

1ª Parte – Português

Observe o texto abaixo. Ele servirá de base para as questões **01** e **02**.

Meu avô foi um belo retrato do malandro carioca

Este texto é sobre ninguém. Meu avô não foi ninguém. No entanto, que grande homem ele foi para mim. Meu pai era severo e triste, mal o via, chegava de aviões de guerra e nem me olhava. Meu avô, não. Me pegava pela mão e me levava para o Jôquei, para ver os cavalinhos. Foi uma figura masculina carinhosa em minha vida. (...)

Meu avô adorava a vida e usava sempre o adjetivo “esplêndido”, tão lindo e estrelado. A laranja chupada na feira estava “esplêndida”, a jabuticaba, a manga-carlotinha, tudo era “esplêndido” para ele, pobrezinho, que nunca viu nada; sua única viagem foi de trem a Curitiba, de onde trouxe mudas de pinheiros. “Esplêndidas...” (...)

Meu avô não era ninguém. Mas nunca houve ninguém como ele.

JABOR, Arnaldo. *Amor é prosa, sexo é poesia. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004. P 23 – 27. (fragmento)*

01. Julgue as premissas conforme o texto dado.

- I. A palavra *ninguém* é usada quase sempre no texto para caracterizar a figura do avô, exercendo papel de adjetivo e conotando a idéia de que não seria o avô uma figura reconhecida na sociedade.
- II. Na frase: “*Mas nunca houve ninguém como ele.*”, o termo *ninguém* assume seu papel de pronome indefinido significando “pessoa alguma”.
- III. Na oração: “*Meu avô não era ninguém*”, o termo *ninguém* tem função sintática de predicativo.
- IV. Na frase: “*Mas nunca houve ninguém como ele.*”, o termo *ninguém* assume função sintática de complemento verbal.

- a) Apenas I é verdadeira.
- b) Apenas II é verdadeira.
- c) Apenas III é verdadeira.
- d) Apenas IV é verdadeira.
- e) Todas são verdadeiras.

02. Na oração: “*No entanto, que grande homem ele foi para mim.*”, o pronome que exerce função sintática de:

- a) Partícula de realce.
- b) Conjunção subordinativa.
- c) Pronome relativo.
- d) Pronome interrogativo.
- e) Conjunção sindética.

03. Observe o trecho da música *À primeira vista*, de Chico César.

*Quando não tinha nada eu quis
Quando tudo era ausência esperei
Quando tive frio tremi
Quando tive coragem liguei*

*Quando chegou carta abri
Quando ouvi Prince dancei
Quando o olho brilhou entendi
Quando criei asas voei
(...)*

Na letra da música observamos recorrentemente o uso de uma mesma estrutura sintática:

- a) Uma oração subordinada adverbial final.
- b) Uma oração subordinada adverbial causal.
- c) Uma oração subordinada adverbial consecutiva.
- d) Uma oração subordinada adverbial temporal.
- e) Uma oração subordinada adverbial concessiva.

04. “*Deve-se observar que é freqüente, na fala e nos textos escritos informais, a ocorrência da próclise, quando se trata de português do Brasil.*” A exemplo do exposto temos:

- a) “*Dê-me um museu e eu o encherei*” (Pablo Picasso).
- b) “*Deixa disso camarada
Me dá um cigarro.*” (Oswald de Andrade)
- c) “*Partimo-nos assim do santo templo*” (Camões)
- d) “*Dê-me um cigarro
Diz a Gramática*” (Oswald de Andrade)
- e) “*Certifico-te, ó Rei, que se contemplo
Como fui destas praias apartado*” (Camões)

O texto a seguir é referência para responder as questões **05** e **06**.

Seis meses: um balanço

Amanhã se completam seis meses desde que o Jornal da Tarde passou a castigar seus eleitores três vezes por semana com a publicação de uma coluna chamada “Xongas”. Nela um sujeito de nome Ricardo Freire, que não se sabe de onde veio – consta que trabalha com publicidade, ou que escreve sobre viagem, ou, pior ainda, que faz as duas coisas – usa o espaço privilegiado de um caderno cultural para difundir estapafurdices ao vento. Já em sua ‘crônica’ de estréia, dia 10 de abril, o Sr. Freire disse com todas as letras a que vinha. Sob o título pseudoengajado “Manifesto Xongas”, ele confessou ser “um sujeito que não entende xongas de nada, escrevendo xongas de tudo.”

