

ÁREA PROFISSIONAL

GESTÃO HOSPITALAR

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

INÍCIO DA PROVA:

- Se solicitado pelo fiscal, assine a Ata de Sala.
- **CONFIRA, SOMENTE DEPOIS DE AUTORIZADO O INÍCIO DA PROVA**, se este Caderno de Questões contém **16 páginas numeradas de questões**, num total de **40 questões**, sendo cada questão constituída de **5 alternativas**. Se houver algum problema, solicite ao fiscal a **IMEDIATA** substituição deste Caderno de Questões.
- Receba o **Cartão-Resposta**, CONFIRA se o NOME coincide com o seu e assine-o **IMEDIATAMENTE**.

DURANTE A PROVA:

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

FINAL DA PROVA:

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

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA:

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

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

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

QUESTÃO 01 – Desde a emergência da pandemia do novo coronavírus, diversos estudos e notícias vinculadas à grande mídia apontam para a centralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito do SUS foram realizados: expansão de leitos de UTI; criação de hospitais de campanha; compra de insumos; suporte da rede de urgência e emergência (como regulação, transporte por meio de ambulância e remoção pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); ações assistenciais e de prevenção e promoção pela Atenção Primária à Saúde; comunicação social em saúde; vigilância epidemiológica de casos e contatos; vigilância ambiental; vigilância em saúde do trabalhador; ações de vigilância sanitária em portos, aeroportos, fronteiras, instituições de longa permanência e outros.

O enunciado acima configura um exemplo de efetivação do seguinte princípio do SUS:

- (A) Integralidade
- (B) Equidade
- (C) Regionalização
- (D) Descentralização
- (E) Resolutividade

QUESTÃO 02 - Tendo como referência a obra “O que é o SUS?” de Paim (2015), analise as assertivas que versam sobre o desenvolvimento histórico da organização sanitária e das políticas públicas de saúde no Brasil e assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) Até a década de 1920 observa-se uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, que ocorre em países como os Estados Unidos.
- (B) Com a difusão da saúde como um direito em 1948 pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil passa a incorporar a saúde como direito social.
- (C) A partir de 1930 adota-se um sistema de saúde do tipo meritocrático, inicialmente para trabalhadores urbanos.
- (D) A análise do contexto atual aponta para a existência traços do modelo residual, de seguro social e de seguridade social.
- (E) O documento “A questão democrática na área da saúde” apresentado em 1979 no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados marca a proposição de criação de um sistema do tipo seguridade social.

QUESTÃO 03 - De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, podemos afirmar que:

- (A) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante o Sistema Único de Saúde, visando 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.
- (B) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante um sistema de saúde universal, equânime, integral, hierarquizado e regionalizado com foco nas ações de prevenção e promoção da saúde.
- (C) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas de saúde que visem à 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.
- (D) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à prevenção e promoção por meio de uma rede de serviços públicos de saúde, podendo a iniciativa privada participar de forma complementar.
- (E) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

QUESTÃO 04 - As dificuldades sanitárias das populações indígenas são questões recorrentes ao longo do processo histórico de desenvolvimento e organização da sociedade brasileira e a pandemia tem representado um desafio enorme para a preservação da saúde dos povos originários. A lei 8080/90 representa um marco institucional importante ao trazer em seu bojo um capítulo que versa sobre o subsistema de atenção à saúde indígena. Considerando a lei orgânica, leia as assertivas e assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) Caberá aos municípios, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que funcionará em perfeita integração com o SUS.
- (B) O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado e as instituições não-governamentais não poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.
- (C) Em situações emergenciais e de calamidade pública caberá a União assegurar o aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- (D) Diante da necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas, deverão os Estados garantir mecanismos de financiamento específico nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves.
- (E) O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que possui fonte de financiamento próprio a fim de assegurar que a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas sejam observadas.

QUESTÃO 05 - Vieira et al (2018) apontam que a implementação do SUS aconteceu de forma concomitante com a financeirização do orçamento público nacional, acompanhando de forte restrição nas políticas públicas da área social. Nos últimos anos, observa-se ainda o recrudescimento da corrente neoliberal e ascensão das políticas de austeridade fiscal. Com relação aos arrebatamentos dessa conjuntura sobre o sistema de saúde, os autores apontam que:

- (A) Observa-se redução dos indicadores e das concepções em torno da cobertura universal defendidos pelas agências internacionais e nacionais.
- (B) Identifica-se ao longo dos anos o aumento da participação da esfera federal no financiamento da saúde acompanhado de redução do papel dos estados e municípios.
- (C) Nota-se redução do cofinanciamento federal de planos privados de saúde para os trabalhadores dos setores público e privado, que estimula e fortalece o SUS.
- (D) Verifica-se aumento do estímulo a planos privados de saúde aliados à diminuição dos gastos públicos em saúde.
- (E) Constata-se o fortalecimento do pacto federativo e aumento da autonomia de estados e municípios diante dos gastos em saúde.

