



PROCESSO SELETIVO  
2020  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

# SAÚDE COLETIVA

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

**"A todo viver corresponde um sofrer."**

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

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CURSO/PROGRAMA**

**01.** Durante o período denominado Era Vargas (1930 – 1945), foi realizada em 1941, na cidade do Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reunindo setenta pessoas, dentre elas, apenas 22 delegados representantes das unidades federativas. O objetivo dessa CNS era discutir os rumos das políticas de saúde e saneamento do Estado Novo. Sobre a 1ª CNS, pode-se afirmar que:

- (A) foi um evento democrático e participativo
- (B) teve perspectiva centralizadora, autoritária e tecnocrática
- (C) pautava a descentralização para resolução dos problemas de saúde
- (D) defendeu a saúde como um direito de cidadania e de caráter universal

**02.** Entre as décadas de 1940 e 1950 no Brasil, foram construídos grandes e modernos hospitais públicos, na maior parte previdenciários. Em 1948 existiam cinco hospitais dos então vigentes Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), já em 1978 o número salta para 32. Esse padrão de assistência à saúde, iniciado entre os anos 1940 e 1950, é chamado de:

- (A) trabalhista
- (B) comunitário
- (C) territorializado
- (D) hospitalocêntrico

**03.** Com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foram unificados nesse novo órgão os IAPs, fortalecendo a previdência em funções assistenciais e distributivas. Nessa primeira fase do regime militar, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde baseado no modelo de previdência, limitada aos trabalhadores de carteira assinada. No entanto, a parcela da população que não era beneficiária, recorria aos postos de saúde (caso estivessem dentro do perfil dos programas, como o materno-infantil, tuberculose, hanseníase etc), serviços de saúde filantrópicos ou, para os que podiam pagar, consultórios e clínicas privadas. **NÃO** é característica da previdência social nesse período:

- (A) ênfase na prática médica individual, assistencialista e especializada
- (B) extensão da cobertura previdenciária, abrangendo todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos
- (C) organização da prática médica nos moldes da saúde pública sem diferenciar clientela e de acordo com o interesse coletivo
- (D) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, por intermédio da previdência social

**04.** A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), prevista na Portaria nº 2.436/17, institui a Atenção Básica como porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária. Nessa perspectiva, a Atenção Básica deve operacionalizar os princípios e também as diretrizes do SUS e da RAS, entre as quais, estão:

- (A) universalidade; equidade; integralidade; participação da comunidade
- (B) regionalização e hierarquização; produtividade; coordenação do cuidado; afetividade; participação da comunidade
- (C) regionalização e hierarquização; territorialização; ambulatorização; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; privatização
- (D) territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; ordenação da rede

**05.** O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é composto por uma equipe multiprofissional de diferentes ocupações da área da saúde, que atua oferecendo suporte clínico, sanitário e pedagógico para as equipes de Atenção Básica e Saúde da Família. Tendo como referência a Portaria nº 2.436/17, que aprova a PNAB, compete ao Nasf-AB:

- (A) avaliar a integralidade e financiamento do cuidado oferecido pela Rede de Atenção à Saúde
- (B) realizar atendimentos individuais e coletivos de livre acesso em um serviço independente e especial
- (C) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que estão vinculadas
- (D) elaborar autonomamente projetos terapêuticos a serem executados pelas equipes da Atenção Básica a que estão vinculadas

**06.** A produção e distribuição de saúde-doença em uma sociedade é influenciada pelo conjunto de condições sociais, econômicas, culturais, ambientais, políticas etc. – chamadas de determinantes sociais da saúde. De acordo com o marco conceitual adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes relacionados às condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e biológico e do próprio sistema de saúde são chamados de determinantes:

- (A) estruturais
- (B) intermediários
- (C) socioeconômicos
- (D) macroeconômicos

**07.** A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) estabelece importante compromisso em combater as desigualdades étnico-raciais, o racismo e a discriminação no âmbito do SUS. O objetivo específico da PNSIPN que busca inserir a interseccionalidade de gênero e raça como aspecto importante da saúde da população negra é:

- (A) incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social
- (B) aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, conveniados ou contratados com o SUS
- (C) monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios
- (D) definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde

**08.** Dentre os marcos históricos e normativos do campo da saúde da população negra, Werneck (2016) aponta a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, sucedida em Brasília em 1995, e a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na África do Sul em 2001. Esta última, gerou o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”. De acordo com Werneck, um tópico fundamental do documento reside em apontar:

- (A) os aspectos biotécnicos das políticas de saúde no Brasil
- (B) a igualdade de acesso e tratamento em saúde na população brasileira
- (C) a determinação biológica da produção de saúde-doença na população negra brasileira
- (D) o racismo e a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e à morte precoce da população negra

09. Apoiando-se em Jones (2002), Werneck (2016) discute três dimensões do racismo: o internalizado, o interpessoal e o institucional, todos determinantes das condições de vida e saúde da população negra. O racismo institucional pode ser definido como:

- (A) formas organizativas, políticas e normas que garantem exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados
- (B) adequada promoção de práticas de equidade e antirracistas por parte das instituições de saúde
- (C) dimensão de sentimentos de inferioridade e incorporação de padrões racistas
- (D) preconceito entre pessoas

10. A abordagem da saúde que fornece estratégias e soluções para tratar e corrigir desigualdades, iniquidades, práticas discriminatórias e relações de poder injustas que, frequentemente, induzem a resultados de saúde desiguais, é a:

- (A) filantrópica
- (B) baseada em evidências
- (C) de medicina centrada na pessoa
- (D) baseada em direitos humanos

11. Em 1973, a homossexualidade deixou de ser um transtorno mental ao ser retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Posteriormente, na 43ª Assembleia Mundial da Saúde decidiu-se por sua retirada da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esse processo pode ser chamado de:

- (A) medicalização da vida
- (B) higienização social
- (C) psiquiatrização
- (D) despatologização

12. Compreendendo a identidade de gênero como um determinante social da saúde, Gomes *et al.* (2018) consideram que, apesar do avanço que representa, esse entendimento revela a insuficiência do sistema de saúde em abarcar as necessidades das populações que não se enquadram no padrão cisnormativo e binário. Nesse sentido são apontados, no texto, alguns esforços do poder público para enfrentar essa vulnerabilidade, dentre eles:

- (A) a alocação de pessoas trans em enfermarias independentes de sua identidade de gênero
- (B) o reconhecimento do uso do nome social e a formalização do processo transexualizador
- (C) a invisibilização das necessidades dessa população
- (D) a criação de categorias diagnósticas

13. A Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, constitui relevante marco legal nas políticas de saúde mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Nesse sentido, a lei ratifica o direito da pessoa portadora de transtorno mental de ser preferencialmente assistida em:

- (A) ambientes de terapêuticas invasivas
- (B) internações psiquiátricas involuntárias
- (C) serviços comunitários de saúde mental
- (D) serviços de psicologia aplicada de universidades

14. Ao abordar a evolução das políticas de saúde mental e atenção psicossocial no SUS, Amarante e Nunes (2018) mencionam a importante participação social na construção dessas políticas e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. No encontro de saúde mental de Bauru em 1987, foi enfatizada a proposta “uma sociedade sem manicômios”, a qual revelava as seguintes transformações no movimento que pleiteava mudanças no campo da saúde mental:

- (A) busca pelo fim da discriminação às pessoas portadoras de transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos e a ampliação do movimento para participação do setor privado
- (B) ampliação do movimento com participação de ativistas dos direitos humanos e a extinção das instituições e concepções manicomialistas
- (C) envolvimento de mais profissionais do setor saúde no movimento de Reforma Psiquiátrica e melhoria do sistema de saúde
- (D) restrição do movimento de Reforma Psiquiátrica aos familiares e ativistas de direitos humanos

15. Nas últimas décadas, uma série de normativas e iniciativas trouxeram avanços para o modelo de assistência em saúde mental no Brasil. Amarante e Nunes (2018) pontuam, como uma delas, a instituição, em 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a qual propicia:

- (A) retrocessos para as políticas em saúde mental no SUS
- (B) nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS
- (C) referenciamento das ações em saúde mental para o maior nível de complexidade
- (D) centralização das ações em saúde mental pelos Centros de Atenção Psicossocial

16. Nos últimos anos, as migrações passaram a ser tema de grande repercussão internacional, principalmente quando são abordados os fluxos migratórios nas fronteiras europeias. Entretanto, é no sul global onde se encontra a maior parte das pessoas em situação de deslocamento forçado. Dentre elas, destacam-se os sujeitos em refúgio, aqueles que, por fundamentado medo de sofrer perseguição com base na sua raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em determinado grupo social, precisam cruzar fronteiras internacionais. Nesse contexto de “crise dos refugiados”, muitos países desenvolvidos adotam políticas de fechamento de fronteira, gerando, para as populações migrantes, alguns impactos, tais como:

- (A) atenuação dos quadros de transtorno de estresse pós-traumático
- (B) redução de violências como tráfico de pessoas, violência sexual e violência física
- (C) agravamento das condições de saúde, obstáculos ao acesso à saúde e aumento de riscos no processo migratório
- (D) aumento dos riscos no processo migratório, com melhora no acesso dos indivíduos a serviços de saúde em seus países de origem

17. Ao comentar o contexto de acelerados e diversos fluxos migratórios atuais, Ventura (2018) aponta para a articulação entre direitos humanos e saúde global como potente contribuição para a temática da saúde imigratória. De acordo com a autora, a vinculação entre direitos humanos e saúde global possibilita:

- (A) incentivar recomendações internacionais em prol dos sistemas de seguros privados de saúde
- (B) inviabilizar uma governança em saúde que ultrapasse as ações de controle das epidemias e pandemias
- (C) intensificar as ações humanitárias para reduzir o financiamento estatal em políticas e práticas de saúde em relação aos imigrantes
- (D) fortalecer o argumento de que a saúde das pessoas deve ser sustentada por um esforço coletivo internacional, cooperativo e sem fronteiras

18. Na terminologia dos sistemas de informação, a representação de fatos em sua forma primária ou as representações escriturais resultantes do registro de eventos são chamadas de:

- (A) dados
- (B) campo
- (C) arquivo
- (D) informação

19. A violência afeta a saúde individual e coletiva em diferentes dimensões, ao produzir lesões e traumas (físicos e mentais) e reduzir a qualidade de vida das comunidades, com isso implica novas questões para a atuação do setor saúde. De acordo com Minayo et al. (2018), a emergência do tema na área de conhecimento e práticas em saúde é recente. Segundo eles, a entrada oficial da violência no setor saúde se deu a partir da promulgação da Política Nacional de:

- (A) Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- (B) Redução da Morbidade por Acidentes e Violência
- (C) Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
- (D) Saúde da Pessoa Idosa

20. O trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) prevê uma atuação integral, longitudinal e de práticas participativas que levem em consideração as singularidades do território, seu contexto e história. Barbar (2018) destaca que a violência é um fenômeno multicausal e complexo que perpassa diversos âmbitos da vida em sociedade, bem como se apresenta como um elemento que atravessa as práticas na APS. Nesse sentido, a APS é uma estratégia importante para a implementação de processos de coordenação, cidadania e cuidado no território. Considerando o exposto, **NÃO** é uma característica da APS em contexto de violência:

- (A) reconhecer e validar a narrativa comunitária sobre a realidade de violência em que se insere
- (B) refletir a respeito da realidade das comunidades afetadas sem delas extrair o potencial de vida e resiliência
- (C) compreender a violência como determinante social da saúde e condicionante do acesso da população a espaços de cuidado
- (D) ser a solução universal para as questões que afligem a sociedade, devido a sua proximidade com a realidade cotidiana do território

21. O SUS é definido na Lei nº 8.080/90 como “o conjunto de ações e serviços públicos da saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Assim, **NÃO** é competência do SUS:

- (A) executar a saúde suplementar
- (B) ações de saneamento básico
- (C) formar recursos humanos em saúde
- (D) incrementar o desenvolvimento tecnológico

22. A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e:

- (A) as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde
- (B) o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população
- (C) a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde
- (D) a assistência por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde

23. Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição da República, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. Sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que criou o SUS, é possível afirmar que:

- (A) foi encerrado com o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- (B) foi desarticulado na década de 90, após a publicação da lei orgânica da saúde
- (C) permanece ativo e sustenta o sistema nacional de saúde ainda hoje
- (D) foi encerrado na década de 80, após a publicação da constituição

24. Observando-se a Lei nº 8.080/90, é um princípio ou diretriz norteador do funcionamento do SUS:

- (A) o pagamento do usuário pela assistência e cuidado
- (B) o seguro de saúde para contribuintes da previdência
- (C) a participação da comunidade na gestão
- (D) a centralização político-administrativa

25. Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolveu-se o Movimento da Atenção Primária em Saúde, que enfatizou:

- (A) tecnologias simplificadas e de baixo custo
- (B) o modelo médico assistencial e curativo
- (C) a medicina baseada em evidências
- (D) tecnologias duras e de alto custo

26. A bioética de intervenção busca demonstrar a importância de investimentos e ações governamentais que priorizem a assistência à saúde das classes socialmente menos favorecidas. Tendo em vista o bem de toda a sociedade, a bioética como ramo do saber científico fundamenta-se no seguinte tripé:

- (A) beneficência, igualdade e autonomia
- (B) justiça, igualdade e luta de classes
- (C) universalidade, justiça e equidade
- (D) autonomia, beneficência e justiça

27. A 8ª CNS é considerada um marco histórico na construção do SUS, pois sediou ostensivos debates populares, os quais resultaram nos pilares que o sustentaram dois anos depois. **NÃO** foi eixo norteador da 8ª CNS:

- (A) a reformulação do sistema nacional de saúde
- (B) a relação público-privada em saúde
- (C) o financiamento do setor
- (D) a saúde como direito

28. A aprovação da emenda constitucional 95/2016 resulta no congelamento dos gastos federais em serviços primários por tempo estimado de 20 anos e na retração do financiamento do sistema de saúde brasileiro. A perda significativa de recursos proposta por essa medida obriga gestores e secretários a reduzirem as ações e serviços disponíveis aos usuários, com o objetivo de diminuir as despesas dos estados e municípios. Esse processo pode afetar a sustentabilidade e a manutenção do SUS, que instituído com o financiamento:

- (A) privado
- (B) bipartite
- (C) tripartite
- (D) internacional

29. Recentemente o movimento antivacinação foi incluído pela OMS em seu relatório sobre os dez maiores riscos à saúde global. Uma nova pesquisa descobriu que o conteúdo do movimento antivacinação em redes sociais adota as ideias de que poliomielite e sarampo não existem (SBMT, 2019). A área da saúde coletiva que pode colaborar diretamente para a compreensão da necessidade e importância da vacinação pela população é a Educação em Saúde, que pode ser definida como:

- (A) a prática de saúde que advém da interação entre profissionais de saúde, expressa por meio da fala
- (B) o processo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população
- (C) a formação de profissionais para atuar na área de saúde, principalmente no combate às doenças
- (D) a comunicação voltada para usuários que se encontram em situações temporárias ou permanentes de doença

30. "Organizada a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global", é o que se diz da:

- (A) educação popular em saúde
- (B) comunicação em saúde
- (C) educação em saúde
- (D) promoção da saúde

31. A comunicação terapêutica é definida como a habilidade do trabalhador de saúde em ajudar as pessoas a enfrentar situações temporárias de estresse, conviver com outras pessoas, ajustar-se à realidade, superar bloqueios e favorecer o tratamento e o desenvolvimento dos pacientes, tornando-os ativos no processo de cuidar. Nessa perspectiva, é uma comunicação em saúde voltada para:

- (A) profissionais de saúde que se encontram em situações de doença
- (B) profissionais de saúde saudáveis, mas que podem adoecer
- (C) usuários que se encontram em situações de doença
- (D) usuários que saudáveis, mas que podem adoecer

32. A prática antiga, ampliada após as novas dinâmicas da globalização, que tem acentuado disparidades entre os países e acarretado tensões e conflitos sociais e de saúde, em especial nos países mais afastados do circuito central da economia global, é chamada de:

- (A) saúde global
- (B) diplomacia da saúde
- (C) saúde internacional
- (D) cooperação internacional em saúde

33. A notificação de um evento de saúde pública, por si só, significa que há:

- (A) manifestação ou ocorrência de doença ou agravamento
- (B) um risco de propagação nacional ou internacional de doenças
- (C) uma emergência que requer resposta internacional coordenada
- (D) uma emergência de saúde pública de importância nacional em curso

34. A Vigilância em Saúde Pública é a observação contínua de distribuição e das tendências da incidência de doenças mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a disseminação regular dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la. Dessa forma, pode-se dizer que a vigilância de um evento adverso à saúde é composta, ao menos, pelos subsistemas de:

- (A) bases técnicas para um programa de controle e detecção de epidemias
- (B) inteligência epidemiológica e bases técnicas para um programa de controle
- (C) detecção de epidemias e informações para agilização de ações de controle
- (D) informações para agilização de ações de controle e inteligência epidemiológica

35. NÃO é função da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde coordenar, em âmbito nacional:

- (A) a análise da situação em saúde
- (B) a assistência e cuidados em saúde
- (C) as ações dos programas de prevenção
- (D) a coleta de informações epidemiológicas

36. A vigilância em saúde ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. NÃO constitui um objetivo da vigilância em saúde ambiental:

- (A) conhecer e estimular a interação entre ambiente, saúde e desenvolvimento a fim de fortalecer a participação popular na promoção de saúde e qualidade de vida
- (B) identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e de outros agravos à saúde
- (C) monitorar, denunciar e punir caças e pescas ilegais, bem como queimadas, que prejudiquem o meio ambiente e as populações locais
- (D) promover ações de proteção à saúde relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente

37. NÃO faz parte do escopo da saúde ambiental o monitoramento da vigilância:

- (A) da qualidade da água para recreação
- (B) de acidentes com produtos perigosos
- (C) dos desastres naturais
- (D) da qualidade do solo

38. A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar as relações de trabalho que provocam doenças e agravos e, se necessário, nelas intervir. Seus marcos referenciais são os da saúde coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância. **NÃO** faz parte do escopo da vigilância em saúde do trabalhador a observação, com possível intervenção, das:

- (A) relações de trabalho
- (B) opções de escolhas do tipo de trabalho
- (C) situações de risco à saúde do trabalhador
- (D) formas de desgaste da saúde do trabalhador

39. A presença usual de uma doença, dentro dos limites esperados, em uma determinada área geográfica, por um período de tempo ilimitado, e que ocorre quando há uma constante renovação de suscetíveis na comunidade, com isolamento relativo e sem deslocamento importante da população, é:

- (A) uma doença reemergente
- (B) uma epidemia
- (C) uma endemia
- (D) um surto

40. A partir da segunda metade do século XIX, os países considerados polos centrais da economia mundial por seu desenvolvimento industrial apresentaram mudanças significativas em seu perfil epidemiológico. De uma forma geral, essas mudanças foram condicionadas por dois fatores principais: 1. alterações associadas à estrutura etária da população, ocorridas ao longo do processo de transição demográfica; 2. alterações de longa duração nos padrões de morbidade e mortalidade. Dessa forma, uma das principais características da transição epidemiológica é a substituição gradual da ocorrência:

- (A) das doenças infecciosas por doenças crônicas não transmissíveis
- (B) das doenças em pessoas idosas por doenças em pessoas jovens
- (C) das doenças crônicas não transmissíveis por causas externas
- (D) das causas externas por doenças transmissíveis