FREIRE, Ricardo. *The Best of Xongas*. São Paulo: Mandarim, 2001.

05. Sobre o texto julgue as premissas:

- I. O texto foi escrito por Ricardo Freire na coluna *Xongas*.
 - II. Considerando o título e a autoria, causa estranhamento o conteúdo do texto.
 - III. Em diversos momentos se usa aspas ao longo do texto, mas em todos com a intenção de destacar nomes próprios.
 - IV. As aspas usadas no termo crônica, em “*Já em sua ‘crônica’ de estréia*”, têm um tom pejorativo, como que questionasse a qualidade do texto.
- a) Apenas I é falsa.
 - b) Apenas II é falsa.
 - c) Apenas III é falsa.
 - d) Apenas IV é falsa.
 - e) Todas são falsas.

06. O texto é construído de modo que “aquilo que se diz” e “aquilo que fica subtendido” constituem uma relação de:

- a) Concessão
- b) Conseqüência
- c) Causa
- d) Soma
- e) Tempo

07. Observe o texto abaixo:

Ponto final
Eu: ponto de observação.
Eu: ponto de interrogação.
Eu, ponto.

Discurso
Sem conclusão.
SANTANA, Afonso. Poesia reunida, 2004.

Na tentativa de tentar se definir, o eu lírico, faz uso de:

- a) Metonímias
- b) Antíteses
- c) Personificação
- d) Metáfora
- e) Pleonasma

08. Leia o texto:

A vírgula maldita

(...) Uma vírgula esquecida ou mal usada afeta o sentido da frase. A maldita pode mudar o sentido ou deixar as frases sem sentido. Observe a importância da vírgula no exemplo abaixo:

“Os técnicos foram à reunião acompanhados da secretária do diretor e de um coordenador.” (...)

Se usarmos uma vírgula mudaremos o sentido da frase. (...)

SILVA, Sérgio Nogueira Duarte da. Língua viva II, 1999.

Qual das orações abaixo teria seu sentido comprometido ou alterado em função do uso da vírgula?

- I. A irmã de Janete que é professora chega de viagem esta tarde.
 - II. Estamos todos prontos conforme o combinado.
 - III. As frutas que estavam maduras caíram no chão.
 - IV. Cheguei peguei o livro e saí correndo.
- a) I e II.
 - b) I e III.
 - c) II e III.
 - d) III e IV.
 - e) I e IV.

Tome o texto seguinte como base para as questões 09 e 10.

Pessoas saudáveis que tomam antidepressivo ficam menos irritadas

Um estudo feito na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) concluiu que tomar baixas doses de antidepressivos altera o humor de pessoas saudáveis. Elas se irritam menos e ganham mais tolerância e eficiência.

A pesquisa analisou 120 voluntários rigorosamente saudáveis – eles não poderiam ter pais, irmãos, avós, tios ou primos com nenhum sintoma de doença psiquiátrica. Por 12 semanas eles tomaram aleatoriamente duas pílulas. Uma continha 40 miligramas de antidepressivos – doentes usam doses a partir de 75 mg – e a outra não tinha nenhum princípio ativo. Depois, especialistas analisaram as mudanças em diversas áreas da saúde mental e física – agressividade, personalidade, sono, alimentação e o cérebro.

Nas semanas em que tomaram os medicamentos, cerca de 30% dos voluntários apresentaram sensíveis melhoras no humor. Eles passaram a se irritar menos e tolerar mais as situações adversas. Além disso, passaram a prestar mais atenção em suas tarefas diárias. No trabalho, eles ficaram menos aflitos com as exigências simultâneas e erraram menos. Nas semanas em que não tomaram os remédios, não relataram mudanças.

Entre os efeitos colaterais da medicação estavam sono picado – os pacientes passaram mais momentos da noite com sono leve – e aumento ou diminuição do apetite. Esses efeitos aconteciam com todos os pacientes que passaram pelo tratamento.

Os pesquisadores não sabem explicar por que os remédios causaram essas mudanças, nem por que as alterações aconteceram somente com um terço dos voluntários. Essas pessoas eram menos medrosas, irritadas e impulsivas e mais resilientes – aceitavam com mais facilidade e resignação os problemas da vida.

