



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

### PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 4**

#### **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **ASSISTENTE SOCIAL, EDUCAÇÃO FÍSICA, ENFERMEIRO, FISIOTERAPEUTA, CIRURGIÃO DENTISTA, NUTRICIONISTA E PSICÓLOGO**

**DATA: 14/12/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)**

#### **LEIA AS INSTRUÇÕES:**

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 4**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. Verifique se o tipo de caderno (**TIPO 4**) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, já que é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões, são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h (três horas)** do início da respectiva prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

#### **Nº DE INSCRIÇÃO**

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

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

#### **RASCUNHO**

01	31
02	32
03	33
04	34
05	35
06	36
07	37
08	38
09	39
10	40
11	41
12	42
13	43
14	44
15	45
16	46
17	47
18	48
19	49
20	50
21	51
22	52
23	53
24	54
25	55
26	56
27	57
28	58
29	59
30	60

**NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE/PROCESSO  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.**



Nº D.E. INSCRIÇÃO

# Nº DE INSCRIÇÃO



## QUESTÕES GERAIS

- 01.** O planejamento e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados por meio de instrumentos que orientam a formulação, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em todas as esferas de governo.

De acordo com o material “Para Entender a Gestão do SUS” e com a legislação vigente, assinale a alternativa CORRETA quanto aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília:CONASS, 2003. Disponível em:<http://www.conass.org.br/arquivos/file/paraentenderagestaodosus.pdf>.

- a) O Plano Plurianual (PPA) é elaborado anualmente – a cada ano de governo, e define os objetivos e metas específicos da gestão municipal de saúde, sendo um instrumento exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde.
- b) A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) não têm relação direta com o planejamento em saúde, sendo de competência exclusiva da área econômica e financeira dos governos.
- c) O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) constituem instrumentos fundamentais do planejamento do SUS, devendo ser articulados entre si e compatíveis com o PPA, a LDO e a LOA.
- d) O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento federal, utilizado apenas para prestação de contas do gestor federal no âmbito do Congresso, sem obrigatoriedade para estados e municípios.
- e) A elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde independe da participação social - que tem função consultiva, sendo competência técnica exclusiva das secretarias de saúde.

- 02.** A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

À luz dessa norma e de seus desdobramentos institucionais, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A Conferência de Saúde, realizada a cada quatro anos, constitui instância consultiva do SUS, cabendo-lhe subsidiar tecnicamente as decisões do Conselho de Saúde, que possui caráter deliberativo e permanente.
- b) O repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais e municipais está condicionado à existência de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão, bem como à garantia de contrapartida orçamentária e de comissão de elaboração de plano de cargos, carreiras e salários.
- c) O Conselho de Saúde é órgão de natureza executiva e fiscalizadora, responsável pela deliberação final sobre aplicação de recursos financeiros, cabendo à Secretaria de Saúde operacionalizar as decisões colegiadas.
- d) A Lei nº 8.142/1990 inovou ao estabelecer, pela primeira vez, a descentralização político-administrativa do SUS, determinando a autonomia financeira dos municípios no uso dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde.
- e) A participação social prevista na Lei nº 8.142/1990 ocorre prioritariamente por meio de audiências públicas e consultas diretas à população, independente das instâncias colegiadas obrigatórias de caráter permanente.



**03.** De acordo com a Lei nº 8.080/1990, o planejamento é uma função essencial da gestão do SUS, devendo orientar a formulação e execução das ações e serviços de saúde em todas as esferas de governo. A lei estabelece que o planejamento deve ser contínuo, ascendente e integrado, articulando-se com o processo orçamentário e com os princípios da descentralização e da participação social. Com base nessa legislação e em seus fundamentos operacionais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O planejamento em saúde é um processo de natureza prioritariamente administrativa, devendo ser conduzido de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, de modo a assegurar uniformidade técnica e padronização de metas, dada a nossa diversidade e extensão territorial.
- b) A Lei nº 8.080/1990 determina que o planejamento das ações e serviços de saúde deve ocorrer de forma independente em cada esfera de governo, a despeito dos planos municipais, estaduais e o plano nacional, respeitando o princípio da individualidade e autonomia federativa.
- c) O planejamento do SUS, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990, é um instrumento técnico e político de gestão, de caráter ascendente, integrado e participativo, devendo compatibilizar as diretrizes, objetivos e metas entre as três esferas de governo e articular-se aos instrumentos orçamentários, como o PPA, a LDO e a LOA.
- d) O processo de planejamento no SUS, segundo a legislação vigente, deve privilegiar o nível estadual, cabendo, logicamente, aos municípios a execução das ações pactuadas, uma vez que estes podem enfrentar problemas em relação à qualidade e à autonomia técnica para elaboração de planos próprios.
- e) O planejamento ascendente preconizado na Lei nº 8.080/1990 refere-se exclusivamente à elaboração dos Planos de Saúde, não se aplicando à Programação Anual de Saúde nem aos Relatórios de Gestão, que são instrumentos complementares e de natureza opcional.

**04.** A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como define a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica como componentes essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o disposto nos artigos 6º, 16º e 18º da Lei nº 8.080/1990 e a interpretação técnico-política da Vigilância em Saúde, analise as afirmações a seguir e assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

- I. A Vigilância em Saúde, conforme a Lei nº 8.080/1990, tem caráter estritamente normativo e de controle, devendo atuar prioritariamente sobre o setor produtivo, deixando o acompanhamento de riscos ambientais que interfiram na saúde da população, a cargo das Secretarias de Meio Ambiente.
  - II. A Vigilância Epidemiológica é definida como o conjunto de ações que permitem conhecer o comportamento das doenças e de seus fatores condicionantes, possibilitando a recomendação de medidas oportunas de prevenção e controle.
  - III. A Vigilância Sanitária, segundo o art. 6º da Lei nº 8.080/1990, abrange o controle de bens de consumo e de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, tendo como finalidade eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde.
  - IV. A descentralização e o comando único em cada esfera de governo constituem princípios organizativos da Vigilância em Saúde, assegurando a integração de suas ações com os demais componentes da atenção e da gestão no SUS.
- a) V – F – F – V.
  - b) F – F – V – V.
  - c) F – V – V – V.
  - d) V – V – F – F.
  - e) F – V – F – V.



**05.** A Lei nº 8.080/1990 conferiu nova racionalidade à Vigilância em Saúde ao incorporá-la como eixo estruturante da atenção e da gestão do SUS, superando a lógica fragmentada das ações verticais e episódicas. Considerando o texto legal e sua aplicação no contexto da governança sanitária brasileira, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A Vigilância em Saúde, conforme a Lei nº 8.080/1990, possui natureza eminentemente técnico-operacional, devendo priorizar a execução de ações de monitoramento e controle, para que a formulação central de políticas públicas, possa acontecer sem interferências subnacionais.
- b) A estruturação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, segundo o princípio da integralidade previsto na Lei nº 8.080/1990, implica a padronização metodológica e centralização normativa, assegurando uniformidade nacional nas respostas aos agravos e organizando a autonomia dos entes federados.
- c) A ampliação do conceito de Vigilância em Saúde, estabelecida pela Lei nº 8.080/1990, implica reconhecer que a proteção da saúde ultrapassa o campo biomédico, abrangendo a regulação de riscos sanitários, a produção social das doenças e a gestão de determinantes ambientais, sociais e econômicos no território.
- d) A Lei nº 8.080/1990 adota uma concepção ampla de vigilância, ao tratá-la como componente subordinado à atenção básica, vinculando sua execução às equipes de saúde da família e às ações de controle endêmico de caráter local.
- e) A descentralização das ações de vigilância prevista na Lei nº 8.080/1990 refere-se, especialmente, à execução administrativa das tarefas, para preservar a autonomia técnica dos municípios, uma vez que as normas de vigilância sanitária e epidemiológica devem ser integralmente definidas pelo Ministério da Saúde.

**06.** Com base no texto “Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura”, julgue as afirmações a seguir e assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

- I. Os indicadores de saúde constituem instrumentos fundamentais para o diagnóstico e monitoramento das condições de vida e saúde, devendo ser analisados à luz de determinantes sociais, econômicos e ambientais.
  - II. A validade de um indicador depende apenas da precisão estatística dos dados coletados, sendo desnecessário considerar os aspectos conceituais ou políticos que sustentam sua formulação.
  - III. A análise de séries históricas de indicadores permite avaliar tendências e desigualdades, mas requer interpretação contextual, considerando mudanças nos sistemas de informação e nas definições operacionais.
  - IV. O uso de indicadores sintéticos e índices compostos amplia a capacidade explicativa, desde que mantida a coerência teórica entre as dimensões agregadas e a finalidade analítica da mensuração.
- a) V – F – V – V.
  - b) F – F – V – F.
  - c) V – F – F – F.
  - d) V – V – F – V.
  - e) F – F – F – V.



**07.** Com base nas disposições do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 quanto à organização do SUS, ao planejamento e à articulação interfederativa, julgue as afirmações a seguir e identifique, na chave de respostas, a sequência **CORRETA** de **verdadeiras (V)** e **falsas (F)**.

- I. Os indicadores de saúde previstos no Decreto nº 7.508/2011 integram o processo de planejamento ascendente do SUS, sendo utilizados para monitorar metas pactuadas entre os entes federativos e avaliar o desempenho das ações e serviços de saúde.
  - II. O Decreto restringe o uso de indicadores à esfera federal, cabendo exclusivamente ao Ministério da Saúde a definição, coleta e análise dos dados, a fim de garantir uniformidade técnica em todo o território nacional.
  - III. A utilização dos indicadores de saúde no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tem por objetivo mensurar resultados e verificar o cumprimento de responsabilidades entre União, Estados e Municípios.
  - IV. O Decreto admite que os indicadores sejam empregados apenas para fins de controle e auditoria financeira, não sendo considerados instrumentos de gestão, avaliação ou tomada de decisão.
- a) V – V – F – F.  
b) F – V – V – F.  
c) V – F – V – F.  
d) F – F – V – V.  
e) V – F – F – V.

**08.** O processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi "fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde", sendo o resultado da nova política, publicada em 2017, um complexo arranjo de interesses na gestão interfederativa.

