



PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

Modalidade: **SAÚDE COLETIVA**

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

“A TRISTEZA É APENAS O PRELÚDIO DA ALEGRIA”

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

SAÚDE COLETIVA

01. Durante o fim do período colonial e início do império, a medicina erudita assim como as demais ações de saúde para a população brasileira eram exercidas por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Considerando o contexto do fim do período colonial e da independência do Brasil, no século XIX, é correto afirmar que:
- devido à crise sanitária e à centralização do poder imperial, a autonomia municipal com relação aos serviços de saúde começou a aumentar
 - as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina passaram a ser de responsabilidade das instituições ligadas à coroa portuguesa
 - os agentes da medicina oficial voltavam-se para o atendimento das camadas mais altas da população, dessa forma, a prática médica era desconhecida dos mais pobres
 - as ações dos poderes públicos no campo da saúde se restringiram à regulamentação das artes de curar, realizadas por tribunais portugueses que expediam licenças autorizando tais práticas
02. Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, isto é, inerente à condição do cidadão, cabendo ao poder público o encargo de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser atribuída às diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. A lei que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS é a:
- Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975
 - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
 - Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990
 - Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993
03. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. De acordo com essa lei, é correto afirmar que:
- o SUS contará com as instâncias colegiadas apenas na esfera municipal de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo
 - a participação da comunidade na gestão do SUS dar-se-á por meio de instâncias colegiadas como a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde
 - o Conselho de Saúde, órgão colegiado, será composto apenas por representantes da comunidade de esferas não governamentais, universidades e ONGs
 - a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 2 anos com a representação dos municípios, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no nível legislativo
04. O sistema de saúde brasileiro segue, a partir da Constituição de 1988, o modelo dos Sistemas Nacionais de Saúde, sendo fundamentado nos princípios clássicos desses sistemas. Dentre os princípios em que o SUS se assenta, **NÃO** se inclui a:
- equidade
 - meritocracia
 - integralidade
 - universalidade
05. Desigualdades estão intrinsecamente relacionadas à estratificação social, à chance de acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais. Para redução dessas desigualdades são necessárias políticas que devem se voltar à minimização das diferenças no bem-estar material dos grupos sociais distintos, na redução de variação das chances de cada indivíduo obter o que almeja em termos de renda, condição de trabalho e lazer. O conceito que mais se aproxima desses propósitos é o de:
- liberdade
 - igualdade
 - equidade
 - autonomia
06. São componentes e funções principais de um sistema de serviços de saúde:
- controle, atenção à saúde, infraestrutura e lucro
 - infraestrutura, financiamento, gestão e organização
 - gestão, atenção à saúde, morosidade e financiamento
 - alocação de recursos, infraestrutura, centralização e sustentabilidade
07. O SUS foi organizado com base em três orientações fundamentais ou diretrizes. **NÃO** corresponde a uma dessas orientações:
- a participação da comunidade
 - a descentralização, com direção única em cada esfera de governo
 - o financiamento oriundo de empresas, hospitais privados e universidades
 - o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
08. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma modalidade de serviço criada para atender de forma intensiva às pessoas com sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente. É uma forte característica de um serviço de atenção psicossocial:
- formar médicos especialistas em atender de forma intensiva às pessoas com sofrimento psíquico
 - disponibilizar oferta dinâmica de recursos e estratégias trans e multidisciplinares
 - atuar de modo centralizado no município com auxílio dos hospitais locais
 - atuar no sentido de parceria ao modelo asilar com protocolo específico
09. Na epidemiologia, existem diversos tipos de desenhos de estudos. Em relação aos estudos ecológicos, **NÃO** é um objetivo desse tipo de desenho:
- gerar hipóteses etiológicas a respeito da ocorrência de uma determinada doença
 - avaliar o papel do contexto social e ambiental na determinação da saúde
 - avaliar a efetividade de intervenções na população
 - associar exposição e doença no nível individual
10. A tentativa mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença foi feita por Leavell e Clark (1976), que sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior de um modelo denominado:
- modelo biologicista
 - educação em saúde
 - modelo estruturalista
 - história natural da doença