Disponível em:

<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesauade/ultnot/2009/10/23/pessoas-saudaveis-que-tomam-antidepressivo-ficam-menos-irritadas.jhtm>

09. Pode-se absorver do texto a seguinte informação:

- a) Os voluntários foram submetidos a 75mg de medicação antidepressiva por um período de 12 semanas.
- b) Entre os efeitos positivos esperados da medicação estavam sono picado e aumento ou diminuição de apetite, mas só aconteceram em 1/3 dos pacientes.
- c) Na oração: “*Os pesquisadores não sabem explicar por que os remédios causaram essas mudanças*” não está claro se as mudanças são as positivas ou os efeitos colaterais.
- d) Apenas 1/3 dos pacientes saudáveis submetidos ao tratamento apresentaram mudanças no temperamento e comportamento.
- e) Nenhuma das opções.

10. Em: “*Essas pessoas eram menos medrosas, irritadas e impulsivas e mais resilientes – aceitavam com mais facilidade e resignação os problemas da vida*” o termo resilientes significa:

- a) Elasticidade física
- b) Flexibilidade
- c) Teimosia
- d) Ignorância
- e) NDR

2ª Parte – Sistema Único de Saúde – SUS

11. Referente a doenças sexualmente transmissíveis é INCORRETO afirmar:

- a) Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos, 10 a 12 milhões destes casos no Brasil. Outros tantos milhões de DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo papilomavirus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV ocorrem anualmente (WHO 2005).
- b) Dentre mulheres com infecções não tratadas por gonorréia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 90% se tornarão inférteis.
- c) Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3 a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).
- d) Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (Gutman 1999).
- e) Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade. Outras conseqüências associadas ao HPV incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus.

12. Referente ao atendimento ao paciente com DST em nível de atenção básica é INCORRETO afirmar:

- a) O tempo de espera deverá ser o menor possível, devendo ser aproveitado para realização de ações de educação em saúde individual apenas para se evitar constrangimento, esta última através de vídeos educativos, abordagens de questões de cidadania, entre outras.
- b) A anamnese do paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem se constituir nos principais elementos diagnósticos das DST.
- c) O atendimento do paciente com DST visa curar as infecções possíveis, cessar os sintomas, colaborando para evitar as complicações advindas da(s) DST e interromper a cadeia de transmissão.
- d) Uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção, quando necessários.
- e) Os exames laboratoriais devem ser colhidos na mesma oportunidade, sempre que possível, mas a conduta não deve ser postergada aguardando seus resultados. Os exames laboratoriais, quando realizados, vão confirmar a adequação dos tratamentos prescritos, contribuir na vigilância do perfil etiológico das diferentes síndromes clínicas e da sensibilidade aos medicamentos preconizados.

13. Referente ao histórico do SUS é INCORRETO afirmar:

- a) O Sistema Único de Saúde-SUS é resultado de uma luta que teve início nos anos 80 e foi chamada Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Partindo do princípio de que a defesa da saúde é a defesa da própria vida, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira insistia em que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda a população. Dele participaram profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares, dando ao SUS o privilégio de ser uma conquista da sociedade brasileira, que os parlamentares da Assembléia Constituinte transformaram em lei.
- b) O sistema de saúde vigente até a promulgação da Constituição de 1988 só garantia o atendimento aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. Naquela época, a assistência pública à saúde era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o extinto INAMPS. Aqueles que não eram trabalhadores assalariados, mas podiam pagar, eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação, pagavam também pelo atendimento hospitalar. Para aqueles que não faziam parte destes grupos, ou seja, para os pobres e excluídos do mercado de trabalho restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários.
- c) O SUS é então criado com o firme propósito de alterar esta situação de desigualdade na assistência à saúde da população, universalizando o acesso ao atendimento - tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

- d) Ao definir o Sistema Único de Saúde diz a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.
- e) O Sistema Único de Saúde é um sistema público, ou seja, destinado à toda a população e financiado com recursos arrecadados através dos impostos que são pagos pela população. Fazem parte deste sistema os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros e também fundações e institutos de pesquisa, como por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz.