Analise as afirmativas a seguir:

- I. A PNAB 2017 manteve a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para expansão e consolidação da Atenção Básica, mas abriu a possibilidade de financiamento federal para outros modelos de organização (Equipes de Atenção Básica - EAB).
- II. O processo de revisão da PNAB 2017 ocorreu de forma célere e com amplo consenso entre gestores, trabalhadores e pesquisadores, em um momento de estabilidade política, econômica e social no país, o que garantiu um processo puramente técnico.
- III. A denominação de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a apoiar, além da ESF, as recém-incluídas eAB.
- IV. A PNAB 2017 manteve inalterada a exigência de que as equipes de Saúde da Família (ESF) possuíssem, obrigatoriamente e em todos os cenários, o número mínimo de 4 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme a regra estabelecida na política anterior.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.  
b) II e III.  
c) III e IV.  
d) I e III.  
e) II e IV.



- 09.** Comparando os eixos temáticos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e 2017, evidencia-se que a nova versão introduziu temas não abordados anteriormente, com o objetivo de fortalecer e qualificar a Atenção Básica (AB).

Nesse contexto, quais inovações foram apresentadas no comparativo entre as duas políticas? Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A PNAB 2017 ampliou o escopo da Educação Permanente e Formação em Saúde, sem a incorporação do ensino na saúde e do papel da AB como lócus de formação.
- b) A PNAB 2017 não incorporou o tema da Segurança do Paciente, por considerar que esta é uma atribuição exclusiva da Vigilância Sanitária.
- c) A integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde foi mantida, mas a responsabilidade foi centralizada na gestão municipal, restringindo a participação dos profissionais.
- d) A PNAB 2017 abordou o tema da Regulação, estabelecendo que a Atenção Básica (AB) deve contribuir para o processo de regulação do acesso e ser responsável por coordenar o cuidado e ordenar o fluxo de pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- e) A PNAB 2017 manteve o entendimento de que a figura do Gerente de Atenção Básica não deve ser inserida na equipe de UBS, por se tratar de um papel exclusivamente administrativo da Secretaria de Saúde.

- 10.** O Art. 2º da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 estabelece a conceituação de Atenção Básica (AB). Em relação aos Princípios e Diretrizes da PNAB 2017 e à conceituação de Atenção Básica.

Analise os itens a seguir:

- I. A PNAB considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas no documento.
- II. A AB será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços disponibilizados na rede.
- III. A longitudinalidade do cuidado é um dos Princípios do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica, ao lado da Universalidade e da Integralidade.
- IV. O princípio da equidade proíbe qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença ou orientação sexual, mas não abrange limitações físicas, intelectuais ou funcionais.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



**11.** O Art. 4.1 da PNAB 2017 estabelece as "Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica".

Em relação às atribuições comuns a todos os membros das equipes multiprofissionais de Atenção Básica, conforme a PNAB 2017, sabe-se que

- a) o cuidado integral à saúde da população adscrita deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde, sendo vedada a realização de ações no domicílio ou em outros espaços comunitários.
- b) a participação no processo de territorialização e mapeamento é uma atribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem repassar os dados de risco à equipe.
- c) a responsabilidade de participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco e identificando as necessidades de intervenções de cuidado é uma atribuição comum a todos os membros da equipe.
- d) a atribuição de cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias é delegada aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e aos gestores.
- e) planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) é uma atribuição comum a todos os membros da equipe, incluindo os próprios ACS e ACE.

**12.** A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. O Conselho de Saúde é a instância colegiada prevista na lei, com caráter "permanente e deliberativo".

Julgue os itens a seguir:

- I. O Conselho de Saúde, por sua natureza permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.
- II. O Conselho de Saúde é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.
- III. A Lei nº 8.142/90 exige que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde seja paritária em relação ao total de todos os outros segmentos reunidos, devendo os usuários possuir 25% das vagas.
- IV. O caráter deliberativo do Conselho de Saúde significa que suas resoluções não dependem de homologação pelo Poder Executivo para terem validade legal.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



- 13.** Na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) existem diversos desafios que impedem a efetivação da participação popular e do controle social. Um dos desafios mais relevantes identificados por estudiosos da área é que a falta ou inadequada capacitação permanente dos conselheiros, especialmente dos usuários, compromete a capacidade de intervenção e análise das políticas.

Nesse contexto, a incapacidade técnica se manifesta por meio da

- a) predominância da influência político-partidária como forma legítima de alinhamento das políticas de governo às propostas das Conferências de Saúde.
- b) dificuldade dos Conselhos de Saúde em atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, sendo sua função limitada a uma esfera consultiva e sem poder deliberativo.
- c) ausência de distanciamento entre os conselheiros e seus representados, o que fortalece a defesa dos interesses coletivos e garante o sucesso das políticas públicas.
- d) limitação estrutural da participação, causada pela deficiência de infraestrutura e apoio técnico-administrativo (salas adequadas, materiais, transporte), sendo este o principal fator que restringe a atuação efetiva.
- e) predominância da racionalidade técnica e do poder de convencimento dos gestores e técnicos nas reuniões.

- 14.** A participação popular no SUS não se limita às instâncias de deliberação (Conselhos e Conferências), ocorrendo também em outros espaços e formatos.

Analise as afirmações a seguir:

- I. A participação popular no SUS se manifesta tanto na dimensão institucional (Conselhos e Conferências) quanto na dimensão comunitária (movimentos sociais, associações, conselhos locais de saúde).
- II. O foco da atuação dos conselheiros de saúde deve ser a vigilância e a fiscalização de caráter punitivo, não sendo papel da instância colegiada a formulação de estratégias e a proposição de políticas públicas.
- III. A falta de capacitação dos conselheiros sobre o funcionamento do SUS, a legislação e o orçamento são um desafio que frequentemente leva à predominância da racionalidade técnica e do poder da gestão nas reuniões.
- IV. Os Conselhos Locais de Saúde são instâncias de caráter deliberativo no nível municipal e exercem a mesma autoridade de formulação de estratégias sobre a política local de saúde que o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



**15.** A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) está intrinsecamente ligada ao conceito ampliado de saúde, incorporado pelo SUS, que orienta as ações para além da perspectiva do adoecimento e dos aspectos biológicos. A diretriz VII da PNPS determina a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica, por meio de ações intersetoriais. Em um dado cenário, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma capital promove um projeto piloto focado na "Integralidade na Promoção da Saúde". O foco principal do projeto é incentivar que os profissionais da ESF (Equipe de Saúde da Família) se desloquem da perspectiva restrita do adoecimento e passem a incluir a escuta qualificada dos usuários, de modo a acolher suas histórias e condições de vida, auxiliando na construção de projetos terapêuticos e de vida. Essa iniciativa da UBS, ao privilegiar a escuta qualificada e a consideração das condições de vida do usuário, reflete qual dos seguintes valores e princípios da PNPS de maneira mais direta e fundamental para o alcance da Integralidade do cuidado, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A Sustentabilidade, pois o projeto garante a permanência e a continuidade das ações ao longo do tempo, assegurando que o desenvolvimento humano seja duradouro e equilibrado.
- b) A Intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício de desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando a construção de redes cooperativas e resolutivas dentro da própria UBS.
- c) A Humanização, que se manifesta como elemento de evolução, valorizando e aperfeiçoando aptidões que promovem condições mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde.
- d) A Territorialidade, que exige o reconhecimento das singularidades dos diferentes territórios e a articulação dos equipamentos sociais para o desenvolvimento de políticas locoregionais.
- e) O Empoderamento, visto que o processo de acolhimento e escuta qualificada estimula diretamente os sujeitos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida, conforme suas condições socioculturais.

**16.** O Eixo Operacional VI, Educação e formação, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo incentivar uma atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos específicos. Além disso, um dos objetivos específicos da PNPS é "promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão" e a autonomia de sujeitos e coletividades. Considerando um projeto de Promoção da Saúde Comunitária focado no Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas, uma intervenção que se alinha perfeitamente ao Eixo Operacional de Educação e Formação e aos objetivos de empoderamento, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Concentrar-se na difusão de conhecimento científico e dados epidemiológicos por meio de panfletos informativos distribuídos em massa, garantindo a rápida assimilação das evidências pelos sujeitos.
- b) Enfatizar a formação continuada de gestores e trabalhadores de saúde, pois são os responsáveis diretos por executar as ações de promoção, sem envolver ativamente os usuários na definição das estratégias.
- c) Ser estruturada através de seminários e palestras tradicionais, nos quais o papel do usuário é o de receptor passivo de informações prescritivas sobre as mudanças de comportamento individual necessárias.
- d) Utilizar metodologias que articulem os saberes técnicos e populares em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos, capazes de estimular o controle coletivo sobre as escolhas de modos de vida.
- e) Priorizar a alocação de recursos financeiros e a implementação de normas e regulamentos, pois o sucesso da política de saúde depende primariamente da capacidade regulatória e fiscalizatória do Estado.



- 17.** As diretrizes da PNPS funcionam como linhas que fundamentam as ações e explicitam suas finalidades. Uma das diretrizes é a ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, exigindo que estas sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental. Em um estado brasileiro que busca implementar a PNPS de forma robusta, uma Secretaria Estadual de Saúde(SES) está elaborando um plano que visa garantir a longevidade e a continuidade de um programa de ambientes saudáveis para garantir o Eixo Ambientes e Territórios Saudáveis. Para cumprir a diretriz de ampliação da governança sustentável, qual a ação de planejamento mais estratégica? Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Priorizar a formação e a educação permanente apenas dos trabalhadores da saúde, pois são eles que garantem a sustentabilidade técnica das práticas clínicas e do cuidado individual.
- b) Limitar o planejamento à esfera Estadual (SES), assegurando que o controle político e a alocação de recursos não dependam de pactuações interfederativas, garantindo a autonomia unilateral do estado.
- c) Promover o intercâmbio de experiências e estudos de pesquisa voltados ao aperfeiçoamento de tecnologias e conhecimentos, visto que a sustentabilidade depende exclusivamente da capacidade de inovação técnica.
- d) Fomentar o planejamento de ações territorializadas com base no reconhecimento de contextos locais, articulando a ação com o desenvolvimento sustentável, a fim de garantir compromissos e correspondências que reduzam vulnerabilidade de forma duradoura.
- e) Assegurar que os temas prioritários sejam definidos exclusivamente por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), desvinculando-os do perfil epidemiológico local e das necessidades do território.
- 18.** A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é categórica ao afirmar que o setor Sanitário não pode responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. O processo saúde-adoecimento é complexo e exige que a articulação intersetorial estimule e impulsione os demais setores a considerar os fatores de vulnerabilidade e os riscos à saúde em suas políticas específicas. Em uma cidade que sofre com problemas de violência urbana e baixo desempenho escolar, o Comitê Gestor da Promoção da Saúde (CGPS) decide articular o tema prioritário: Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos. Para que o CGPS cumpra o imperativo da intersetorialidade, conforme a PNPS e a visão de "Saúde em Todas as Políticas Públicas", qual tema transversal deve obrigatoriamente guiar a intervenção, considerando a consequência prática desse alinhamento, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Desenvolvimento Sustentável, pois isso limitaria a intervenção apenas aos aspectos ambientais da violência, exemplo espaços públicos, desconsiderando a dimensão social e cultural do conflito.
- b) Vida no Trabalho, pois o foco estrito no trabalho formal e não formal resolveria a questão da violência ao proporcionar emprego, sem necessidade de articulação com os setores de segurança pública e/ou educação.
- c) Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, pois este tema transversal exige o mapeamento das diferenças nas condições de vida e o uso do diálogo entre saberes técnicos e populares, sendo essencial para desenvolver tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos e a redução de violências.
- d) Produção de Saúde e Cuidado, focado na integralidade do cuidado, o que faria com que a intervenção fosse feita prioritariamente dentro dos muros das unidades de saúde, em contradição com o conceito ampliado.
- e) Territorialização, o qual, embora seja um eixo operacional relevante para o planejamento, restringe a atuação à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e não aborda o papel dos demais setores na construção da cultura da paz.



