



PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

Modalidade: **SAÚDE COLETIVA**

1. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, de **conteúdo específico**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

"A fé é como o amor: não pode ser obtida pela força."

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no Edital Regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista);
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
8. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais, permanecendo sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
9. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará a exclusão do candidato no certame.
10. Não será permitido ao candidato fumar, conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível, também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

SAÚDE COLETIVA

01. A história recente da saúde ambiental global conta com períodos caracterizados por grande visibilidade em alternância com outros de obscuridade e descaso. Se, por um lado, houve avanços em áreas conceituais e metodológicas, por outro, os ganhos na área de intervenções e aplicações específicas ainda são bastante limitados, o que expõe grandes grupos populacionais à uma série de riscos ambientais inaceitáveis e injustos, com consequências indesejáveis à saúde. Esse processo negativo de exposição das populações mais vulneráveis é denominado como:
- (A) injustiça política
(B) injustiça ambiental
(C) higienismo ambiental
(D) justiça socioambiental
02. Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interfiram na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. Um dos objetivos da Vigilância em Saúde Ambiental é:
- (A) realizar articulação pluri-institucional (em rede) no âmbito da vigilância em saúde ambiental com as universidades, centros de pesquisa e demais instituições públicas e privadas que tenham interesse na área ambiental e da sustentabilidade
(B) articulação intersetorial como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal
(C) avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde para subsidiar a tomada de decisões das instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério do Meio Ambiente e Agricultura
(D) produzir, integrar, processar e interpretar informações a serem disponibilizadas ao SUS, que sirvam como instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente
03. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Diante do exposto, **NÃO** é um componente essencial da vigilância de DCNT:
- (A) o monitoramento dos fatores de risco
(B) o monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças
(C) as respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso aos serviços de saúde essenciais, inclusive aos medicamentos
(D) a notificação compulsória, o monitoramento sentinela e a validação pelo critério diagnóstico clínico-epidemiológico para confirmação de casos suspeitos e doenças crônicas não especificadas de elevada prevalência
04. A redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer refletem um processo iniciado no Brasil na década de 1950, que se tornou mais veloz a partir de 1980. Isso resultou na diminuição da população abaixo de 15 anos de idade e no aumento significativo da população idosa. A descrição do processo acima refere-se à:
- (A) globalização
(B) transição demográfica
(C) ascensão social e demográfica
(D) expectativa de vida e envelhecimento populacional
05. No Brasil, os desastres associados à estiagem e/ou à seca têm como característica relevante a possibilidade de abranger uma grande área, podendo atingir vários municípios ao mesmo tempo. Diante desse cenário emergencial, a vigilância da qualidade da água para consumo humano deve atuar em articulação com outras áreas do setor saúde, pautada na gestão do risco, para responder em tempo oportuno e evitar o adoecimento da população em decorrência das situações de seca e estiagem. As ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano devem ser desenvolvidas de acordo com os diferentes cenários de risco de cada território. As ações que **NÃO** devem ser garantidas durante eventos de seca e/ou estiagem são:
- (A) identificar outras fontes seguras para a população, quando necessário, mesmo que em outros municípios
(B) elaborar, em conjunto com os responsáveis pelo sistema solução alternativa coletiva de abastecimento de água, plano de ação contendo a definição de estratégias e atividades para a minimização de riscos à saúde
(C) providenciar barreiras sanitárias em articulação com a vigilância sanitária, porém não realizar a fiscalização dos veículos responsáveis pelo fornecimento de água, como, por exemplo, os carros-pipa, pois trata-se de uma competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
(D) realizar inspeções sanitárias das formas de abastecimento de água, em especial das soluções alternativas utilizadas para abastecimento emergencial como poços, cacimbas, chafarizes e carros-pipa e, quando necessário, proibição temporária do uso, até que sejam realizadas melhorias das condições sanitárias
06. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, faz afirmações acerca da saúde. Sobre essas afirmações, é **INCORRETO** dizer que:
- (A) a saúde é direito de todos e dever do Estado
(B) o direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas
(C) as políticas de saúde devem visar a redução do risco de doença/agravos e ao acesso/assistência universal e igualitário voltados exclusivamente para populações vulneráveis
(D) as políticas referentes à saúde devem visar a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