14. Segundo a Lei 8142/90, Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I. Fundo de Saúde.
- II. Conselho de Saúde, sem composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990.
- III. Plano de saúde.
- IV. Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- V. Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.
- VI. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de um ano para sua implantação.

Estão CORRETAS:

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

15. São ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, EXCETO:

- a) Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global: com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais.
- b) Mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres; articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao

conseqüente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda.

- c) Promover educação alimentar nos meios rurais, incentivando e elaborando meios de plantio orgânicos.
- d) Firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil; articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrízes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas.
- e) Articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

16. São ações da Política Nacional de Promoção da Saúde para Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas:

- I. Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências.
- II. Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.
- III. Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da "direção alcoolizada".
- IV. Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.
- V. Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências.
- VI. Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Estão CORRETAS:

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

17. Sobre conhecimento do SUS é INCORRETO afirmar:

- O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.
- A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.
- Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.
- A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.
- O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público e privado a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

18. A fórmula abaixo indica:

$$\frac{\text{Números de casos confirmados existentes na população residente} \times 10.000}{\text{População total residente na mesma data}}$$

- Incidência de doenças transmissíveis.
- Taxa de incidência de doenças.
- Taxa de prevalência de doenças.
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por causa ou grupo de causas.
- Incidência geral de morbidade.

19. São Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família no controle do INFLUENZA A (H1N1), EXCETO:

- Participar do planejamento, gerenciamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas por sua equipe na prevenção, atenção e acompanhamento dos casos de gripe A.
- Enviar ao setor competente as informações epidemiológicas referentes aos casos da área de atuação da UBS.
- Planejar e desenvolver ações de educação popular para os cidadãos de sua área de abrangência e os que não moram na área adstrita à UBS, mas que se deslocam frequentemente até ela, sobre os riscos, medidas de prevenção, sinais e sintomas da gripe A.
- Planejar e desenvolver ações para estimular a vigilância e o cuidado solidário entre a comunidade, capacitando cuidadores e multiplicadores.
- Ter postura proativa, identificando grupos e comportamentos de risco na comunidade.

20. Referente à incidência de tuberculose é INCORRETO afirmar:

- Casos novos passaram de 82.934, em 1999, para 70.379, em 2008. Dados positivos incluem a expansão do tratamento supervisionado e da realização de teste de HIV.
- Um balanço do Ministério da Saúde sobre a incidência de casos novos de tuberculose mostra queda na taxa de detecção da doença no País, que passou de 51,44 por cada grupo de 100 mil habitantes, em 1999, para 37,12, em 2008. Dado, divulgado no dia 31 de agosto, no Rio de Janeiro, representa uma redução de 27,58% em 10 anos. Em números absolutos, o Brasil registrou 82.934 novos casos no final da década passada, contra 70.379 no ano passado.
- Com a queda nas notificações de pessoas infectadas pelo bacilo de Koch, que causa a doença, a taxa de mortalidade também caiu, sendo reduzida de 3,62 para 2,38 por 100 mil habitantes, correspondendo a uma diminuição de 34,25%, entre 1999 e 2007.
- O Ministério da Saúde constatou o aumento percentual de exames de detecção de HIV em pacientes com diagnóstico positivo para a tuberculose, entre 2001 e 2008. No início da década o percentual de casos novos da doença que fazia teste de HIV era de 15,8%. Em 2008, o percentual subiu para 25,2% dos casos novos.
- Em 1993, a OMS declarou a tuberculose como uma emergência global.

3ª Parte – Conhecimentos Específicos

21. Referente ao controle das doenças transmissíveis é INCORRETO afirmar:

- O controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que, atuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão, sejam capazes de vir a interrompê-la. Entretanto, a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores desconhecidos ou que podem ter se modificado no momento em que se desencadeia a ação. Assim sendo, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas (terapêuticas, fisiopatogênicas ou epidemiológicas), seja pela observação sistemática do comportamento dos procedimentos de prevenção e controle estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do seu aprimoramento.
- A conceituação de vigilância epidemiológica significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva.