**19.** A PNPS, como política do SUS, define competências específicas e comuns para as esferas de gestão. O financiamento e a definição de prioridades da PNPS são regidos por mecanismos de pactuação. É uma competência comum a todas as esferas federal, estadual e municipal promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS. Em uma reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é a instância de pactuação entre estado e municípios, o debate central é a implementação do Tema Prioritário Promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas, que exige a melhoria dos espaços públicos.

Qual das seguintes afirmações avalia corretamente o papel da CIB e das Secretarias Municipais (SMS) e Estaduais de Saúde (SES) nesse processo, de acordo com as normas da PNPS. Marque a afirmação **CORRETA**.

- a) A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) pactua as estratégias, diretrizes, metas e o financiamento das ações de implantação da PNPS. Tanto a SES quanto a SMS têm a competência de alocar/destinar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da política.
- b) A definição das metas e estratégias do tema prioritário deve ser pactuada na CIB, mas apenas a SES tem a competência de alocar recursos orçamentários para a PNPS, enquanto o município apenas executa.
- c) O município é o único responsável por implantar e implementar a PNPS em seu território, devendo fazê-lo de forma autônoma, sem necessidade de pactuação prévia das metas na CIB, visto que esta fere a autonomia regional.
- d) O Ministério da Saúde (MS) é o único ente que viabiliza o cofinanciamento de planos de promoção da saúde, cabendo à CIB apenas definir as metas, mas não os recursos.
- e) A alocação de recursos para a PNPS é uma competência comum, mas a definição dos temas prioritários e seu financiamento só podem ser pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), deslegitimando a capacidade da CIB nesse debate.

**20.** Um dos Temas Prioritários da PNPS é a alimentação adequada e saudável, que visa contribuir com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Paralelamente, a PNPS objetiva fomentar discussões sobre modos de consumo e de produção que influenciam nas vulnerabilidades e riscos à saúde. Um projeto de promoção da saúde visa combater o aumento da obesidade infantil em uma comunidade de baixa renda, onde o acesso a alimentos *in natura* é limitado e o consumo de ultraprocessados é alto. Para que a intervenção seja coerente com o objetivo de inclusão social e equidade, com enfoque na abordagem da PNPS, verifique as alternativas seguintes e assinale a **CORRETA**.

- a) Focar exclusivamente na realização de aconselhamento nutricional individual nas UBS, utilizando o princípio da Autonomia para que as famílias, por vontade própria, alterem suas escolhas alimentares.
- b) Desenvolver ações que articulem o Tema Prioritário Alimentação Adequada e Saudável com o Tema Transversal Desenvolvimento Sustentável, promovendo a discussão sobre os modos de consumo e produção deletérios à saúde e mapeando soluções locais, como hortas comunitárias e feiras de produtores.
- c) Priorizar a articulação com o setor privado, promovendo o aumento da oferta de alimentos ultraprocessados nas escolas, visto que o setor terciário deve ser sempre incluído no tema *Vida no Trabalho*.
- d) Excluir a discussão sobre modos de consumo, pois a PNPS restringe o tema prioritário *Alimentação* à garantia da segurança alimentar, sem abordar a questão dos conflitos de interesse com o setor econômico.
- e) Delegar a responsabilidade da segurança alimentar integralmente aos setores de Assistência e Previdência Social, uma vez que a PNPS articula suas ações com as redes de proteção social, eximindo o setor Saúde da corresponsabilidade.



**21.** O documento Para Entender a Gestão do SUS destaca que o Ministério da Saúde organiza o sistema por meio da implantação de redes assistenciais, estabelecendo critérios de classificação e hierarquização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, com incentivos financeiros vinculados à habilitação e ao desempenho.

A conformação das redes, entretanto, deve respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e ser continuamente avaliada pelos gestores estaduais e municipais, garantindo integração e integralidade do cuidado.

Com base no texto e nos princípios do SUS, julgue as afirmações a seguir como **VERDADEIRAS (V)** ou **FALSAS (F)** e marque a alternativa **CORRETA**.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília:CONASS, 2003. Disponível em:<http://www.conass.org.br/arquivos/file/paraentendergestaodosus.pdf>.

- I. A regionalização e a hierarquização das redes assistenciais constituem instrumentos complementares, sendo a primeira voltada à definição dos territórios sanitários e a segunda à organização dos serviços em níveis de complexidade crescentes, de forma integrada e interdependente.
  - II. A conformação das redes assistenciais deve ser padronizada nacionalmente, com base em um modelo nacional habilitação, para garantir uniformidade entre os estados e reduzir a autonomia dos gestores locais.
  - III. O financiamento das redes de atenção ocorre de maneira articulada entre os entes federativos, envolvendo recursos do limite financeiro estadual e de fundos estratégicos como o FAEC, conforme o nível de complexidade dos serviços habilitados.
  - IV. O Plano Diretor de Regionalização é instrumento de planejamento do gestor federal, responsável por definir a hierarquia das redes estaduais e aprovar os fluxos de referência e contrarreferência.
- a) V – F – V – F.  
b) V – V – F – F.  
c) F – F – V – V.  
d) F – V – F – V.  
e) V – F – F – V.

**22.** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos compostos por ações e serviços articulados em diferentes níveis de atenção, com o propósito de garantir a integralidade do cuidado. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, enfatiza que a coordenação das redes se dá pela Atenção Primária à Saúde (APS), que atua como porta de entrada preferencial e como eixo estruturante da comunicação entre os demais pontos de atenção. O funcionamento das redes depende da regionalização solidária, da regulação do acesso, do financiamento tripartite e do uso racional da tecnologia, assegurando continuidade e qualidade na assistência.

Com base no texto e nas diretrizes do SUS, julgue as afirmações a seguir como **VERDADEIRAS (V)** ou **FALSAS (F)** e marque a alternativa **CORRETA**.

- I. A Atenção Primária à Saúde é responsável pela coordenação do cuidado e pela integração dos diferentes pontos da rede, devendo garantir a continuidade da atenção e a comunicação entre os níveis assistenciais.
- II. A regionalização das redes é um processo técnico e administrativo que busca agrupar municípios com perfis semelhantes de oferta e demanda em territórios sanitários, orientando o planejamento integrado das ações e serviços.



- III. O financiamento das RAS ocorre por meio de repasses federais automáticos, vinculados ao maior nível de complexidade, o que assegura homogeneidade na execução das políticas públicas de saúde.
- IV. A efetividade das redes depende da articulação entre gestores, trabalhadores e usuários, configurando um modelo de governança compartilhada que busca superar a fragmentação entre ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.
- a) V – V – F – V.  
b) F – V – F – V.  
c) V – F – F – V.  
d) V – V – V – F.  
e) F – V – V – F.
- 23.** O modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) busca garantir a integralidade do cuidado e a racionalidade do sistema por meio da integração horizontal entre pontos de atenção e da coordenação vertical das ações. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, destaca que essa integração requer governança compartilhada entre os entes federativos, planejamento regionalizado, uso de protocolos clínicos comuns e mecanismos de regulação solidária do acesso. A efetividade das redes depende da capacidade dos gestores de estabelecer pactos de corresponsabilidade, da qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e da existência de instrumentos de monitoramento e avaliação contínua.
- Com base no texto e nas diretrizes organizativas das RAS, julgue as afirmações a seguir como **VERDADEIRAS (V)** ou **FALSAS (F)** e marque a alternativa **CORRETA**.
- I. A governança das RAS deve ser exercida de forma colegiada, envolvendo os três níveis de gestão do SUS, com pactuação nas Comissões Intergestores e compartilhamento de responsabilidades entre União, Estados e Municípios.
- II. O princípio da integralidade nas redes depende exclusivamente da ampliação da oferta de serviços especializados, sendo secundário o papel da Atenção Primária na coordenação do cuidado.
- III. A regulação solidária do acesso, ao ser implementada regionalmente, busca compatibilizar a demanda populacional com a capacidade instalada dos serviços, reduzindo desigualdades territoriais e evitando a sobreposição de ofertas.
- IV. A avaliação e o monitoramento das RAS devem restringir-se a indicadores quantitativos de produtividade assistencial, uma vez que o desempenho técnico das unidades é o principal critério para mensurar a efetividade da rede.
- a) F – V – F – V.  
b) V – V – F – F.  
c) V – F – F – V.  
d) V – F – V – F.  
e) F – F – V – F.



- 24.** A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, dispõe sobre as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, estabelecendo princípios, fundamentos e mecanismos de coordenação do cuidado e gestão interfederativa.

Com base nessa Portaria e em seus fundamentos operacionais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A Portaria nº 4.279/2010 define a Atenção Primária à Saúde (APS) como componente suplementar da rede, responsável pela vigilância em saúde e pela execução de ações programáticas, não possuindo função de coordenação do cuidado nem de articulação entre os demais pontos de atenção.
- b) A estrutura operacional das RAS é constituída por serviços hospitalares e unidades de alta complexidade, devendo os demais níveis de atenção organizar-se de forma independente, conforme a disponibilidade de recursos e profissionais.
- c) A Portaria estabelece que as redes devem ser formadas por pontos de atenção articulados entre si, apoiados por sistemas logísticos, de governança e de apoio diagnóstico, de modo a garantir atenção contínua, integral e humanizada à população sob responsabilidade sanitária definida.
- d) A operacionalização das redes, segundo a Portaria, ocorre por meio da centralização administrativa e do financiamento verticalizado, cabendo ao Ministério da Saúde definir fluxos assistenciais, metas e instrumentos de avaliação para todos os entes federados.
- e) A definição de população e território sob responsabilidade da rede pode ser dispensável, uma vez que o acesso aos serviços do SUS deve ocorrer de forma inclusiva e respeitando diversidades territoriais – a exemplo do território Amazônia legal, sem necessidade de delimitação de regiões de saúde, adscrição populacional ou imposição de fluxo assistencial, sendo um sistema universal.