QUESTÃO 06 - De acordo com o Decreto 7508 de 2011 que regulamenta a Lei 8080/90, a rede de atenção à saúde é entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Com relação às redes de atenção à saúde, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) Os serviços de atenção primária, de atenção psicossocial, de atenção de urgência e emergência e especiais de acesso aberto são considerados portas de entrada nas redes de atenção.
- (B) Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas portas de entrada, considerando as características da Região de Saúde.
- (C) Caberá aos entes federativos pactuações que garantam a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, bem como a orientação e ordenação dos fluxos.
- (D) A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (E) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pelas portas de entrada e deverá ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico.

QUESTÃO 07 - Com relação à gestão participativa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde e trata-se de uma recomendação assentada na Conferência de Alma-Ata.
- (B) Trata-se de uma via importante para superação do autoritarismo, da corrupção, da injustiça e da centralização que marcavam o modelo de saúde da medicina previdenciária ao longo dos anos da ditadura.
- (C) A gestão participativa se materializa nas Conferências e Conselhos de Saúde, que são instâncias privilegiadas da participação social, que possuem caráter fiscalizatório, avaliativo, propositivo e deliberativo.
- (D) As instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do SUS contam com a representação de diversos segmentos sociais, sendo a representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais.
- (E) A participação social ancora-se no texto da Carta Magna e na Lei 8142/90, tendo como pressuposto a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadania.

QUESTÃO 08 - O Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, formado por cientistas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, da Fiocruz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto Dor de Pesquisa, analisou cerca de 30 mil casos de Covid-19 no Brasil e concluiu que a pandemia aprofundou as desigualdades brasileiras. Dados provenientes da pesquisa indicam:

- A taxa de mortalidade entre negros é de 55% e entre brancos é 38%.
- Indivíduos que não têm escolaridade apresentam taxas de mortalidade três vezes maiores (71%) em relação aos que têm nível superior (22,5%).
- Ao combinar raça e escolaridade é verificado o ápice da diferença: os negros analfabetos têm taxa de mortalidade de 80% e os brancos com nível superior 19%.

A análise dos dados revela a seguinte opção **CORRETA**:

- (A) A importância da equidade como princípio norteador para as políticas de saúde no Brasil.
- (B) A importância da caridade como princípio norteador para as políticas de saúde no Brasil.
- (C) A importância do assistencialismo como princípio norteador para as políticas de saúde no Brasil.
- (D) A importância da igualdade como princípio norteador para as políticas públicas de saúde no Brasil.
- (E) A importância da meritocracia como princípio norteador para as políticas de saúde no Brasil.

QUESTÃO 09 - A Constituição Federal e a Lei 8080/90 definem as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e apontam os princípios e diretrizes que regem esse sistema. Em relação a esses princípios e diretrizes é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) A epidemiologia deve ser usada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.
- (B) Os serviços públicos devem ser organizados de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- (C) Deve haver Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
- (D) A preservação da autonomia dos profissionais de saúde deve ocorrer em defesa da integridade física e moral.
- (E) As ações e serviços devem se organizar com base na descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

QUESTÃO 10 - Tendo como referência o artigo científico “Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana” de Borde et al (2015), analise as assertivas e assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) A abordagem dos determinantes sociais da saúde propagada pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde reforça uma visão descontextualizada das iniquidades sociais em saúde.
- (B) A abordagem dos determinantes sociais da saúde difundida pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde supera a noção de causalidade que impera na epidemiologia convencional.
- (C) A abordagem dos determinantes sociais da saúde presente na Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde reserva um papel estratégico à gestão pública redistributiva suficientes para uma transformação mais profunda.
- (D) A abordagem dos determinantes sociais da saúde concebida pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde reconhece a incompatibilidade de modos de vida saudáveis com o regime de acumulação capitalista.
- (E) A abordagem dos determinantes sociais da saúde contemplada pela Comissão dos Determinantes Sociais compreende as variáveis do contexto socioeconômico e político de forma concreta e intrínseca aos indivíduos e grupos sociais.

