seu caráter complementar, podendo compor a rede de serviços públicos de saúde, uma vez que está previsto que ele pode constituir o SUS mediante contratos e convênios.
- (B) o setor privado está submetido à prévia autorização pública para sua atuação sanitária, podendo, a partir disso, participar supletivamente do SUS para prover carências públicas, mediante contratos e convênios.
- (C) nos termos do art. 198 da CF/1988, o SUS é constituído por ações e serviços públicos, que devem estar articulados aos serviços privados, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais.
- (D) segundo o art. 199 da CF/1988, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, mediante a destinação de recursos ou subvenções cuja fonte seja o fundo público.
- (E) o setor privado está submetido à regulação, controle e fiscalização do poder público, com a garantia da atuação da iniciativa privada na saúde assistencial, e a possibilidade de participar do SUS de modo complementar, mediante contrato de direito público ou convênio.

40. Analise o trecho a seguir sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB):

“Mesmo não sendo pouco, o que se desenvolveu no país foi uma reforma parcial de natureza setorial e institucional traduzida pela implementação do SUS”.

(Paim, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008)

O trecho acima faz referência direta à pretensão originária do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira de:

- (A) ser uma resposta à crise da saúde produzida durante a ditadura empresarial militar.
- (B) tornar o SUS um modelo de política social que orientasse países latino-americanos na conjuntura de expansão neoliberal.
- (C) ser um projeto de reforma social, concebida como reforma geral, tendo como perspectiva uma revolução do modo de vida.
- (D) difundir uma consciência sanitária crítica, reivindicada pelas lutas sociais, tendo o cumprimento dos princípios do SUS como finalidade.
- (E) garantir o direito à saúde por meio da articulação entre prática teórica e política, ao privilegiar uma atuação no aparato institucional.

Prova Discursiva

QUESTÃO

Nos debates sobre os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) é frequente o surgimento do enfoque na falsa dicotomia 'financiamento *versus* gestão'. Elabore um texto (no mínimo 50 e no máximo 150 linhas) que explore:

- a. Os argumentos admitidos pelo referido enfoque na explicação dos problemas do SUS.
- b. As insuficiências, contradições e implicações do referido enfoque para a gestão do SUS, à luz do contexto sócio sanitário brasileiro.
- c. Os impactos da austeridade fiscal nas condições de vida e saúde, no financiamento do SUS e na gestão das políticas de saúde.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Instruções

1. Por motivo de segurança, a Fiocruz solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas da Prova Objetiva, a frase abaixo apresentada:

“As melhores coisas da vida não podem ser vistas nem tocadas, mas sim sentidas pelo coração.” (Dalai Lama)

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas e a Prova Discursiva. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva** e no **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas da prova objetiva em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue ao fiscal todo o seu material de prova.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Cartão de Respostas da Prova Objetiva, o Caderno de Respostas da Prova Discursiva e o Caderno de Questões**.

15. Prova Discursiva:

- A questão discursiva deverá ter um limite mínimo de 50 linhas e máximo de 150 linhas.

- Transcreva sua resposta para a parte pautada do **Caderno de Respostas da Prova Discursiva**. Não assine, rubrique ou coloque qualquer marca que o identifique, sob pena de ser anulado. Assim, a detecção de qualquer marca identificadora no espaço destinado à transcrição do texto definitivo acarretará nota ZERO na respectiva prova discursiva.

- O tempo total de duração das provas será de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para o preenchimento da Resposta Definitiva da Questão Discursiva. Nenhum rascunho **SERÁ LEVADO EM CONTA**.

Boa Prova!



Ao término da prova, anote aqui suas respostas e destaque na linha pontilhada.

01	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>