- 25.** O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus, é uma metodologia que considera os problemas de saúde em sua dimensão política, social e operacional, sendo estruturado em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A Portaria nº 4.279/2010, por sua vez, define as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, articulando os diferentes pontos da rede sob a coordenação da Atenção Primária.

Com base nos documentos citados, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) No âmbito da gestão em saúde, o PES é considerado um método prescritivo e linear, voltado à padronização de metas previamente definidas, sendo pouco adequado a contextos complexos e sujeitos à participação de múltiplos atores.
- b) A aplicação do PES na Atenção Primária em Saúde (APS) dispensa a etapa de territorialização, uma vez que sua abordagem parte de diretrizes universais que podem ser aplicadas indistintamente em qualquer região sanitária.
- c) A Portaria nº 4.279/2010 prevê que a integralidade da atenção depende primordialmente da ampliação da oferta de serviços complexos, sendo a atenção básica considerada inicial no processo de coordenação do cuidado.
- d) O momento tático-operacional do PES corresponde à etapa de definição dos problemas prioritários e dos nós críticos, baseando-se em diagnósticos situacionais que precedem a implementação das ações estratégicas.
- e) O uso articulado do PES na gestão territorial da APS, em consonância com as diretrizes da Portaria nº 4.279/2010, potencializa a governança das Redes de Atenção à Saúde, ao transformar o planejamento em processo coletivo e contínuo, capaz de integrar equipes, usuários e gestores na construção de soluções contextualizadas e sustentáveis.



**26.** Carlos Matus ao conceber o Planejamento Estratégico Situacional (PES) formulou uma metodologia político-gerencial voltada à resolução de problemas complexos (“mal estruturados”), ao integrar aspectos técnicos, políticos e sociais. No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), sua aplicação possibilita processos de cogestão, maior integração entre equipes e comunidade e fortalecimento da resolutividade das ações. Com base nas ideias centrais do texto *O Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão na Atenção Primária em Saúde*.

Analise as afirmações a seguir e assinale a alternativa **CORRETA** quanto à sequência de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

- I. O momento explicativo do PES é aquele em que se caracterizam os problemas de saúde exclusivamente a partir de indicadores epidemiológicos e registros administrativos, devendo-se evitar a interferência das percepções subjetivas dos atores envolvidos.
  - II. O momento normativo compreende a definição de metas e prazos, considerando as possibilidades de ação e os recursos disponíveis, mediante a análise das variáveis de teto, centro e piso.
  - III. O momento estratégico analisa as condições políticas, econômicas e organizacionais que influenciam a execução das intervenções, sendo fundamental para a articulação entre equipes e gestores na definição de prioridades viáveis.
  - IV. O momento tático-operacional é a etapa de programação e implementação das ações planejadas, com a definição dos responsáveis, cronogramas e mecanismos de monitoramento, garantindo a efetividade e a sustentabilidade das estratégias formuladas.
- a) V – V – F – F.  
b) F – V – F – V.  
c) F – F – V – V.  
d) V – F – V – F.  
e) F – V – V – V.

**27.** O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um instrumento de gestão amplamente utilizado na Atenção Primária em Saúde (APS) por favorecer a construção coletiva do cuidado e o fortalecimento da governança local.

A partir da leitura do texto *O Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão na Atenção Primária em Saúde*, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O PES é um método essencialmente técnico e quantitativo, orientado pela análise estatística dos problemas de saúde, devendo ser aplicado de forma padronizada, para que não receba influência da conjuntura política ou das especificidades territoriais.
- b) A metodologia do PES adota um modelo vertical de gestão, no qual as decisões são centralizadas no gestor municipal, cabendo às equipes apenas a execução das ações planejadas previamente nos instrumentos de gestão do SUS.
- c) A principal limitação do PES na APS é sua baixa aplicabilidade prática, pois se trata de uma ferramenta restrita ao planejamento macroestrutural, com pouca influência sobre os processos micropolíticos das equipes e das comunidades.
- d) O PES, quando aplicado de forma participativa, transforma o planejamento em um processo educativo e político, capaz de articular diferentes atores — gestores, trabalhadores e comunidade — na identificação de problemas, formulação de estratégias e fortalecimento da corresponsabilidade pelo cuidado.
- e) A utilização do PES no contexto da APS restringe-se à definição de metas e cronogramas de trabalho, sem envolver a análise das forças políticas e institucionais que interferem na execução das ações em saúde.



**28.** Com base no texto “A evolução da Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (2011–2021)”, analise as afirmativas a seguir:

- I. A institucionalização do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) pelo Decreto nº 6.860/2009 marcou a integração de duas áreas antes paralelas — saúde ambiental e saúde do trabalhador — sob uma lógica transversal, orientada pela análise de risco, pela gestão territorial e pela intersetorialidade.
- II. O Termo de Cooperação nº 69 (TC 69), firmado entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS em 2011, teve foco restrito na capacitação técnica de profissionais de nível superior, não abrangendo a formulação de políticas nem o fortalecimento institucional da vigilância no âmbito do SUS.
- III. A Vigilância em Saúde Ambiental, conforme a Política Nacional de Vigilância em Saúde, envolve ações contínuas de detecção e controle de fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana, com base em metodologias de avaliação de risco, impacto e comunicação de risco.
- IV. A consolidação do DSASTE, em 2019, com a incorporação da área de Emergências em Saúde Pública, ampliou a vigilância ambiental para além do campo da prevenção, incluindo a capacidade de resposta e coordenação frente a eventos críticos e desastres ambientais.

Assinale a alternativa que indica a combinação **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

- a) V – F – F – F.
- b) F – V – F – V
- c) V – F – V – V.
- d) V – V – F – F.
- e) F – F – V – V.

**29.** O texto *A evolução da Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador no SUS (2011–2021)* destaca que o período foi marcado pela consolidação institucional do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE) e pela incorporação de uma abordagem sistêmica e intersetorial de gestão de risco, promoção da saúde e sustentabilidade.

Com base nas informações e análises contidas no documento, julgue as afirmativas a seguir como **VERDADEIRAS (V)** ou **FALSAS (F)**:

- I. A criação e o fortalecimento do DSASTE expressam o amadurecimento da Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador como campo de gestão pública estratégica, orientado por evidências científicas, pela cooperação internacional e pela capacidade de resposta a emergências ambientais e sanitárias.
- II. O processo de integração entre a saúde ambiental e a saúde do trabalhador no SUS buscou superar a fragmentação institucional, articulando políticas de saúde, meio ambiente e trabalho sob uma lógica territorial e de governança compartilhada, em consonância com a Agenda 2030.
- III. A atuação do DSASTE manteve-se restrita à vigilância e ao controle de fatores de risco biológicos e químicos, não abrangendo as dimensões psicossociais e econômicas associadas às condições de trabalho e à degradação ambiental.
- IV. A trajetória do DSASTE entre 2011 e 2021 demonstra o avanço da vigilância para além da função técnica de monitoramento, incorporando o papel político de coordenação intersetorial e de formulação de estratégias de resiliência frente aos efeitos das mudanças climáticas e desastres tecnológicos.



Assinale a alternativa que indica a sequência **CORRETA**.

- a) F – V – F – F.
- b) V – F – F – V.
- c) V – F – V – F.
- d) V – V – F – V.
- e) F – F – V – V.

**30.** O texto Avanços e desafios da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências (PNRMAV): o ponto de vista dos implementadores destaca que a consolidação dessa política envolve desafios estruturais, institucionais e culturais, exigindo coordenação interorganizacional, financiamento contínuo e atuação em rede. Com base nas informações do documento, analise as afirmativas a seguir.

- I. A efetivação da PNRMAV depende de arranjos interorganizacionais capazes de articular setores e níveis de gestão distintos, sendo a coordenação nacional responsável apenas pela regulamentação técnica e não pelo apoio formativo e financeiro aos núcleos locais.
- II. A Atenção Primária em Saúde se consolidou como o nível de atenção mais aderente às diretrizes da PNRMAV, destacando-se pela capacidade de territorialização, vigilância das violências e atuação articulada com a comunidade.
- III. Entre as principais estratégias de implementação da PNRMAV, destacam-se a criação dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências, o fortalecimento dos sistemas de informação, a formalização de compromissos institucionais e a assessoria técnica permanente.
- IV. A análise nacional demonstra que a institucionalização da PNRMAV está consolidada em todas as regiões do país, especialmente nos serviços hospitalares e de reabilitação, que alcançaram o maior grau de integração intersetorial.

Assinale a alternativa que indica a sequência **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

- a) F – F – V – V.
- b) F – V – V – F.
- c) V – F – F – V.
- d) V – V – F – F.
- e) F – V – F – V.

**31.** A *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)* foi criada pela Portaria GM/MS nº 737/2001, com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção e atenção às vítimas de causas externas. O texto “Avanços e desafios da PNRMAV” analisa seu processo de implementação e evidencia tensões entre a normatividade formal e a prática intersetorial. Com base nas informações do documento, julgue as afirmativas a seguir:

- I. A PNRMAV consolidou-se como política transversal, ao integrar a vigilância em saúde e a assistência, fortalecendo o trabalho em rede e a descentralização para os municípios, sobretudo por meio da criação dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências.
- II. A descentralização da PNRMAV para os municípios implicou perda de capacidade técnica e de coordenação do Ministério da Saúde, resultando em retração das ações intersetoriais e dificuldade de articulação com as políticas estaduais.



III. A efetividade da PNRMAV está diretamente relacionada à capacidade de gestão e à liderança dos coordenadores locais, bem como à incorporação da perspectiva territorial e comunitária nas ações de vigilância e prevenção.

IV. A implementação plena da PNRMAV foi alcançada em todas as regiões brasileiras, com a incorporação sistemática de suas diretrizes aos serviços hospitalares, de reabilitação e às redes intersetoriais de atenção.

Assinale a alternativa que indica a sequência **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

a) V – F – F – V.

b) F – V – V – F.

c) V – F – V – F.

d) F – F – V – V.

e) V – V – F – F.