- c) Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças - como a malária e a varíola – a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão. A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico, devia ser desativada após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado, como resultado das ações do programa.
- d) Na primeira metade da década de 90 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica foi, então, definida como "o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças"
- e) No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Campanha de Erradicação da Varíola - CEV (1966-73). A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização, de forma que, em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde.
- d) Outro aspecto refere-se à qualidade do dado gerado, ou seja, sua representatividade em função do problema existente. Assim, é necessário que a gerência local do sistema obtenha, com regularidade e oportunidade, dados do maior número possível de outras fontes geradoras como ambulatórios ou hospitais sentinelas localizados nesse nível ou em sua periferia.
- e) A passagem do dado pelos diversos níveis deverá ser suficientemente rápida para o desencadeamento de ações, particularmente quando for necessário o desenvolvimento dessas por um outro nível, visando a adoção das medidas em momento oportuno.

23. Sobre o Sistema Sentinela é INCORRETO afirmar:

- a) Uma importante estratégia de informação para vigilância é a organização de redes constituídas de fontes de notificação especializadas, suficientemente motivadas para participar de esforços colaborativos comuns, voltados ao estudo de problemas de saúde ou de doenças específicas. As chamadas fontes sentinelas, quando bem selecionadas, são capazes de assegurar representatividade e qualidade as informações produzidas, ainda que não se pretenda conhecer o universo de ocorrências.
- b) Esta estratégia de formação de Sistemas de Vigilância Sentinela tem como objetivo monitorar indicadores chaves na população geral, que sirvam como alerta precoce para o sistema, tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência da população geral.
- c) Existem várias técnicas de monitoramento para esta forma complementar de informações à vigilância tradicional, e uma delas está baseada na ocorrência de evento sentinela. De acordo com Rutstein et cols (1983), evento sentinela é a detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Assim, toda vez que se detecta evento desta natureza o sistema de vigilância deve ser acionado para que as medidas indicadas possam ser rapidamente acionadas.
- d) No Brasil, tem-se utilizado com frequência a técnica de se eleger unidades de saúde sentinelas, que na grande maioria são os hospitais que internam doenças infecciosas e parasitárias, que informam diariamente aos órgãos de vigilância os seus internamentos e atendimentos ambulatoriais. Desse modo, detecta-se com rapidez as doenças que necessitam de atenção hospitalar e estão sob vigilância epidemiológica. Outra importante aplicação desta metodologia é no monitoramento e detecção precoce de surtos de diarreias.
- e) NDR

22. Referente a coleta de dados e informações é INCORRETO afirmar:

- a) O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações.
- b) A qualidade da informação, por sua vez, depende da adequada coleta de dados, que são gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento. A informação é capaz de estabelecer um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.
- c) A coleta de dados ocorre apenas no primeiro nível de atuação do sistema de saúde. A força e valor da informação (que é o dado analisado) depende da qualidade e fidedignidade com que o mesmo é gerado. Para isso, faz-se necessário que as pessoas responsáveis pela coleta estejam bem preparadas para diagnosticar corretamente o caso, como também para realizar uma boa investigação epidemiológica, com anotações claras e confiáveis para que se possa assimilá-las com confiabilidade.
- d) A investigação epidemiológica de epidemias pode exigir um formulário desenhado para a ocorrência específica. As fichas epidemiológicas devem conter as seguintes informações, EXCETO:
- a) Dados de identificação - nome do paciente, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, profissão, local

de trabalho ou escola, residência (como ponto de referência para localização) etc.

- b) Dados de anamnese e exame físico - queixa principal, data de início dos sintomas, história da moléstia atual, antecedentes mórbidos, contatos anteriores, viagens realizadas, lugares que costuma freqüentar, mudanças de hábitos alimentares nos dias que antecederam os sintomas e outros dados que possam contribuir para completar a história epidemiológica. Exame físico completo, repetido periodicamente quando indicado, objetivando acompanhar a evolução ou para esclarecimento diagnóstico.
- c) Suspeita diagnóstica - logo após o exame clínico deve ver o diagnóstico do paciente, caso já se tenha elementos (clínicos e epidemiológicos) para firmá-lo, ou se formula as principais suspeitas para orientar a condução terapêutica, as medidas de controle e a solicitação de exames laboratoriais.
- d) Informações sobre o meio ambiente - se for doença presumivelmente de veiculação alimentar, averiguar aspectos referentes ao sistema de abastecimento de água, à disposição de dejetos e ao destino do lixo, história migratória da comunidade, obras que provocaram transformações no meio ambiente, chuvas, secas, alagamentos, instalação ou existência de indústria, colheitas temporárias com utilização de mão-de-obra local ou alienígena, uso de pesticidas, existência de insetos vetores etc.
- e) Exames complementares - de acordo com o(s) agravo(s) suspeitado(s), a equipe de investigação deverá elaborar, com a equipe de assistência, um plano diagnóstico para o paciente. Em caso de epidemia, este plano vai além dos pacientes, pois deve-se coletar exames para diagnóstico das fontes de contaminação, veículo de infecção, pesquisa e exame de vetores, etc de acordo com cada situação. Este plano visa agilizar o diagnóstico, otimizar o gasto de recursos e, conseqüentemente, a adoção precoce das medidas de controle.