QUESTÃO 11 - Segundo Albuquerque (2013) apud Albuquerque e Viana (2015, p. 29), nos anos 2000, “a conformação de regiões e redes de saúde se tornaram estratégias da política nacional para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)...”.

O objetivo dessas estratégias seria:

- (A) assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia do direito à Saúde.
- (B) assegurar uma ação mais meritocrática do Estado na garantia do direito à Saúde.
- (C) assegurar uma ação mais meritocrática dos indivíduos na garantia do direito à Saúde.
- (D) assegurar uma ação mais meritocrática dos indivíduos na garantia dos deveres com o Estado e a Saúde.
- (E) assegurar uma ação mais eficaz do setor privado na garantia da oferta de serviços de Saúde.

QUESTÃO 12 - Albuquerque e Viana (2015, p. 30) informam que a organização de regiões de saúde e redes assistenciais segue “as regras constitucionais e o modelo federativo do País”. Sendo assim, “uma região de planejamento é um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos”.

Esta organização, segundo as autoras, está prevista:

- (A) na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990).
- (B) na Constituição Estaduais (pós-1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990).
- (C) na Constituição Estaduais (pós-1988) e na LDB (8.080/1990).
- (D) na Constituição Estaduais (pós-1988) e na LDB (9394/1996).
- (E) na Constituição Federal (1988) e na LDB (9394/1996).

QUESTÃO 13 - Segundo Albuquerque e Viana (2015, p. 32) “No Brasil, regiões e redes de saúde são organizadas pelo Estado e pelo mercado. Enquanto as redes enfatizam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica), a região tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos e conflituosos”.

O planejamento regional tem como função:

- (A) enfatizar o caráter privado e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (B) enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (C) enfatizar o caráter privado e focal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.
- (D) enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do mercado.
- (E) enfatizar o caráter privado e universal do direito à saúde, reforçando o papel do mercado.

QUESTÃO 14 - Barreto (2020, p. 25) registra que IBGE (2018) informa que “no último censo realizado em 2010 o Brasil possuía cerca de 24 mil pessoas com mais de cem anos. Esse aumento da longevidade dos brasileiros traz consigo uma série de desafios, principalmente a dinâmica de gastos com saúde”. A autora informa ainda que de acordo com FIOCRUZ (2019) a “expectativa de vida é um indicador fundamental para estabelecer parâmetros para políticas públicas de saúde e bem-estar social. O uso desse indicador deveria subsidiar a melhor alocação dos recursos de acordo com a demanda de cada faixa etária”.

A expectativa de vida é definida da seguinte forma:

- (A) a expectativa de vida de uma população é definida como o número máximo de anos de vida esperados para os recém-nascidos, para uma dada taxa de natalidade da população residente em um determinado território.
- (B) a expectativa de vida de uma população é definida como o número médio de anos de vida esperados para os recém-nascidos, para uma dada taxa de mortalidade da população residente em um determinado território.
- (C) a expectativa de vida de uma população é definida como o número de pessoas com mais de anos, para uma dada taxa de natalidade da população residente em um determinado território.
- (D) a expectativa de vida de uma população é definida como o número mínimo de anos de vida esperados para os recém-nascidos, para uma dada taxa de mortalidade da população residente em um determinado território.
- (E) a expectativa de vida de uma população é definida como o número de pessoas com mais de anos, para uma dada taxa de mortalidade da população residente em um determinado território.

QUESTÃO 15 - Para Costa (2017, p. 1066) a vocalização das ideias de ajuste fiscal e controle do gasto público tem conquistado um espaço extraordinário no cenário da crise política que afeta a democracia brasileira...”. Ainda segundo o autor os “formuladores da agenda da austeridade têm defendido o financiamento de um pacote básico na saúde, recolocando em pauta agenda da década de 1990”, que seria uma agenda:

- (A) de focalização restrita da intervenção governamental na área social.
- (B) de focalização restrita da intervenção governamental na área social e nos mercados.
- (C) de focalização irrestrita da intervenção governamental na área social.
- (D) de universalização irrestrita da intervenção governamental na área social.
- (E) de universalização restrita da intervenção governamental na área social.