**32.** Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria GM/MS nº 737/2001, esta busca articular vigilância, promoção da saúde e atenção integral às vítimas, por meio da cooperação entre diferentes níveis de gestão e setores. Considerando as análises sobre sua implementação e institucionalização no Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a alternativa **CORRETA**.

a) A PNRMAV apresenta alto grau de consolidação nos serviços hospitalares e de reabilitação, que assumem o protagonismo na prevenção e monitoramento de acidentes, com apoio eventual da Atenção Primária.

b) O processo de implementação da PNRMAV evidenciou que a Atenção Primária em Saúde é o nível mais capaz de desenvolver suas diretrizes, por articular vigilância, promoção e cuidado territorializado, enquanto o setor de reabilitação permanece o menos integrado.

c) As estratégias da PNRMAV priorizam a atuação centralizada do Ministério da Saúde, restringindo a participação de estados e municípios à execução administrativa e à coleta de dados epidemiológicos.

d) O fortalecimento dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências reduziu a necessidade de cooperação intersetorial, pois concentrou a execução técnica no âmbito das secretarias municipais de saúde.

e) A descentralização da PNRMAV eliminou a necessidade de mecanismos formais de coordenação nacional e interinstitucional, consolidando uma gestão autônoma e isolada nos territórios locais.

**33.** Com base no texto “Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde”, de *Albuquerque & Silva (2014)*, julgue as afirmações e assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** de **VERDADEIRAS (V)** e **FALSAS (F)**.

I. A saúde é entendida como a possibilidade de cada sujeito realizar, historicamente, as potencialidades do gênero humano; por isso, sua compreensão exige a análise do modo de produção e das relações sociais vigentes.

II. Os modelos de “determinantes sociais da saúde” que listam fatores comportamentais e condições de vida são suficientes, por si só, para explicar as desigualdades entre grupos sociais, desde que controlem tabagismo, dieta e sedentarismo.

III. A crítica central dos autores é que a mera soma de “fatores” fragmenta a realidade e pode levar à culpabilização dos indivíduos, ocultando *nexos causais* que operam na totalidade social (forças produtivas e relações de produção).



IV. No capitalismo, o avanço das forças produtivas necessariamente melhora as condições de saúde da classe trabalhadora, pois reduz desgaste e amplia acesso a bens, independentemente da forma como se organiza a produção e a distribuição.

- a) V – V – F – V.
- b) V – F – V – F.
- c) F – V – V – F.
- d) F – F – V – V.
- e) V – F – F – F

**34.** “Desde o momento em que nasce, a criança forma o seu comportamento sob a influência das coisas que se formaram na história: senta-se à mesa, come com colher, bebe em xícara e mais tarde corta o pão com a faca. Ele assimila aquelas habilidades que foram criadas pela história social ao longo de milênios. Por meio da fala transmitem-lhe os conhecimentos mais elementares e posteriormente, por meio da linguagem, ele assimila na escola as mais importantes aquisições da humanidade. A grande maioria de conhecimentos, habilidades e procedimentos do comportamento de que dispõe o homem não são o resultado de sua experiência própria, mas adquiridos pela assimilação da experiência histórico-social de gerações”.

A análise fundamental proposta sobre a saúde humana é a de que

- a) o modo de produção e as relações sociais estabelecidas são os elementos primários para a compreensão do processo saúde-doença, por serem eles que definem as condições de vida e de acesso aos meios de sobrevivência.
- b) a determinação da saúde humana é primariamente individual, focada nos estilos de vida, nos fatores psicossociais e no acesso aos serviços de saúde (determinantes intermediários da saúde).
- c) os fatores de risco biológicos e genéticos são os elementos mais importantes, pois a capacidade de assimilação da experiência histórico-social depende da carga hereditária do indivíduo.
- d) a saúde se resume à ausência de morbimortalidade e à longevidade, sendo esses resultados diretos das intervenções biomédicas e da tecnologia, sem conexão com a experiência social.
- e) a compreensão da iniquidade em saúde deve se restringir à análise da distribuição de renda e ao grau de equidade na sociedade, sem a necessidade de questionar a estrutura social que gera essa assimetria.

**35.** O modelo conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) estabelece uma hierarquia causal, na qual os Determinantes Estruturais (como políticas macroeconômicas) agem sobre os Determinantes Intermediários da Saúde. Pensando na interface entre a estrutura social e a saúde individual, qual dos grupos de elementos abaixo é classificado como um Determinante Intermediário da Saúde no modelo da CDSS?

- a) As Políticas Macroeconômicas e a Governança, pois representam os fatores mais abrangentes da organização social.
- b) A Cultura e os Valores Sociais, por se tratarem das variáveis mais difíceis de serem mensuradas no contexto do processo saúde-doença.
- c) O Modo de Produção e as Relações Sociais estabelecidas, que constituem a matriz de exploração e dominação social.
- d) As Circunstâncias Materiais (como condições de moradia e trabalho), os Fatores Psicossociais, os Fatores Comportamentais e Biológicos, e o próprio Sistema de Saúde.
- e) A Distribuição de Renda e o Grau de Equidade na sociedade, que são elementos primários da estrutura de dominação.



**36.** Existem críticas à abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da OMS/CDSS, articuladas pela Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana (MS-SC), que propõe a categoria da Determinação Social dos processos saúde-doença (DSaS).

Avalie os itens a seguir:

- I. A abordagem dos DSS (CDSS) propõe a crítica de que as assimetrias de poder são geradas e reproduzidas pelo contexto socioeconômico e político, configurando padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes intermediários de saúde.
- II. A crítica da MS-SC aponta que o modelo da CDSS é insuficiente, pois concebe a possibilidade de reverter as iniquidades no atual modelo de sociedade e não propõe uma análise compreensiva das relações de exploração e dominação que sustentam as hierarquias sociais.
- III. Enquanto a abordagem dos DSS se concentra na ausência de morbimortalidade e na sobrevivência física (longevidade), a DSaS comprehende a saúde como um processo de natureza social com expressão no nexo biopsíquico humano e subsumido nos processos de produção e reprodução social.
- IV. O enfoque DSS é creditado, pela Saúde Coletiva, por utilizar categorias analíticas como classe social, etnia e gênero de forma histórica e contextualizada, explicitando o papel destas categorias na matriz de dominação do sistema capitalista.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

**37.** A dimensão técnico-assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) refere-se ao modelo de cuidado e às práticas clínicas e de saúde pública adotadas, ratificando o papel significativo da ESF ao reorientar o modelo assistencial.

Nesse contexto, a principal contribuição da ESF na dimensão técnico-assistencial é que

- a) o vínculo e a responsabilização deixaram de ser práticas centrais da ESF, sendo substituídos pela ênfase na classificação de risco e no tratamento curativo individual.
- b) o modelo assistencial da ESF se tornou mais integral e ampliado, ao deslocar o foco do indivíduo doente para a família e a comunidade, reconhecendo o contexto de vida, o que implica uma clínica mais ampliada.
- b) a prática clínica ampliada passou a ser uma atribuição exclusiva dos médicos e enfermeiros, e não mais um processo compartilhado entre os membros da equipe multiprofissional.
- c) a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na equipe, embora importante, não possui implicação na dimensão técnico-assistencial, sendo apenas uma inovação da dimensão organizacional.
- d) a integralidade do cuidado passou a ser realizada exclusivamente na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo eliminadas as ações no domicílio ou em outros espaços comunitários.
- e) a integralidade do cuidado passou a ser realizada exclusivamente na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo eliminadas as ações no domicílio ou em outros espaços comunitários.



**38.** A reificação da doença e a invisibilidade do sofrimento podem ser encontradas na Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizada por meio de categorias objetivadas. Propõe-se, então, que essa perspectiva seja reconfigurada na confluência com uma "Antropologia da Vida". Julgue os itens a seguir:

- I. A reificação do sofrimento é benéfica para o cuidado na ESF, pois a biologização dos corpos e o foco exclusivo na "cura" e na "técnica" garantem a eficiência da assistência primária.
- II. A Antropologia da Vida busca descentralizar conceitos como saúde, cuidado e sofrimento, de forma a multiplicar as trilhas por onde passam os agenciamentos de humanos e não humanos no cotidiano do serviço.
- III. O objetivo de analisar a ESF como uma "política da vida" implica a restrição do olhar ao nível macro das políticas públicas (federal e estadual), sendo desnecessário o descenso ao cotidiano para entender o cuidado.
- IV. O objetivo de analisar a ESF como uma "política da vida" implica em um descenso ao cotidiano para entender etnograficamente os emaranhados de agenciamentos do cuidado que se configuram no Sistema Único de Saúde (SUS) e além dele.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

**39.** A análise da Estratégia Saúde da Família (ESF) como "política da vida" permite que as etnografias abordem a complexidade do sistema de saúde, conectando serviços, normas, protocolos e equipamentos à complexidade da vida.

Nesse contexto teórico, qual perspectiva melhor comprehende a complexidade da vida e do cuidado na ESF?

- a) A vida é o "contexto" no qual as ações da ESF se desenrolam, mas não tem implicações diretas na formulação ou no sucesso das políticas públicas.
- b) A ESF é a expressão das orientações formais e dos protocolos das políticas públicas, e os arranjos instáveis do cotidiano são considerados falhas do sistema.
- c) A vida se manifesta na coparticipação de humanos, que são os únicos capazes de "conhecer" o mundo e, portanto, os únicos a serem considerados nos arranjos terapêuticos.
- d) A ESF se faz somente na vida, nos lugares e no cotidiano, por meio de arranjos instáveis, ambíguos e dissonantes que coemergem com as políticas públicas.
- e) As relações da vida se restringem a um mundo de objetos animados e inanimados distintos, impedindo a ideia de fluxos de materiais em um espaço aberto onde as coisas "vazam".

**40.** A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi proposta no Brasil com o intuito de superar as limitações do modelo de Educação Continuada (EC). A principal diferença reside no papel do cotidiano do trabalho e na abordagem pedagógica adotada.

Qual alternativa descreve a distinção central entre a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação Continuada (EC)?

- a) A EC é desenvolvida a partir da problematização da realidade e das singularidades dos usuários, enquanto a EPS se foca em suprir lacunas técnicas pontuais.