25. Referente ao processo epidêmico é INCORRETO afirmar:

- a) O estudo dos fenômenos envolvidos no processo epidêmico pressupõe a compreensão dos conceitos de estrutura e caracteres epidemiológicos e do que venha a ser o comportamento endêmico de uma doença transmissível.
- b) Entende-se por estrutura epidemiológica de uma doença a forma de interação dos diferentes fatores relativos ao meio ambiente, hospedeiro e ao agente - seja ele químico, físico ou biológico -, que determina o comportamento desse agravo no âmbito de uma população delimitada e num período de tempo não estabelecido.
- c) Os caracteres epidemiológicos constituem a resultante da estrutura epidemiológica em cada momento e se expressa pela freqüência e distribuição da doença na população em determinado instante, segundo as variáveis tempo, espaço e pessoa.
- d) A estrutura epidemiológica se apresenta de forma dinâmica, modificando-se em cada ponto no tempo e no espaço, definido e redefinido continuamente, o que pode ser entendido como

comportamento normal ou anormal de uma doença numa comunidade, fixado um ponto no tempo e no espaço.

- e) Pode-se portanto, conceituar o comportamento normal ou endêmico de um agravo à sua ocorrência dentro de padrões regulares em agrupamentos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados, num determinado período de tempo, permitidas flutuações cíclicas ou sazonais.

26. O primeiro objetivo da investigação de uma epidemia ou surto de determinada doença infecciosa é, geralmente, identificar formas de interromper a transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos. Para atingi-lo é necessário cumprir as seguintes etapas, EXCETO:

- a) Estabelecer ou verificar o diagnóstico dos casos notificados e identificar o agente etiológico responsável.
- b) Confirmar a ocorrência de um surto ou epidemia.
- c) Descrever os casos da epidemia ou surto segundo as variáveis do tempo, patologia, espaço e pessoa.
- d) Identificar a fonte de infecção e os modos de transmissão.
- e) Identificar a população suscetível que está exposta a um maior risco de contato com o agente.

27. Referente ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS é INCORRETO afirmar:

- a) O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS foi formalmente implantado em todo o território nacional em 1971, sendo instrumento de ordenação do pagamento dos serviços ambulatoriais (públicos), viabilizando como informação aos gestores apenas o gasto por natureza jurídica do prestador.
- b) O número de consultas e exames realizados eram aportados por outro sistema de informações, esse com finalidade puramente estatística, cujo documento de entrada era o Boletim de Serviços Produzidos – BSP e cujo único produto era a publicação “INAMPS em Dados”.
- c) Embora o sistema venha sofrendo algumas alterações, particularmente no que se refere à tabela de procedimentos, com inclusões freqüentes, e às críticas informatizadas, com vistas a um melhor controle e consistência de dados, o SIA/SUS não mudou substancialmente desde sua implantação.
- d) Por obedecer à lógica de pagamento por procedimento não registra o CID do diagnóstico (s) dos pacientes e portanto não pode ser utilizado como informação epidemiológica. Entretanto, outros indicadores operacionais podem ser importantes como complemento das análises epidemiológicas a exemplo do: número de consultas médicas por habitante ao ano, número de consultas médicas por consultório, número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas.
- e) As informações relacionadas a esse sistema estão hoje disponíveis tanto no site do DATASUS, pela Internet, quanto por CD-ROM, desde julho de 1994.