07. De acordo com a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, são objetivos do SUS:
- ações de ordem social que vise arrecadação de recursos
 - identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde
 - elaboração de política financeira de incentivo à saúde e previdência social como medida estratégica para fomentar ações de prevenção e controle direcionadas às doenças crônicas que são de elevado custo para o SUS
 - a formulação de política de saúde destinada a promover pacto com universidades federais, Organizações Não Governamentais (ONG) e instituições de saúde públicas e privadas que visem elaborar planos de ações com medidas voltadas à assistência de populações vulneráveis
08. O Ministério da Saúde define educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, que visa à apropriação temática pela população, e conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Com base nessa definição, **NÃO** são segmentos prioritários das práticas de educação em saúde:
- os gestores que apoiem profissionais de saúde
 - os empresários da saúde que investem em saúde suplementar
 - a população que necessita aumentar sua autonomia nos cuidados
 - os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção
09. As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos (FR). As evidências acumuladas apontam que, para deter o crescimento das DCNT, são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle, assentadas sobre seus principais FR modificáveis: tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e consumo de álcool. Para o monitoramento dessas doenças e seus FR, é essencial a organização da vigilância em DCNT. Essa é uma ação de relevância na saúde pública, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle. Para o fortalecimento da vigilância há necessidade premente de se investir na melhoria de cobertura e qualidade dos dados de mortalidade e na condução de inquéritos regulares dos FR. Diante do exposto, os objetivos da prevenção e do controle das DCNT são:
- reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades; aliviar a gravidade e prolongar a vida com qualidade
 - estabelecer metas para redução de fatores de risco e garantir recursos financeiros para investimentos na atenção básica
 - fortalecer a atenção básica e apoiar a produção de novos sistemas de informações em saúde para além dos já existentes
 - reduzir a incidência e a prevalência; investir no aumento da cobertura vacinal e fortalecer a atenção básica
10. A Lei nº 8.142/90 dispõe:
- sobre licitação e contratos da administração
 - da nova redação ao artigo 177 da Constituição Federal, alterando e inserindo parágrafos
 - sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes
 - sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde
11. Historicamente, a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e paulatina reversão desse lugar a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica. A Lei nº 10.216/2001, com a Portaria nº 336/2002, propõem inclusive que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam os ordenadores dessa rede na construção do cuidado, em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. O modo de atenção psicossocial é a forma de cuidado preconizado por esses novos serviços e busca evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado secularmente a partir da intervenção do saber psiquiátrico, entre outros. Para tanto, o cuidado deve ser ofertado por meio de estratégias de Acolhimento e de Clínica Ampliada gerando Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores. Sendo assim, as ações em saúde mental devem ocorrer:
- promovendo e reorganizando o modelo de atenção adotando como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e a contratação de mais profissionais psiquiatras
 - em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, da educação, do trabalho, da assistência social
 - de modo individual com base em um protocolo específico que atenda às demandas de saúde mental com a supervisão de um profissional médico
 - em rede entre assistência social, instituições culturais, universidades e centros de reabilitação referenciados pelos CAPS
12. A função de um sistema de informações é a disponibilização de informações de qualidade onde e quando necessário. Os sistemas de informação, portanto, são compostos por um conjunto de partes que atuam articuladamente com o objetivo de transformar dados em informação. Uma característica fundamental dos sistemas de informação é a sua capacidade de coligir um número amplo de registros, armazená-los e recuperá-los. Sendo assim, é possível classificar os bancos de dados gerados pelos sistemas de informações em saúde em três tipos, a saber:
- clínicos, financeiros e qualitativos
 - epidemiológicos, contábeis e qualitativos
 - epidemiológicos, administrativos e clínicos
 - logísticos, epidemiológicos e custo-efetividade

13. Sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), é **INCORRETO** dizer que:
- (A) permite o cálculo de indicadores de saúde relativos à população adscrita a uma equipe de saúde da família
 - (B) é territorializado, porém não permite o cálculo de indicadores de saúde relativos à população adscrita a uma equipe de saúde da família
 - (C) tem por objetivo o acompanhamento e a avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde, abrangendo dados coletados no ambiente domiciliar e nas unidades básicas de saúde
 - (D) foi implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família. Através dele obtém-se informações sobre condições de moradia e saneamento
14. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, define as responsabilidades dos Ministérios do Trabalho e Emprego, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, no âmbito de suas competências, sem inovações substanciais. Diante desse contexto, as responsabilidades do Ministério da Saúde são:
- (A) prestação da assistência e realização da vigilância
 - (B) inspeção em ambiente de trabalho e elaboração de normas regulamentadoras
 - (C) prestação da assistência e estabelecimento do nexa epidemiológico presumido
 - (D) concessão dos benefícios por incapacidade e estabelecimento do nexa epidemiológico presumido
15. No século XX, na década de 1940, nos Estados Unidos surge um movimento, com base no paradigma da história natural da doença de Leavell e Clark, que redefiniu o conceito de prevenção - primária, secundária, terciária -, tendo sido esse novo discurso incorporado em sua totalidade pela prática médica. Esse movimento pode ser chamado de:
- (A) biologicista
 - (B) preventivista
 - (C) intervencionista
 - (D) médico-curativista
16. O conceito de promoção da saúde como parte da prevenção primária, no período da pré-patogênese, estava relacionado à melhoria das condições de vida e voltado às pessoas saudáveis. Com a transição epidemiológica, isto é, a mudança dos padrões de adoecimento das doenças infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se o Relatório Lalonde, que traz princípios valiosos à promoção da saúde contemporânea. Esses princípios são:
- (A) correlação entre saúde, ambiente e trabalho
 - (B) correlação entre saúde, ambiente e justiça social
 - (C) correlação entre saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável
 - (D) correlação entre saúde, desenvolvimento econômico e justiça social
17. A Portaria GM/MS nº 2.203/96 cria a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96), um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, que consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados. **NÃO** é característica da NOB-SUS/96:
- (A) definir as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão
 - (B) caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, explicitando um novo pacto federativo para a saúde
 - (C) reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde
 - (D) incorporar as ações de vigilância sanitária, que eram coordenadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária à Fundação Nacional de Saúde, exceto nos municípios com aporte populacional inferior a cinco mil habitantes
18. Diante da perspectiva de uma bioética estadunidense de vertente principialista, a melhor descrição do contexto de desenvolvimento da bioética nos países periféricos é:
- (A) tendo em vista o crescimento dos referenciais societários, foi indispensável que se trabalhasse na construção de uma visão macro da bioética, ampliada e concretamente comprometida com o social, mais crítica, politizada e interventiva, com o objetivo claro de diminuir as disparidades
 - (B) tendo como pressuposto a importância de se pensar no indivíduo antes para então refletir sua ação no coletivo, já que esse é um conjunto de indivíduos que precisam ter sua autonomia preservada de antemão, a bioética principialista foi capaz de compreender os problemas estruturais dos países periféricos
 - (C) a bioética estadunidense, apesar de nova, era completa e compreendia as peculiaridades vividas pelos países periféricos, o que viabilizou sua aplicação nos problemas sociais apresentados pelo hemisfério sul
 - (D) a teoria principialista foi capaz de desvendar, entender e intervir nas disparidades socioeconômicas e sanitárias, coletivas e persistentes, verificadas nos países do hemisfério sul, com impactos positivos principalmente nas populações mais pobres
19. Nos contextos brasileiro e latino-americano, a proposta conceitual e prática da bioética de intervenção propõe a reanálise de diferentes dilemas. Esses aspectos incluem:
- (A) a maior atenção das autoridades nas discussões que dizem respeito aos menos favorecidos, já que os primeiros possuem maior poder político para isso
 - (B) a priorização de políticas que tenham maior cuidado dos indivíduos em seus contextos pessoais, reconhecendo que o paternalismo médico e político é importante para o avanço dos direitos sociais e sanitários
 - (C) a análise dos contextos gerais, tendo em vista a neutralidade da ciência, com abordagens individualistas e coletivas que possam ser aplicadas às realidades de todos os países, sejam esses ricos ou pobres
 - (D) a priorização de políticas e tomadas de decisões que privilegiem o maior número de pessoas e pelo maior espaço de tempo, bem como a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto de onde acontecem