- b) A EPS é desenvolvida a partir da problematização da realidade e do cotidiano do trabalho, buscando a ressignificação, enquanto a EC se restringe a ações pontuais de formação para suprir lacunas técnicas.
- c) A EPS é uma política top-down (de cima para baixo), focada em cursos prescritos pela gestão, e a EC é ascendente, focada nas necessidades do trabalhador.
- d) Ambas, EPS e EC, têm a capacidade de gerar incômodo e desacomodação, sendo a única diferença o envolvimento do usuário, presente apenas na EC.
- e) A EC valoriza o trabalho vivo e as tecnologias leves no cuidado, e a EPS prioriza a reprodução de conhecimentos já existentes e validados.
- 41.** A Educação Permanente em Saúde (EPS) entende o mundo do trabalho não apenas como um espaço de produção, mas como o próprio "meio pedagógico". Essa característica é crucial para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.  
Entre as alternativas abaixo, qual princípio da EPS postula que o processo educativo deve partir das necessidades identificadas pelos trabalhadores e usuários, e não ser simplesmente uma demanda imposta pela gestão?
- a) Mundo do Trabalho como Escola Permanente.  
b) Gestão Compartilhada.  
c) Produção de Sentidos.  
d) Processo Ascendente.  
e) Reflexão Participativa e Ativa.
- 42.** Na Atenção Primária à Saúde (APS) existe a convivência de duas concepções de educação no trabalho entre os profissionais de saúde: a instrumental/tradicional e a comunicativa/emancipatória.  
Avalie os itens a seguir:
- I. A concepção de educação instrumental/tradicional aproxima-se da Educação Continuada (EC), pois tem ênfase em ações técnicas, de atualização do saber e é focada na superação de lacunas de conhecimento.
- II. A concepção de educação comunicativa/emancipatória está diretamente relacionada à Educação Permanente em Saúde (EPS), pois defende a construção coletiva do saber a partir da realidade de trabalho.
- III. A dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde, que envolve o encontro entre trabalhador e usuário, é o eixo central para o desenvolvimento da educação instrumental, visando o aperfeiçoamento das técnicas.
- IV. O predomínio da concepção de educação como construção coletiva do saber, a partir da realidade, indica a unidirecionalidade da política de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.  
b) II e III.  
c) III e IV.  
d) I e III.  
e) II e IV.



**43.** A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) reconhece a Educação Popular em Saúde (EPS) como uma prática social e pedagógica articulada à gestão e ao cuidado, visando a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais democrático e equânime.

A essência da EPS de valorização da experiência e do saber dos diversos sujeitos envolvidos é concretizada a partir

- a) da humanização e satisfação do usuário, priorizando a escuta das demandas individuais do paciente para a resolução de problemas de saúde na dimensão da clínica.
- b) da integralidade e intersetorialidade, que foca na articulação das diretrizes governamentais com a rede de serviços de saúde para o planejamento de ações de alta complexidade.
- c) do diálogo, amorosidade e construção compartilhada de conhecimento, em que o saber popular e o científico são valorizados e considerados estratégicos na promoção da autonomia e da transformação social em saúde.
- d) da priorização do conhecimento técnico-científico, utilizado para embasar e padronizar as ações educativas nos serviços de saúde, assegurando a qualidade das intervenções clínicas.
- e) da promoção da saúde, com ênfase na medicalização das condições crônicas e na difusão de informações técnicas para a adesão dos usuários ao tratamento.

**44.** A Educação Popular em Saúde (EPS) se soma a outras perspectivas educativas críticas, dialógicas e participativas, e se compromete com a construção de práticas mais democráticas e emancipadoras no Sistema Único de Saúde (SUS).

Analise os itens a seguir:

- I. A Educação Popular pressupõe a promoção e a valorização da participação ativa dos usuários, em um processo onde não existe hierarquia de saberes ("alguém que sabe e alguém que não sabe"), mas a colaboração entre experiências e ideias diferentes.
- II. A EPS pode ser considerada uma educação para a mobilização, que busca gerar o ímpeto das pessoas não só para ler o mundo de forma crítica, mas também para interpretá-lo e buscar sua permanente melhoria de forma cooperativa e solidária.
- III. O papel da EPS na Estratégia Saúde da Família (ESF) se restringe à sala de espera, sendo um trabalho exclusivamente dos profissionais de saúde, já que a promoção da saúde e o enfrentamento de determinantes são responsabilidades apenas da gestão.
- IV. Em uma roda de conversa ou atividade educativa, a mobilização da fala dos participantes deve ser realizada de forma estritamente técnica e objetiva, focando apenas na transmissão de informações científicas e evitando a abordagem de fatores íntimos ou historicamente construídos que possam desviar do tema central.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



**45.** A Educação Popular em Saúde (EPS) constitui um referencial teórico-metodológico significativo para a reorientação da formação na área da saúde.

Qual das contribuições abaixo expressa a capacidade da EPS em transformar a formação profissional em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- a) A EPS defende a separação metodológica entre a clínica e a saúde coletiva, de modo a garantir que o estudante priorize o domínio da técnica individual.
- b) A metodologia da EPS deve ser restrita a atividades de extensão e a disciplinas não obrigatórias dos cursos de graduação, para não comprometer a formação técnica e científica básica.
- c) A EPS ajuda os futuros profissionais a reconhecerem a dimensão política do seu fazer, mas não se relaciona com o desenvolvimento de habilidades de comunicação e diálogo, pois estas são consideradas habilidades inatas.
- d) A principal contribuição da EPS reside em promover o desenvolvimento de uma prática profissional crítica e integral, a partir do questionamento da dicotomia entre a clínica e a saúde coletiva e da valorização do saber popular e da cultura no território.
- e) A Educação Popular é fundamental para a formação, mas seu foco se restringe à valorização do saber popular e não se estende à dimensão ética ou ao compromisso político com os interesses e as necessidades de saúde da população.

**46.** A Educação Popular em Saúde (EPS) está intimamente ligada ao campo da Saúde Coletiva e à necessidade de reorientar a formação para os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A consolidação do SUS e do campo da Saúde Coletiva impôs enquanto exigência principal às universidades e escolas da área:

- a) restringir as experiências de Educação Popular ao âmbito da Extensão Universitária, garantindo que o Ensino e a Pesquisa se mantenham focados exclusivamente na abordagem biomédica tradicional.
- b) a formação de profissionais com um perfil estritamente técnico e especializado, que se dediquem a inovações de alta complexidade e que se mantenham neutros em relação a projetos de transformação social.
- c) a formação de profissionais com um perfil mais crítico, generalista e humanista, que reconheçam o seu fazer como parte de um projeto de transformação social e que se articulem aos princípios e diretrizes do SUS.
- d) a supressão da resistência dos corpos docentes à inovação, promovendo apenas a inserção de metodologias ativas, sem a necessidade de incorporar princípios éticos ou políticos nos currículos.
- e) a expansão da Educação Permanente em Saúde (EPS) como programa de qualificação, porém desvinculada dos princípios da Educação Popular, focando apenas na atualização técnica de protocolos de trabalho.

**47.** A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) foi significativamente fortalecida entre 2011 e 2021 com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A série histórica de notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstra um aumento gradativo e expressivo no número de registros, que passou de 260.485 em 2011 para 379.459 em 2019, vale considerar que foi antes mesmo dos impactos da pandemia. No entanto, ressalta que o enfrentamento dos Acidentes de Trabalho no Brasil ainda é um importante desafio e que há um cenário indicativo de subnotificação.



A partir da análise crítica dessa aparente contradição entre o aumento dos registros no SINAN e a persistência do desafio da subnotificação, é **CORRETO** concluir que:

- a) O crescimento das notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) deve-se primariamente à consolidação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Ciatox) em 2017, que assumiram a totalidade das notificações de intoxicações exógenas, liberando os Cerest para focarem apenas em acidentes graves e fatais.
- b) O aumento da notificação no SINAN reflete, em grande parte, o sucesso das estratégias de descentralização e a integração da Visat com a Atenção Primária à Saúde, mas o volume absoluto de casos registrados ainda está aquém da realidade, e não eliminou a subnotificação, que é um desafio histórico, considerando a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 que demonstrou um número de acidentes quase 7 vezes maior do que o registrado pela Previdência Social.
- c) A Portaria nº 777/2004, ao instituir a notificação compulsória de DART apenas na rede sentinelas, foi o principal fator limitante para a Visat no período, visto que a inclusão da maioria dos agravos leves como de notificação universal em 2014 não gerou impacto significativo no aumento dos registros.
- d) O incremento nas notificações de DART é majoritariamente explicado pelo aumento real na incidência de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) em setores de alta complexidade industrial, o que exigiu a desvinculação da notificação do sistema SINAN devido à inadequação do formulário.
- e) A Visat alcançou a universalidade e a equidade das notificações ao garantir que as intoxicações exógenas relacionadas aos agrotóxicos fossem reconhecidas mesmo em casos de sintomas inespecíficos, o que eliminou a baixa sensibilidade dos serviços de saúde e consolidou a VSPEA em 100% dos municípios prioritários.

- 48.** A Lei nº 8.080/90, em seu Art. 3º, estabelece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Além disso, o parágrafo único deste artigo reforça que a saúde é resultante das condições de vida, as quais a população deve ter garantidas pelo Estado. Essa visão amplia a concepção de saúde para além da ausência de doenças, exigindo uma abordagem intersetorial. Considerando essa perspectiva abrangente e a diretriz de formulação de política de saúde destinada a promover o campo econômico e social, analise o seguinte cenário: *Um município X investiu pesadamente na modernização dos hospitais públicos e conseguiu erradicar a poliomielite e reduzir drasticamente a incidência de dengue conforme os indicadores de assistência e vigilância epidemiológica. No entanto, dados recentes do censo revelam um aumento na taxa de mortalidade infantil devido a doenças diarreicas relacionadas à falta de tratamento de esgoto e uma alta prevalência de doenças crônicas ligadas ao sedentarismo e à poluição atmosférica.*

Perante a Lei nº 8.080/90 a principal conclusão analítica sobre a política de saúde implementada no Município supracitado, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) A política de saúde é plenamente eficaz, pois cumpriu as metas prioritárias de controle de agravos transmissíveis e assistência hospitalar, áreas de atuação primária do SUS.
- b) O município negligenciou a descentralização político-administrativa, concentrando a gestão de recursos na assistência em detrimento da participação comunitária na fiscalização dos serviços.
- c) O município falhou na garantia do princípio de universalidade, uma vez que a mortalidade infantil demonstra que o acesso aos serviços de saúde não está garantido em todos os níveis de complexidade.