QUESTÃO 16 - Costa (2017, p. 1066) recorre a Arrow (1963) para mostrar que a demanda por serviços de saúde é:

- (A) previsível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (B) previsível, exatamente como a demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (C) imprevisível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (D) imprevisível, exatamente como a demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados.
- (E) previsível, ao contrário da demanda de mercadorias suntuárias, como comida e vestuário ou outros bens de Giffen.

QUESTÃO 17 - Para Costa (2017, p. 1066) inspirado em Arrow (1963) a “oferta de assistência à saúde também apresenta diferenças significativas em relação aos produtos tradicionais”. Um desses aspectos seria a “elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica”. Por isso, para Arrow, é:

- (A) preciso destacar que o comportamento médico é sempre orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade e não pode ser influenciado pela busca de renda, sem reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- (B) preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, não pode ser influenciado pela busca de renda, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- (C) preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, não pode ser influenciado pela busca de renda, com reflexos pouco importantes para a efetividade do tratamento.
- (D) preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, pode ser influenciado pela busca de renda, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.
- (E) preciso destacar que o comportamento médico, nunca é orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, e sempre pode ser influenciado pela busca de renda, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento.

QUESTÃO 18 - ARROW (1963) apud Costa (2017, 1066), ao discutir as condições de oferta dos serviços de Saúde entende que:

- (A) o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional; no entanto, o paciente possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (B) o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional; no entanto, o paciente possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento, em função de um maior acesso de informações com o advento da internet.
- (C) o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é induzido pela decisão profissional; no entanto, o paciente possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento, em função de um maior acesso de informações com o advento da internet.
- (D) o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por decisão profissional, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento.
- (E) o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é induzido pela decisão profissional, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento, todavia o paciente possui controles marginais (incrementais).

QUESTÃO 19 - Segundo Costa (2017, p. 1066) a “existência de um mercado de serviços de saúde não regulado ou regulado de modo incompleto pelo governo” favoreceria:

- (A) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro público; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.
- (B) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro público; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso indireto das famílias.
- (C) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso indireto das famílias.
- (D) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a irupção do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso indireto das famílias.
- (E) (1) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.

QUESTÃO 20 - “Os problemas associados à desregulação da assistência à saúde não são (...) de modo algum triviais. Em relação ao seguro de saúde privado, as empresas de planos de saúde e companhias de seguro estão orientadas pelo alcance de rentabilidade” (Costa, p. 1066). Em função disso o custo do prêmio do seguro tem que ser:

- (A) menor que o custo efetivo com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar.
- (B) igual ao custo efetivo com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar.
- (C) maior que os custos de “Halsen” com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar.
- (D) menor que os custos de “Halsen” com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar.
- (E) maior que o custo efetivo com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar.

QUESTÃO 21 - Para Costa (2017, p. 1067) em função “das limitações das opções de mercado, as sociedades democráticas adotaram o financiamento público para os serviços de saúde”. Para o autor o objetivo da adoção desta prática é:

- (A) provocar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (B) procrastinar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (C) estimular a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.
- (D) evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante, como meio de estimular a meritocracia e eficiência na sociedade.
- (E) evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante.

QUESTÃO 22 - Segundo Costa (2017, p. 1067) a “construção dos sistemas públicos de ‘welfare’ no pós-guerra, as crises e as reformas nos anos 1990 produziram vasta bibliografia comparada sobre os sistemas nacionais de saúde no contexto dos regimes de proteção...”. Ainda segundo o autor a literatura identifica dois tipos ideais de regime de financiamento governamental. São eles:

- (A) O primeiro é o baseado na ideia de dever universal, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde público.
- (B) O primeiro é o baseado na ideia de dever universal, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde privado.
- (C) O primeiro é o baseado na ideia de direito universal, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde privado.
- (D) O primeiro é o baseado na ideia de direito universal, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde público.
- (E) O primeiro é o baseado na ideia de direito quântico, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde público.

QUESTÃO 23 - Para Costa (2017, p. 1067) os “países com regimes de proteção social instituídos financiam os serviços de saúde utilizando a coordenação do governo (...) este é o modelo adotado nas economias centrais onde o acesso aos serviços de saúde:

- (A) é limitado a uma cesta de saúde básica e restrito às intervenções preventivas e de baixa complexidade.
- (B) é limitado a uma cesta de saúde básica, mas não restrito às intervenções preventivas e de baixa complexidade.
- (C) não é limitado a uma cesta de saúde básica e restrito às intervenções preventivas e de baixa complexidade.
- (D) não é limitado a uma cesta de básica de alimentos e restrito às intervenções preventivas e de baixa complexidade.
- (E) é limitado a uma cesta de saúde básica, irrestrito às intervenções preventivas e de baixa complexidade, seguindo as recomendações do Concílio de Trento.