20. As críticas ao modelo biomédico e à sua forma de compreender o processo de adoecimento datam do século passado e foram se consolidando com o avanço das ciências antropológicas e sua aproximação do campo da saúde. Nesse sentido, o item que melhor descreve as críticas a esse modelo é:
- os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas atendidas são frequentemente pouco considerados, compreendidos e apreendidos pelos profissionais da saúde
 - a construção da doença como realidade humana é um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca pela cura, prioridade para o modelo biomédico
 - a doença é uma sequência de eventos que vão ganhando significado à medida em que a pessoa age para buscar alívio do seu sofrimento e o modelo biomédico compreende todos esses eventos que perpassam o fenômeno do adoecimento, não apenas os processos sintomáticos
 - o encontro entre profissional de saúde e usuário/cliente é uma comunicação entre culturas, pois estabelece um diálogo entre dois atores sociais. Isso ocorre porque, de maneira geral, os profissionais reconhecem que o usuário/cliente possui um conhecimento sobre o seu problema de saúde, além de, também, desenvolver práticas de cuidado que nem sempre são reconhecidas pela medicina tradicional
21. No campo da saúde coletiva, o uso do termo "saúde global" foi sendo incorporado em substituição ao termo "saúde internacional" para se referir à saúde como um fenômeno transnacional, que deve ser considerado para além das relações internacionais entre países. **NÃO** é um objeto de estudo da área de saúde global no Brasil:
- medicina curativa
 - cooperação sul-sul
 - diplomacia da saúde
 - governança em saúde
22. O Brasil sancionou, em 24 de maio de 2017, a Lei nº 13.445, que ficou conhecida como "Nova Lei da Migração". A área de migrações forçadas passou a fazer parte do estudo da saúde coletiva, uma vez que ficou reconhecido na literatura que essas populações têm mais problemas de saúde que populações residentes, já que esses migrantes forçados se expõem a riscos durante as difíceis jornadas entre o país de origem e o país de acolhimento. O sanitarista deve entender as diversas definições presentes nessa área, como por exemplo: imigrante, emigrante, visitante, apátrida, refugiados, solicitantes de refúgio, deslocados internos, etc. Com base na Nova Lei de Migração, a definição de residente fronteiriço é:
- brasileiro que se estabelece temporária ou definitivamente no exterior
 - pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil
 - pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço de país vizinho
 - pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional
23. O Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) referido a uma área e período determinados, é representado pela seguinte fórmula de cálculo:
- número de óbitos observados dividido pelos óbitos esperados, multiplicado por 100
 - número de óbitos da área no período dividido pela população da área no meio do período, multiplicado por 1.000
 - número de óbitos da área no meio do período dividido pela população da área no período, multiplicado por 1.000
 - número de óbitos devido a uma causa específica da área no período, dividido pela população da área no meio do período, multiplicado por 1.000
24. São medidas de frequência em estudos epidemiológicos:
- razão de chances, risco relativo e incidência
 - letalidade, razão de prevalência e taxa de ataque
 - taxa de incidência, proporção de sobrevivida e prevalência
 - incidência acumulada, taxa de incidência e risco atribuível populacional
25. O estudo epidemiológico em que o pesquisador manipula o fator de exposição, ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado de saúde, através da introdução de um esquema profilático ou terapêutico é o:
- estudo ecológico
 - estudo de coorte
 - estudo caso-controle
 - estudo de intervenção
26. "Doença viral, que é infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa e bastante comum na infância. O modo de transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas". A referida doença é:
- o sarampo
 - o botulismo
 - a influenza H1N1
 - a síndrome congênita por vírus Zika
27. A Portaria nº 1.378/2013 regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No âmbito dessa portaria, **NÃO** compete às secretarias municipais de saúde:
- participar do financiamento das ações de vigilância
 - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual
 - coordenar e alimentar os sistemas de informação de interesse da vigilância
 - enviar notificações à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre emergências em saúde pública