- d) O município demonstrou uma aplicação incompleta e fragmentada da lei, pois embora tenha sucesso nas ações de assistência e vigilância epidemiológica, ignorou a atuação sobre os fatores determinantes e condicionantes, como saneamento básico e meio ambiente, que são cruciais para a promoção e proteção da saúde.
- e) Houve um erro na administração financeira, pois a Lei exige que 50% dos recursos destinados a Estados e Municípios sejam distribuídos segundo o quociente populacional, o que não teria permitido gastos excessivos em modernização hospitalar.
- 49.** O Sistema Único de Saúde (SUS) adota a diretriz da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (Art. 7º, IX e Art. 9º). Essa diretriz implica na distribuição de competências específicas para a União, os Estados e os Municípios, detalhadas nos Arts. 15, 16, 17 e 18 da Lei nº 8.080/90. Em uma reunião tripartite, discute-se a necessidade de estabelecer normas de controle para um novo tipo de insumo farmacêutico de alta tecnologia e, simultaneamente, planejar uma campanha de vacinação para um agravão emergente, que requer coordenação logística imediata. Com base na Lei nº 8.080/90, verifique a correta distribuição de competências para as ações mencionadas, e então assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A União é responsável por definir as normas de controle de insumos e produtos, enquanto o Estado deve coordenar a campanha de vacinação em caráter supletivo e não complementar.
- b) O Estado é o responsável primário por planejar, organizar e controlar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, enquanto o Município apenas executa as ações de saúde.
- c) A União é responsável por fiscalizar e controlar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde, e o Município é o único responsável pela execução às políticas de insumos e equipamentos em seu âmbito.
- d) A União possui a atribuição de elaborar normas para o controle e a fiscalização de produtos e insumos, e o Estado não tem a competência de coordenar as ações de vigilância epidemiológica, em caráter complementar às ações do Município.
- e) A competência de elaborar normas para o controle de insumos e produtos é atribuída à União. A coordenação de ações de vigilância epidemiológica em âmbito estadual compete ao Estado, que atua de forma complementar aos Municípios, aos quais cabe a execução local dessas ações.
- 50.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada e esta pode participar do SUS em caráter complementar, quando as disponibilidades do setor público forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial conforme a Lei nº 8.080/90 estabelece. Essa participação, por meio de convênios ou contratos, deve respeitar os princípios e diretrizes do SUS. A partir de uma avaliação do Art. 7º Princípios e Diretrizes do Capítulo II, do Título III, Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde, avalie as afirmações a seguir sobre a integração público-privada e seus limites éticos e normativos:

- I. A participação complementar do setor privado deve se dar por meio de contrato de direito público ou convênio, devendo ser respeitados os princípios éticos e as normas do órgão de direção do SUS.
- II. Entidades filantrópicas e sem fins lucrativos não podem ter suas atividades remuneradas, pois a Lei prevê a preferência para participação, mas veda o pagamento de serviços.
- III. A vedação à participação direta ou indireta de empresas e capital estrangeiro na assistência à saúde é uma forma de garantir a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- IV. O estabelecimento de critérios, valores e formas de pagamento dos serviços contratados deve garantir o equilíbrio econômico e financeiro do contrato e a demonstração do custo dos serviços.



É CORRETO o que se afirmar em:

- a) II e III.
- b) I, II e IV.
- c) I e IV.
- d) I, III e IV.
- e) I, II, III e IV.

**51.** Sobre a aplicação dos Princípios de Integralidade, Regionalização e Hierarquização, o Art. 7º da Lei nº 8.080/90 estabelece os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre eles, destacam-se a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, e a regionalização e hierarquização, que organiza as redes de serviços. Um paciente, após um grave acidente automobilístico, iniciou o tratamento em um hospital de alta complexidade (terceiro nível), onde recebeu cuidados intensivos. Após a estabilização, ele foi transferido para um centro de reabilitação (segundo nível) e, posteriormente, receberá acompanhamento fisioterapêutico contínuo e preventivo em uma Unidade Básica de Saúde (primeiro nível), em sua região de moradia. Essa jornada assistencial exemplifica o funcionamento do SUS ao articular quais princípios fundamentais? Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Preservação da autonomia e direito à informação, visto que o paciente foi informado sobre cada etapa de sua transferência.
- b) Conjugação dos recursos financeiros e universalidade, pois todos os cidadãos, independentemente da renda, têm acesso aos serviços.
- c) Descentralização político-administrativa e divulgação de informações, pois o fluxo de assistência envolve diferentes esferas de governo.
- d) Integralidade da assistência, regionalização e hierarquização da rede de serviços, pois o tratamento é contínuo, englobando a prevenção e a cura, e ocorre de forma ordenada através de diferentes níveis de complexidade.
- e) Participação da comunidade e utilização da epidemiologia, pois o planejamento do fluxo de atendimento depende da mobilização social e de dados epidemiológicos.

**52.** A abordagem do Projeto Terapêutico Singular (PTS) exige que a equipe de saúde vá além do paradigma biomédico tradicional, que se concentra no corpo anátomo-clínico. Segundo a micropolítica do trabalho em saúde, o organismo humano é uma mútua constitutividade entre a dimensão material (corpo com órgãos) e a dimensão imaterial (corpo afetivo). Considerando essa dualidade e a proposta de um PTS orientado para a Clínica dos Afetos, que correlaciona a concepção de corpo com o tipo de tecnologia em saúde que deve ser priorizada no cuidado compartilhado. Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O corpo anátomo-clínico, por ser a expressão da morfo-fisiologia, demanda o uso predominante de tecnologias leve-duras (como protocolos e conhecimentos científicos) para garantir a objetividade e a eficácia das intervenções curativas, sendo esta a essência da clínica dos afetos.
- b) O corpo afetivo, sendo o repositório da potência de existir, é o foco da Clínica Médico-Hegemônica, que utiliza as tecnologias duras para intervir na dimensão sensível e relacional do usuário.
- c) A dimensão biológica, embora essencial para o diagnóstico, deve ser complementada pelo reconhecimento do corpo sensível, o qual exige a centralidade das tecnologias leves (como escuta qualificada, vínculo e acolhimento) para ampliação da potência de agir do usuário.



- d) As tecnologias duras (equipamentos e medicamentos) são os únicos meios para lidar com o corpo biológico, sendo que a dimensão afetiva deve ser tratada exclusivamente por tecnologias leve-duras, como os protocolos de terapia familiar, desconsiderando a autonomia profissional.
- e) A Clínica dos Afetos busca ignorar o corpo anátomo-clínico, pois este representa a institucionalização do cuidado, focando-se apenas nas tecnologias leves para promover agenciamentos de vida e saúde, o que permite a negação dos conhecimentos científicos acumulados.
- 53.** O caso de Bj, usuária-cidadã, situação descrita em “Projeto Terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado” (2022), com histórico de abuso de álcool, vida em situação de rua e alternância entre identidades de gênero, ilustra a complexidade que leva as equipes de saúde a classificá-lo como “difícil” ou “refratário”. Na perspectiva adotada para o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a singularidade de Bj não é vista como um indivíduo fixo, mas como uma multiplicidade composta por diversas expressões coexistentes, por exemplo prestativa e violenta; com casa, mas que vive na rua. Com base na análise do referencial micropolítico do Projeto Terapêutico Singular, avalie como o entendimento da singularidade como multiplicidade pode transformar a abordagem de casos complexos, como o de Bj. Assinale a afirmação **CORRETA**.
- a) Permite que a equipe construa um perfil provisório exato e definitivo de Bj, garantindo que o diagnóstico clínico tradicional (macropolítico) seja o único guia para as intervenções, sem a necessidade de reavaliações constantes do PTS, que é sempre dinâmico.
- b) Ajuda a identificar os fatores de risco e determinantes sociais da saúde, permitindo que a equipe se concentre na redução da vulnerabilidade por meio da eliminação das trajetórias de vida que envolvem a rua e a violência, consideradas atravessamentos exclusivos de morte e, portanto, focando apenas nos problemas e não nas potências.
- c) Leva a equipe a desconsiderar o corpo biológico e os sintomas decorrentes do abuso de substâncias, focando apenas nos aspectos emocionais, um paradoxo ao princípio da totalidade do corpo (material e imaterial).
- d) Fornece uma lente para mapear os múltiplos territórios existenciais, trajetórias de vida e as redes de conexões (familiares, comunitárias, religiosas) que a constituem, possibilitando que o plano de cuidados mobilize os agenciamentos de vida e saúde.
- e) Impede a construção de qualquer plano de cuidados, visto que a multiplicidade é fluida e imprevisível, validando a ideia de que a ausência de adesão é inerente ao sujeito, confirmando assim o rótulo de “caso resistente”.
- 54.** O artigo sobre a resiliência no contexto do Programa Saúde da Família (PSF) destaca o potencial do conceito como uma nova perspectiva na promoção da saúde. A resiliência, nas ciências humanas, refere-se à capacidade de o indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades, resultando da combinação de atributos pessoais e do ambiente familiar, social e cultural. Entretanto, o texto apresenta uma crítica fundamental sobre o risco de distorção desse conceito em sociedades marcadas pela desigualdade social. Considerando o foco na capacidade analítica e na avaliação de argumentos, o principal viés negativo e reducionista associado ao uso inadequado da resiliência na atenção à saúde e implicações para as políticas públicas, conforme alertam os autores do artigo, sendo assim marque a alternativa **CORRETA**.

- a) O uso da resiliência como estratégia de intervenção tende a priorizar as ações curativas e assistenciais, reforçando o modelo biomédico tradicional, em detrimento das práticas de promoção da saúde preconizadas pelo PSF.
- b) A complexidade do conceito de resiliência e a falta de consenso sobre sua definição impedem a sua instrumentalização efetiva pela equipe multiprofissional, limitando sua aplicação a estudos teóricos em psicologia e sociologia.