QUESTÃO 24 - De acordo com Costa (2017, p. 1067) o “regime de proteção social baseado no seguro saúde (...) apresenta ampla intervenção governamental, sendo adotado nos países continentais ricos da Europa. Este arranjo é fundado no pacto corporativo (...), em que os trabalhadores e os servidores públicos são protegidos pelo governo nacional das práticas liberais na assistência à saúde por meio das instituições do seguro social”. Ainda segundo o autor a fonte de recursos para o financiamento deste tipo de seguro é:

- (A) a contribuição financeira de fundos provenientes de loterias públicas.
- (B) a contribuição financeira de empregadores, empregados e governos para entidades paraestatais gestoras do seguro social.
- (C) a contribuição financeira exclusiva de empregados para entidades paraestatais gestoras do seguro social.
- (D) a contribuição financeira de empregadores, empregados e governos para entidades tipicamente privadas, o que garante a eficiência do sistema.
- (E) a contribuição financeira de contribuições voluntárias do setor privado para entidades paraestatais gestoras do seguro social.

QUESTÃO 25 - Para Costa (2017, p. 1067) quando “o seguro social foi implantado nos países de renda média, o acesso à assistência à saúde deu-se de forma altamente estratificada em razão da informalidade do mercado de trabalho. Nestas sociedades, os trabalhadores com emprego formal detêm a exclusividade na utilização dos serviços de saúde providos pelo seguro social...”. Nestes casos:

- (A) a população do setor informal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e focais. O exemplo do México é paradigmático.
- (B) a população do setor formal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e focais. O exemplo do México é paradigmático.
- (C) a população do setor informal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e focais. O exemplo do País de Gales é paradigmático.
- (D) a população do setor formal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e focais. O exemplo do País de Gales é paradigmático.
- (E) a população do setor informal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e universais. O exemplo do México é paradigmático.

QUESTÃO 26 - De acordo com Costa (2017, p. 1069) a “atuação do governo brasileiro no financiamento da saúde apresenta (...) características federativas (...). Marque a opção **CORRETA**:

- (A) (1) a incorporação nas decisões do governo central dos interesses originados territorialmente; (2) a grande quantidade e a alta heterogeneidade de atores com vocalização de ideias e interesses regionais e locais; (3) jurisdições governamentais que compartilham responsabilidade de formação e implantação da política de saúde; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo.
- (B) (1) a incorporação nas decisões do governo central dos interesses originados territorialmente; (2) a pequena quantidade e a alta heterogeneidade de atores com vocalização de ideias e interesses regionais e locais; (3) jurisdições governamentais que compartilham responsabilidade de formação e implantação da política de saúde; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo.
- (C) (1) a incorporação nas decisões do governo central dos interesses originados territorialmente; (2) a pequena quantidade e a alta heterogeneidade de atores com vocalização de ideias e interesses regionais e locais; (3) jurisdições governamentais que compartilham informações confidenciais anti-corrupção; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo.
- (D) (1) a incorporação nas decisões dos governos locais dos interesses originados territorialmente; (2) a grande quantidade e a alta homogeneidade de atores com vocalização de ideias e interesses regionais e locais; (3) jurisdições governamentais que compartilham responsabilidade de formação e implantação da política de saúde; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo.
- (E) (1) a incorporação das decisões do governo central; (2) a pequena quantidade de atores; (3) jurisdições governamentais; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo.

QUESTÃO 27 - De acordo com Costa (2017, p. 1071) “o financiamento governamental focalizado e centralizado no governo federal – produtor de escassez de leitos e de serviços especializados – explica porque a população brasileira escolhe preferencialmente a saída do SUS sempre que consegue uma mudança na posição na estrutura de renda. A mobilidade social possibilitada pelo crescimento econômico do país, entre os anos 2003-2011(...) provocou o aumento substancial no número de segurados, constituído pelos novos trabalhadores do mercado formal de trabalho que mudaram de estrato de renda...”.