28. Os indicadores de saúde, tradicionalmente, tem sido construídos por meio de números. Sobre estes é INCORRETO afirmar:

- a) Em geral, números absolutos de casos de doenças ou mortes são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois levam em conta o tamanho da população. Porém, os indicadores de saúde são construídos por meio de razões (frequências relativas), em forma de proporções ou coeficientes.
- b) As proporções representam a “fatia da pizza” do total de casos ou mortes, indicando a importância desses casos ou mortes no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres, etc.).
- c) Geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. Exceções são o coeficiente de mortalidade infantil – CMI– e de mortalidade materna – CMM – para os quais o denominador utilizado (nascidos vivos) é uma estimativa tanto do número de menores de 1 ano, como de gestantes, parturientes e puérperas expostos ao risco do evento óbito.
- d) No caso do Coeficiente de Mortalidade Infantil, alguns nascidos vivos do ano anterior não fazem parte do denominador, apesar de ainda terem menos de um ano de vida no ano em estudo dos óbitos. Por exemplo, se uma criança nasceu em 31/12/1998 e morreu em 02/01/1999 (com dois dias) entrará no numerador do CMI de 1999, mas não no denominador. Pressupõe-se que haja uma “compensação” de nascidos vivos e óbitos de um para outro ano, de forma que o CMI é uma boa estimativa do risco de óbito infantil.
- e) É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI et al., 1987). Assim, a relação telefones/habitantes é um índice, da mesma forma que médicos/habitantes, leitos/habitantes, etc. (os numeradores “telefones”, “médicos” e “leitos” não fazem parte do denominador população). A rigor, portanto, tanto o Coeficiente de Mortalidade Infantil como Materna não são coeficientes, mas índices.

29.

$$\frac{\text{Casos NOVOS da doença em determinada comunidade e tempo} \times 10^3}{\text{população da área no mesmo tempo}}$$

A fórmula acima representa especificadamente:

- a) Coeficiente de prevalência da doença.
- b) Coeficiente de incidência da doença.
- c) Coeficiente de letalidade.
- d) Coeficiente de morbidade.
- e) Coeficiente de mortalidade.

30. Referente a coeficientes é INCORRETO afirmar:

- a) Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes).

- b) Para compararmos o risco de ocorrência de doenças entre populações usamos, dessa forma, o coeficiente de incidência, pois este estima o risco de novos casos da doença em uma população.
- c) O coeficiente de prevalência é igual ao resultado do coeficiente de incidência multiplicado pela duração média da doença.
- d) A prevalência, além dos casos novos que acontecem (incidência), é afetada também pela duração da doença, a qual pode diferir entre comunidades, devido a causas ligadas à qualidade da assistência à saúde, acesso aos serviços de saúde, condições nutricionais da população, etc. Assim, quanto maior a duração média da doença, maior será a diferença entre a prevalência e a incidência.
- e) A prevalência é uma medida de risco de ocorrência da doença na população e pode ser útil para os administradores da área de saúde para o planejamento de recursos necessários (leitos hospitalares, medicamentos, etc.) para o adequado tratamento da doença.

31. Define-se como o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico a:

- a) Taxa de fecundidade total.
- b) Taxa de crescimento da população.
- c) Taxa bruta de natalidade.
- d) Taxa de crescimento da população infantil.
- e) Coeficiente familiar.

32. Referente a Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco julgue as alternativas:

- I. Mortalidade proporcional por grupos de causas.
- II. Incidência de doenças transmissíveis.
- III. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas.
- IV. Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer.
- V. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Estão CORRETAS:

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

33. São indicadores de cobertura, EXCETO:

- a) Número de consultas médicas (SUS) por habitante.
- b) Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante.
- c) Número de internações hospitalares (SUS) por habitante.
- d) Proporção de Partos cesáreos (SUS).
- e) Cobertura vacinal no primeiro ano de vida.

34. É um estudo com etapas descritiva e analítica. Separam-se indivíduos em dois grupos, segundo a exposição a um fator de risco, e observa-se a ocorrência do desfecho em cada um deles. É longitudinal, podendo ser prospectivo ou histórico. É o estudo ideal para avaliar fatores de risco, mas não é adequado para estudos de doenças raras, pois demandaria uma amostra muito grande para evidenciar os casos:

- a) Estudo de coorte.
- b) Estudo de caso-controle.
- c) Estudo ecológico.
- d) Estudo transversal.
- e) Estudo logitudinal.