28. Nos últimos anos, foram declaradas algumas Emergências em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), como, por exemplo, a epidemia de ebola e a de síndrome congênita por vírus Zika. Os quatro critérios do Regulamento Sanitário Internacional para a notificação de potenciais ESPII à OMS são:
- (A) o impacto do evento sobre a saúde pública ser grave, o evento ser incomum ou inesperado, se houver risco significativo de propagação nacional, se o evento se configurar como um surto
 - (B) o impacto do evento sobre a saúde pública ser moderado ou grave, o evento for comum ou esperado, se houver risco significativo de propagação nacional, se houver risco significativo de restrições ao comércio ou viagens nacionais
 - (C) o impacto do evento sobre a saúde pública ser grave, o evento ser incomum ou inesperado, se houver risco significativo de propagação internacional, se houver risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais
 - (D) o impacto do evento sobre a saúde pública ser moderado ou grave, se o evento se configurar como um surto, se houver risco significativo de propagação internacional, se houver risco significativo de restrições ao comércio ou viagens nacionais
29. A doença de Chagas é uma antroponose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade. Apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. No Brasil, a epidemiologia da doença de Chagas foi alterada devido às ações de controle, mudanças ambientais, econômicas e sociais, além da maior concentração da população em áreas urbanas ocorrida nas últimas décadas no país. A forma mais eficiente de prevenção e controle dessa doença é:
- (A) o uso de preservativos
 - (B) o uso de agrotóxicos
 - (C) o controle do vetor
 - (D) a vacinação
30. No âmbito da saúde coletiva, o conceito que advoga critérios socioculturais que contribuam para a saúde de todas as pessoas, incluindo a acessibilidade a serviços de saúde, condições de trabalho, habitação, transportes de boa qualidade, alimentos nutritivos, não discriminação, acesso à informação, participação nas decisões, acesso a uma saúde diferenciada (indígenas e quilombolas) e estar livre de interferências (tratamento médico não consensual e experimental) é o de:
- (A) educação em saúde
 - (B) saúde da família
 - (C) direito à saúde
 - (D) saúde tropical
31. A área de gênero, sexualidade e direitos humanos vem ganhando força no campo da saúde coletiva, se mantendo presente em congressos e em disciplinas ensinadas nos cursos de graduação e pós-graduação na área. Sendo assim, a palavra "gênero" pode ser definida como:
- (A) construção social do sexo
 - (B) atividade sexual propriamente dita
 - (C) dimensão biológica e sexual da realidade humana
 - (D) caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos
32. **NÃO** é um princípio de ação do relatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, da OMS, ocorrida no Rio de Janeiro:
- (A) melhorar as condições de vida cotidianas
 - (B) acabar com todas as desigualdades e iniquidades existentes
 - (C) abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos nos níveis global, nacionais e locais
 - (D) desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde
33. **NÃO** são causas das iniquidades em saúde:
- (A) determinantes sociais da saúde
 - (B) qualidade de vida, acesso à cultura e segurança
 - (C) desemprego, habitação insalubre e meio ambiente degradado
 - (D) sistemas ineficientes para a prevenção e tratamento de doenças
34. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Essas informações são sobre a atenção:
- (A) básica
 - (B) secundária
 - (C) terciária
 - (D) de alta complexidade
35. A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB-SUS 01/93) formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. A principal característica dessa NOB foi a:
- (A) criação do Sistema Único de Saúde
 - (B) reativação da vigilância epidemiológica nacional
 - (C) centralização das ações de saúde para o nível federal
 - (D) descentralização das ações de saúde para os municípios
36. Em 1903, o então Presidente da República, Rodrigues Alves, nomeou o médico Oswaldo Cruz, recém-egresso do Instituto Pasteur, para a Diretoria-Geral de Saúde Pública. Sua tarefa era sanear o Rio de Janeiro, capital do país, e combater as principais epidemias que assolavam a cidade: febre amarela, peste bubônica e varíola. A campanha contra a febre amarela foi estruturada em moldes militares. Foram impostas medidas rigorosas: aplicação de multas, intimação aos proprietários de imóveis insalubres para reformá-los ou demoli-los, entre outras. Em 1904, o Rio de Janeiro sofreu uma grave epidemia de varíola. Em função disso, o governo enviou ao congresso um projeto de lei impondo a obrigatoriedade da:
- (A) assistência em saúde, o que causou a criação do SUS
 - (B) vacinação, o que causou a chamada "revolta da vacina"
 - (C) vigilância em saúde, o que causou a erradicação da varíola
 - (D) demolição de cortiços, o que causou a chamada "revolta dos cortiços"

37. A partir da promulgação da Lei nº 8.080/90, se deu a implantação do SUS no país. **NÃO** é uma implicação para a inserção do SUS como uma política de Estado:
- (A) a atuação integrada das três esferas de governo
 - (B) a responsabilidade pela situação de saúde ser apenas setorial
 - (C) a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas
 - (D) as políticas econômicas e sociais estarem orientadas para a eliminação de riscos para a saúde
38. Os dois modelos de atenção à saúde que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar no Brasil são, respectivamente:
- (A) global e local
 - (B) preventivo e coletivo
 - (C) hospitalocêntrico e ambiental
 - (D) médico hegemônico e sanitaria
39. As instâncias colegiadas de decisão incluídas na estrutura simplificada de suporte ao processo decisório da política de saúde no SUS são:
- (A) atenção básica, atenção secundária e atenção terciária
 - (B) gestores, esfera federal, esfera estadual e esfera municipal
 - (C) esfera federal, esfera estadual, esfera municipal e esfera distrital
 - (D) esfera internacional, esfera federal, esfera estadual e esfera municipal
40. Uma política social pode ser definida como:
- (A) uma transação entre antagonistas políticos que conciliam interesses diversos
 - (B) uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais do cidadão
 - (C) uma ação coletiva para proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana
 - (D) uma relação entre dois sujeitos na qual um impõe ao outro a própria vontade para obtenção de alguma vantagem