Esta mudança seria compreensível, segundo o autor, porque:

- (A) o setor de seguro privado tem uma oferta de serviços especializados e de exames menor do que a do setor público e a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde reduz a exposição ao racionamento observado no setor público.
- (B) o setor de seguro privado tem uma oferta de serviços especializados e de exames menor do que a do setor público e a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde amplia a exposição ao racionamento observado no setor público.
- (C) o setor de seguro privado tem uma oferta de serviços especializados e de exames maior do que a do setor público e a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde amplia a exposição ao racionamento observado no setor público.
- (D) o setor de seguro público tem uma oferta de serviços especializados e de exames maior do que a do setor privado e a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde amplia a exposição ao racionamento observado no setor público.
- (E) o setor de seguro privado tem uma oferta de serviços especializados e de exames maior do que a do setor público e a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde reduz a exposição ao racionamento observado no setor público.

QUESTÃO 28 - Paim et al (2011) citados por Costa (2017, p. 1072) afirmam “que o setor saúde tornou-se predominantemente privado no Brasil” e segundo Costa (2017, p. 1072) é “aceitável a tese de que o SUS foi resultado de um processo de mobilização democrática. No entanto, os vários mecanismos de participação criados pela reforma sanitária não impediram a consolidação de arranjo institucional privatista...”.

Para o autor, outros pesquisadores “já aceitam a desconfortável ideia de que o setor saúde brasileiro é iníquo e regressivo sob o ponto de vista das despesas das famílias pela relevância”:

- (A) do discurso neoliberal.
- (B) do desembolso direto.
- (C) pela ineficiência do Estado.
- (D) do desembolso indireto.
- (E) da corrupção.

QUESTÃO 29 - Segundo Costa (2017, p. 1072) o setor saúde brasileiro seria “muito singular quando comparado com aos países emergentes” e isto se daria:

- (A) pela importante participação de seguro privado de assistência à saúde e pela magnitude do desembolso direto na sua configuração.
- (B) pela pouca participação de seguro privado de assistência à saúde e pela magnitude do desembolso direto na sua configuração.
- (C) pela pouca participação de seguro privado de assistência à saúde e pela reduzida magnitude do desembolso direto na sua configuração.
- (D) pela importante participação de seguro privado de assistência à saúde e pela reduzida magnitude do desembolso direto na sua configuração.
- (E) pela importante participação de seguro público de assistência à saúde e pela reduzida magnitude do desembolso direto na sua configuração.

QUESTÃO 30 - Assinale a alternativa que completa corretamente a frase:

Costa (2017, p.1072) conclui em seu estudo que a “evidência sobre a fila de espera comprova que a população está desassistida na área da saúde a despeito da orientação institucional para a universalização e a gratuidade dos serviços no Brasil”. Neste sentido, não restariam dúvidas “de que a combinação da focalização da atenção primária nos estratos mais pobres com a prática da seleção de risco dos planos e seguros de saúde impõe”...

- (A) o bônus do desembolso direto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- (B) o bônus do desembolso indireto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- (C) o ônus do desembolso direto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- (D) o bônus do desembolso indireto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em poucos níveis de complexidade.
- (E) o ônus do reembolso direto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

QUESTÃO 31 - Nero (1995 p. 17 in IPEA, 1995) afirma que no “Brasil, assim como em outros países de economia semelhante, o mosaico de serviços de saúde que a população encontra está distorcido por uma série de razões...” Dentre algumas levantadas pelo autor estariam as seguintes:

- (A) os serviços correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual; em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; e o uso excessivo e a venda liberal de medicamentos.
- (B) os serviços não correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é extremamente equilibrada; em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; e o uso excessivo e a venda liberal de medicamentos.
- (C) os serviços não correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual; em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; e o uso excessivo e a venda liberal de medicamentos.
- (D) os serviços não correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual; em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; e o uso equilibrado venda de medicamentos.
- (E) os serviços correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é desigual; em todas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; e o uso excessivo e a venda liberal de medicamentos.

QUESTÃO 32 - Segundo Weiss e Kehrig (2016, p. 8) as “limitações das abordagens próprias de uma teoria geral da Administração, embora tratadas com rigor científico e explicativo por autores como Motta e Vasconcellos (2010), são insuficientes e não adequadas a formação do profissional Sanitarista. O papel do gestor de um sistema universal de saúde e de proteção dos direitos sociais, que política e paradoxalmente atua no contexto neoliberal do desenvolvimento brasileiro desde a década de 1980 (DRAIBE, 2011; COHN, 2006), implica uma importante aproximação ao pensamento crítico na grade curricular das teorias organizacionais para pautar o aprendizado de uma administração voltada para as transformações sociais e mudanças organizacionais no seu campo de práticas”. As autoras se apoiam ainda em Santos et al. (2009) para afirmar que a gestão como objeto da administração tem o propósito de:

- (A) desorganizar as relações sociais de produção e distribuição, implicando em esforços intelectuais no campo da administração política, como por exemplo na análise das categorias temporalidade e continuidade administrativa que muito bem se aplica às transformações dos serviços de saúde.
- (B) desorganizar as relações sociais de produção e distribuição, implicando em esforços intelectuais no campo da administração política, como por exemplo na análise das categorias intempestividade e continuidade administrativa.
- (C) desorganizar as relações sociais de produção e distribuição, implicando em esforços intelectuais no campo da administração política, como por exemplo na análise das categorias intempestividade e descontinuidade administrativa que muito bem se aplica às transformações dos serviços de saúde.
- (D) organizar as relações sociais de produção e distribuição, implicando em esforços intelectuais no campo da administração política, como por exemplo na análise das categorias temporalidade e continuidade administrativa que muito bem se aplica às transformações dos serviços de saúde.
- (E) organizar as relações sociais de produção e distribuição, implicando em esforços intelectuais no campo da administração política, como por exemplo na análise das categorias intempestividade e continuidade administrativa que muito bem se aplica às transformações dos serviços de saúde.

QUESTÃO 33 - Nunes et al (2018, p. 126) registram que o “mercado de saúde apresenta algumas particularidades que o diferenciam do chamado mercado perfeito. A literatura a respeito das imperfeições do mercado de saúde é vasta. As especificidades da saúde são reconhecidas há muito tempo.”. Ainda segundo os autores as principais diferenças da assistência médica em relação à análise econômica tradicional seriam:

- (A) (i) a natureza regular e imprevisível da demanda, (ii) a não identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a certeza em relação ao produto, (iv) a mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda.
- (B) (i) a natureza irregular e imprevisível da demanda, (ii) a total identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a incerteza em relação ao produto, (iv) a não mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda e (vi) a presença de indivisibilidade.
- (C) (i) a natureza regular e imprevisível da demanda, (ii) a total identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a incerteza em relação ao produto, (iv) a não mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda e (vi) a presença de indivisibilidade.
- (D) (i) a natureza regular e previsível da demanda, (ii) a total identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a incerteza em relação ao produto, (iv) a não mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda e (vi) a presença de indivisibilidade.
- (E) (i) a natureza regular e imprevisível da demanda, (ii) a parcial identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a incerteza em relação ao produto, (iv) a mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda e (vi) a presença de indivisibilidade.

QUESTÃO 34 - Segundo Nunes et al (2018, p. 126/127) o ambiente de mercado da saúde possui quatro características que o diferenciariam dos demais. Essas características são:

- A** (i) a inexistência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública, (ii) a dissociação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, e (iii) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos.
- B** (i) a inexistência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública, (ii) a dissociação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, e (iii) a ausência de produtos e equipamentos com elevados gastos.
- C** (i) a existência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública reconhecida, (ii) a associação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, (iii) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos, e (iv) a presença de externalidades difusas, quando o consumo médio pela sociedade tem um impacto direto no bem-estar de cada indivíduo.
- D** (i) a existência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública reconhecida, (ii) a dissociação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, (iii) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos, e (iv) a presença de externalidades difusas, quando o consumo médio pela sociedade tem um impacto direto no bem-estar de cada indivíduo, como as vacinas.
- E** (i) a inexistência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública reconhecida, (ii) a associação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, (iii) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos, e (iv) a ausência de externalidades difusas, quando o consumo médio pela sociedade tem um impacto direto no bem-estar de cada indivíduo, como as vacinas.

QUESTÃO 35 - Para Nunes et al (2018, p. 132) a “incapacidade do consumidor de tomar decisões racionais acerca de sua demanda por serviços de saúde pode ser entendida como falha de mercado e pode ser equacionada com melhores informações ao consumidor e, conseqüentemente, com melhor qualidade dos produtos ofertados.”. Essa incapacidade ocorre de três formas, a saber:

- A** (i) total incapacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade limitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade total de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.
- B** (i) total capacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade limitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade total de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.
- C** (i) total capacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade ilimitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade total de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.
- D** (i) total capacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade ilimitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade parcial de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.
- E** (i) total incapacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade ilimitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade parcial de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.