- c) A transposição mecânica e descontextualizada do conceito, originado na Física, desconsidera totalmente os fatores de risco psicossociais, como a pobreza e a exclusão social, ao invés de buscar a identificação de fatores de proteção.
- d) O risco de que a ênfase na capacidade individual de superação das adversidades resulte na desresponsabilização do Estado em relação às políticas públicas de combate à desigualdade social e às condições de vida precárias da população.
- e) A relativização da resiliência, que depende da etapa do ciclo vital e do domínio examinado, impede que ela seja pensada como um constructo universal aplicável a todas as áreas do funcionamento humano.
- 55.** O conceito de resiliência, inicialmente emprestado da Física e da Engenharia, onde significava a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente, sofreu uma transposição para as ciências humanas e da saúde. Essa transposição inicial foi por vezes mecânica, tratando os indivíduos resilientes semelhante a uma bola de borracha imune ao estresse. Com base na análise da trajetória conceitual da resiliência, observe quais das seguintes interpretações representa de forma mais completa e dialética o entendimento moderno do termo, aplicável ao desenvolvimento humano e à intervenção no Programa Saúde da Família (PSF).
- Marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A resiliência deve ser vista como uma condição inata e fixa, ou seja, uma relativa “resistência” que algumas pessoas manifestam diante de situações estressantes, garantindo imunidade a danos emocionais ou cognitivos definitivos.
- b) A concepção ideal é aquela que se concentra exclusivamente na recuperação do padrão de funcionamento habitual que o indivíduo possuía antes de vivenciar a adversidade (capacidade de “voltar”), desconsiderando as mudanças transformadoras sofridas pelo sujeito.
- c) A resiliência é melhor definida como uma habilidade individual de eliminar de forma permanente as causas básicas dos problemas, evitando a manifestação de doenças e os efeitos do estresse no ciclo vital.
- d) Trata-se de um processo interativo, circunstancial e dialético, resultante da combinação entre atributos do indivíduo e seu meio social, familiar e cultural, o qual possibilita não a eliminação, mas a ressignificação da adversidade, transformando o sujeito em ator ativo e crítico.
- e) É um patrimônio relacional e circunstancial que se restringe à valorização do diálogo, da tolerância e do respeito às diferenças, excluindo a necessidade de resgate de direitos sociais ou a instrumentalização das famílias para o reconhecimento de seu próprio valor.
- 56.** O Programa Saúde da Família (PSF) busca a reorientação da assistência, priorizando ações de promoção e proteção da saúde integral e contínua. No trabalho com a resiliência, a equipe multiprofissional atua como um fator de proteção e rede de apoio para as famílias. Essa abordagem se conecta com o conceito de apoio social, que é vital para amortecer os efeitos de situações adversas e promover o bem-estar.
- Em um cenário onde uma equipe do PSF atende uma família em situação de vulnerabilidade crônica, por exemplo exclusão social e pobreza, identificadas como adversidades crônicas, a aplicação da abordagem focada na resiliência exige a mobilização da rede de apoio social.

Conforme o artigo, a melhor definição e descrição da atuação intersetorial necessária para fomentar uma adequada rede de apoio social é:



Marque a alternativa, **CORRETA**.

- a) A rede de apoio social refere-se primariamente aos aspectos orgânicos e subjetivos do indivíduo, como a manutenção da auto-estima e auto-eficácia, sendo sua mobilização restrita aos atendimentos individuais no consultório médico ou de enfermagem.
  - b) O foco da equipe multiprofissional deve ser a garantia de que as relações familiares funcionem como promoção da vida e bem-estar, sendo desnecessária a articulação com entidades externas, pois o potencial de desenvolvimento reside exclusivamente no ambiente intrafamiliar.
  - c) A rede de apoio social compreende apenas as instituições formais de saúde e defesa de direitos (Unidades de Saúde e Conselhos Tutelares), excluindo as entidades não governamentais ou associações comunitárias, que não possuem caráter estrutural ou humano reconhecido.
  - d) A mobilização da rede de apoio social, ao enfocar a resiliência, é uma ferramenta que busca a superação individual, desagregada das condições de desigualdade econômica e social, subestimando o impacto das relações macrossociais do sistema.
  - e) A rede de apoio social deve abranger os recursos estruturais e humanos disponíveis na localidade, incluindo instituições formais (saúde, escolas) e organizações da sociedade civil (ONGs, associações comunitárias), contribuindo para afastar e amenizar os efeitos da adversidade.
- 57.** O SUS é um sistema que requer integração regional para garantir a integralidade das ações e superar a fragmentação municipal, uma vez que a municipalização isolada pode acentuar o caráter clientelista e privatista. O processo de regionalização passou por fases, sendo formalizado pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) no movimento de municipalização-regionalização. Contudo, o texto aponta que o sistema regional permanecia confuso, sobretudo por não possuir um direcionamento jurídico adequado. Nesse contexto, para a fase de “municipalização-regionalização-redes de atenção”, identifique a principal inovação normativa que forneceu a segurança jurídica e os mecanismos de pactuação necessários para a integração coerente dos sistemas municipal e regional.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A Portaria nº 1.886/1997, que definiu a territorialização como a segunda diretriz organizativa do Programa Saúde da Família, promovendo o planejamento territorial em substituição à distritalização.
- b) A Emenda Constitucional nº 95 (PEC dos Gastos), que instituiu o Novo Regime Fiscal, proporcionando a vinculação de receitas e um aumento sustentável dos investimentos na saúde regionalizada.
- c) A criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), regulamentado pelo Decreto 7.508/2011, que celebrou as responsabilidades sanitárias e financeiras pactuadas entre os três entes federativos, conferindo segurança jurídica para a constituição das regiões de saúde.
- d) A publicação da PNAB (2006), que unificou o modelo assistencial e definiu a APS como porta de entrada, resolvendo o problema da fragmentação ao centralizar a gestão na esfera federal.
- e) As Normas Operacionais de Assistência Social (NOAS 01 e 02), que, embora tenham sistematizado a regionalização, não definiram o ente federativo responsável pela coordenação das negociações compartilhadas de ações e serviços entre municípios.



**58.** A Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde, fundamenta-se em princípios teórico-metodológicos cruciais, a saber: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão, e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. O texto em análise aponta que a formação dos profissionais de saúde é frequentemente marcada pela padronização de condutas e pelo predomínio da dimensão técnica em detrimento da dimensão humanista.

Considerando-se a complexidade da PNH e os desafios encontrados na formação e nos serviços, a estratégia pedagógica que melhor reflete a operacionalização do princípio do protagonismo dos sujeitos e coletivos e a superação da padronização, conforme indicado nos resultados da revisão, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Mantém o foco primário na eficiência técnica e científica, priorizando o ensino de protocolos de assistência, uma vez que estes garantem a previsibilidade e a segurança no cuidado hospitalar.
- b) Separa rigorosamente os conteúdos teóricos das Ciências Humanas dos conteúdos clínicos, reservando o estudo da cultura e subjetividade dos usuários para disciplinas específicas e desvinculadas dos campos de prática.
- c) Promove cursos-intervenção ou práticas pedagógicas ativas, onde os trabalhadores/alunos são convidados a propor e construir um projeto de saúde a partir da problematização de sua própria realidade de trabalho, estabelecendo nexos entre saúde, educação e trabalho.
- d) Exige que o processo de educação permanente dos trabalhadores seja estruturado exclusivamente em módulos à distância, desvinculados do cotidiano de trabalho, visando a obtenção de certificação formal obrigatória.
- e) Reforça o modelo de gestão centralizado e vertical, garantindo que as inovações sejam exclusivamente propostas pela cúpula gestora, desresponsabilizando os trabalhadores da co-gestão do processo.

**59.** Os autores Galvanese, Barros e D'Oliveira identificaram como um dos principais desafios à plena contribuição das Práticas Corporais e Meditativas (PCMs) a precariedade na integração com as demais ofertas dos serviços de saúde e o predomínio de uma cultura setorial na saúde. Além disso, o texto aponta que as PCMs, ao serem desenvolvidas em diferentes contextos (UBS, escolas, praças), exercem uma importante função de ponte para a ampliação de redes de convivência e acesso a bens culturais. Considerando a análise dos autores sobre as tensões entre políticas e práticas de saúde, identifique nas alternativas a seguir a que representa uma implicação crítica desse desafio para a efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) O predomínio da cultura setorial é benéfico, pois assegura que as PCMs mantenham a pureza de suas rationalidades médicas de origem, garantindo assim que a unicidade corpo-mente não seja contaminada pela dualidade biomédica.
- b) A função de "ponte" das PCMs é altamente eficaz no território, o que minimiza a necessidade de integração com as ofertas internas da UBS, pois o conceito ampliado de saúde se realiza plenamente fora dos equipamentos tradicionais do SUS.
- c) O desafio da fragmentação do cuidado e a carência de supervisão e avaliação são limitantes superáveis apenas pelo aumento no número de profissionais responsáveis pelos grupos, independentemente da qualidade da comunicação entre os agentes de cuidado.
- d) O predomínio da cultura setorial e a fragmentação do cuidado limitam o potencial das PCMs em se constituir como política transversal e intersetorial, impedindo o intercâmbio de conhecimentos necessário para a produção de ações multiestratégicas em benefício dos usuários, especialmente aqueles com condições crônicas.
- e) A precariedade na comunicação resulta em sobrecarga unicamente para os usuários, forçando-os a buscar alternativas para o cuidado que não julgam satisfatório, mas não impacta significativamente os profissionais de saúde.



**60.** A Política Nacional de Humanização (PNH) é definida como uma aposta de caráter ético, estético e político. O caráter **ético** implica o compromisso com a melhoria do cuidado por parte de usuários, gestores e trabalhadores. O caráter **estético** refere-se ao processo criativo e sensível na produção da saúde por sujeitos autônomos. O caráter político envolve a solidariedade dos vínculos, a garantia dos direitos dos usuários e a participação coletiva na gestão.

Análise do período de 2002 a 2010 revelou desafios estruturais: o processo de trabalho é marcado pela desvalorização e precarização dos trabalhadores, e a assistência ainda se limita à abordagem queixa-sintoma-tratamento, fragmentando a visão integral do usuário.

Com base nesses achados, avalie a implicação da persistência da padronização de condutas e da desvalorização dos trabalhadores na concretização da PNH.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A padronização de condutas é um desafio exclusivamente ético, pois reflete uma falha individual dos profissionais em respeitar a singularidade, mas não afeta o aspecto político ou estético da política.
- b) O predomínio do fazer técnico e padronizado é necessário para manter a eficiência e a previsibilidade nos serviços de saúde, comprovando que o aspecto estético (criatividade) da PNH é incompatível com a realidade institucional brasileira.
- c) A manutenção de um processo de trabalho verticalizado e de condutas padronizadas implica uma falha na concretização do aspecto político e estético da PNH, pois impede o protagonismo e a corresponsabilidade dos trabalhadores, sufocando a autonomia e a produção criativa de novas formas de cuidado.
- d) A desvalorização dos trabalhadores e o baixo investimento em educação permanente são reflexos da falta de adesão dos usuários, sendo o principal desafio da PNH a garantia dos direitos apenas na dimensão legal (política), sem implicações na atenção (ética).
- e) A PNH é aplicada com sucesso apenas na atenção, com foco no cuidado aos usuários (dimensão ética), mas enfrenta dificuldades na dimensão da gestão e do processo de trabalho, contrariando o princípio da inseparabilidade entre atenção e gestão.