35. Referente à educação ambiental é INCORRETO afirmar:

- a) Entendem-se por educação ambiental os processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade. A educação ambiental deve envolver uma perspectiva focal e direcionada, enfocando a relação entre o ser humano, a natureza e o universo.
- b) A educação ambiental deve estimular a solidariedade, a igualdade e o respeito aos direitos humanos, valendo-se de estratégias democráticas e interação entre as culturas.
- c) A educação ambiental deve tratar as questões globais críticas, suas causas e interrelações em uma perspectiva sistêmica, em seu contexto social e histórico. Aspectos primordiais relacionados ao desenvolvimento e ao meio ambiente, tais como população, saúde, paz, direitos humanos, democracia, fome, degradação da flora e fauna, devem ser abordados dessa maneira.
- d) A educação ambiental deve facilitar a cooperação mútua e equitativa nos processos de decisão, em todos os níveis e etapas.
- e) A educação ambiental deve recuperar, reconhecer, respeitar, refletir e utilizar a história indígena e culturas locais, assim como promover a diversidade cultural, lingüística e ecológica. Isto implica uma revisão da história dos povos nativos para modificar os enfoques etnocêntricos, até de estimular a educação bilíngüe.

36. Índice de Swaroop & Uemura é um dos indicadores de nível de vida do qual a saúde faz parte. Indica a porcentagem de pessoas que morreram com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos ocorridos em uma determinada população. Ele é distribuído por classificação, desta forma classifica-se como 2º grupo índices:

- a) Índice igual ou superior 90%.
- b) Variando entre 75% e 90%.
- c) Variando de 50 a 74%.
- d) Variando de 25 a 49%.
- e) Valores inferiores a 25%.

37. Referente a níveis de prevalência, quando a velocidade de defecção é maior que o coeficiente de incidência indica que:

- a) Coeficiente de prevalência não se altera.
- b) Coeficiente de prevalência diminui.
- c) Coeficiente de prevalência aumenta.
- d) Incidência diminuiu e prevalência aumentou.
- e) Incidência aumentou e prevalência diminuiu.

38. Referente a doenças sexualmente transmissíveis é INCORRETO afirmar:

- a) As DST de notificação compulsória são: AIDS, HIV na gestante/criança exposta, sífilis na gestação e sífilis congênita. Para as outras DST, não há um sistema de notificação compulsória e a ausência de estudos de base populacional dificulta a visibilidade do problema e implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu re-direcionamento.
- b) As DST só voltaram a readquirir importância como problema de saúde pública após a epidemia de AIDS.
- c) Estudos mostraram que pessoas com DST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativas têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o que sobe para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais (Fleming & Wasserheit 1999).
- d) Evidências recentes sugerem que o herpes genital pode ser responsável pela maior proporção de novas infecções por HIV (Rodrigues et al., 2002). Sua prevalência é baixa no Brasil e com baixo percentual de indivíduos que relatam sintoma prévio (Carvalho et al., 1999).
- e) O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

39. O exercício do controle social exige, EXCETO:

- a) Acompanhamento e fiscalização das ações governamentais.
- b) Controle do orçamento público.
- c) Fiscalização dos fundos públicos.
- d) Avaliação do desempenho das políticas públicas.
- e) Realização de reuniões fechadas.

40. Referente a planejamento do SUS é INCORRETO afirmar:

- a) O planejamento é um instrumento importante na gestão do SUS porque organiza as ações a serem desenvolvidas e facilita a fiscalização e o controle dos gastos em saúde.
- b) Planejar é decidir o que fazer, preparar e organizar bem uma ação, acompanhar sua execução, corrigindo as decisões tomadas, e avaliar os resultados.
- c) Existem, basicamente, dois tipos de planejamento: o normativo e o estratégico.
- d) O planejamento é constituído de três etapas básicas: diagnóstico, acompanhamento e avaliação.
- e) É a avaliação que orienta a escolha das prioridades, que devem ser feitas em função dos problemas da população. Daí a importância do envolvimento desta na sua elaboração.