11. A taxa ou razão de mortalidade materna (RMM), referida a uma área e um período determinados, é representada pela seguinte fórmula de cálculo:
- número de óbitos maternos da área no período, dividido pelo número de nascidos vivos da área no período, multiplicado por 100 mil
 - número de óbitos maternos da área no período, dividido pelo total de óbitos da população geral da área no período, multiplicado por 100 mil
 - número de óbitos maternos da área no período, subtraído pelo número de óbitos da população geral da área no período, multiplicado por 100 mil
 - número de nascidos vivos da área no período, dividido pelo número de óbitos maternos da área no período, multiplicado por 100 mil
12. São medidas de associação ou de impacto em estudos epidemiológicos:
- incidência acumulada, razão de prevalência, risco relativo
 - razão de prevalência, taxa de incidência, risco relativo
 - razão de chances, incidência acumulada, prevalência
 - risco relativo, razão de chances, risco atribuível
13. Na epidemiologia, o viés é um erro sistemático na estimativa de um parâmetro, decorrente de problemas no desenho ou na condução de um estudo. Das opções abaixo, a que representa um tipo de viés de informação é:
- viés de memória
 - viés de detecção
 - viés de sobrevida seletiva
 - viés de perda seletiva de seguimento
14. Sobre o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), é possível afirmar que:
- é um banco de dados administrativo
 - registra todas as internações ocorridas no país
 - é um repositório de dados sobre a gravidade do paciente
 - registra todos os procedimentos cirúrgicos feitos em um mesmo indivíduo
15. Os documentos básicos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) são, respectivamente:
- declaração de óbito, ficha de notificação individual e autorização de internação hospitalar
 - declaração de óbito, autorização de internação hospitalar e ficha de notificação individual
 - declaração de óbito, boletim de produção ambulatorial e declaração de nascidos vivos
 - declaração de óbito, ficha de notificação individual e declaração de nascidos vivos
16. Os sanitaristas têm contribuído, na decorrer do tempo, junto com outros profissionais, para o combate e o controle de doenças. Até hoje, a única doença erradicada na história da humanidade foi:
- a poliomielite
 - o sarampo
 - a varicela
 - a varíola
17. No Brasil, os vetores responsáveis pela transmissão da febre amarela silvestre para o homem são:
- Haemagogus* e *Sabethes*
 - Anopheles* e flebotomíneo
 - Aedes aegypti* e *Anopheles*
 - Aedes albopictus* e *Sabethes*
18. Existe uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente em olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e alterações na saúde mental. São responsáveis, também, por estigma e preconceito contra a doença. Por isso mesmo, ratifica-se que é uma doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, mais rapidamente se cura o paciente. Trata-se da:
- hanseníase
 - esquistossomose
 - febre por vírus Zika
 - síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)
19. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas incluem tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. **NÃO** cabe incluir dentre os componentes essenciais da vigilância de DCNT:
- o monitoramento dos fatores de risco
 - o monitoramento da morbidade e da mortalidade específica das doenças
 - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano
 - as respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais
20. No âmbito do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, **NÃO** diz respeito à tentativa de redução do consumo de tabaco e álcool a seguinte ação de saúde:
- aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool no Brasil
 - proibição da venda de cigarros e bebidas alcoólicas a menores de 18 anos
 - proibição de uso de cigarros e bebidas alcoólicas em ambientes coletivos públicos fechados ou abertos
 - fortalecimento das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso do tabaco e álcool nas escolas

21. A Promoção da Saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população. Nesse sentido, são importantes programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "maquinaria social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. Nesse contexto a intersetorialidade:
- (A) consiste das desigualdades de saúde que, além de sistêmicas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias
 - (B) é compreendida como fortalecimento de indivíduos e grupos em seus recursos sociais, culturais e espirituais, de modo a construir maior poder de intervenção sobre a realidade, influenciar decisões políticas e gerar modificações nos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida
 - (C) é compreendida como ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em um movimento de corresponsabilização por parte das organizações públicas e seus parceiros, objetivando elevação dos padrões de qualidade de vida e promoção do bem-estar coletivo, numa rede de relações
 - (D) consiste dos relatos sobre o cotidiano de atuação dos alunos elaborados por equipe de especialistas, visando cobrir todos os elementos essenciais do currículo; no processamento de uma situação-problema, serão gerados temas e questões de aprendizagem que orientarão a busca ativa por conteúdos
22. Sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito das DCNT, é correto afirmar que:
- (A) preconiza ações prioritárias para prevenção de uso de tabaco, álcool e drogas, porém não cita a prevenção de violências
 - (B) ações de promoção da saúde que induzem alimentação saudável não estão previstas no Programa Saúde na Escola (PSE)
 - (C) estudos para avaliar a efetividade de programas de promoção das práticas de atividades físicas nos municípios ainda são desafios não realizados
 - (D) desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, as quais diagnosticam precocemente, por exemplo, a hipertensão e a obesidade
23. Realizada em 1986, pelo Ministério da Saúde do Canadá, pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação de Saúde Pública do Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como produto principal a Carta de Ottawa. Sobre esse documento pode-se afirmar que:
- (A) define o conceito de atenção à saúde
 - (B) aponta os múltiplos determinantes da saúde e a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares
 - (C) afirma que a dimensão psíquica, social e comportamental da atual sociedade independe do ambiente em que se vive
 - (D) afirma que o conceito de saúde individual, como bem-estar físico, não transcende a ideia de formas sadias de vida na direção de um bem-estar coletivo
24. A vigilância tem por finalidade prover as bases técnicas para subsidiar os profissionais de saúde na elaboração e implementação de ações e programas de saúde. Dentre os objetivos da vigilância epidemiológica, **NÃO** se inclui:
- (A) avaliar o impacto de medidas de intervenção
 - (B) recomendar a adoção oportuna de medidas para prevenir agravos à saúde
 - (C) promover atenção, avaliação, cuidado e planejamento dos sistemas de saúde
 - (D) monitorar tendências, identificar grupos e fatores de riscos para as doenças
25. Uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública, em contextos que podem ser epidemiológicos (surtos e epidemias), de desastres ou de desassistência à população, se caracteriza como uma:
- (A) infecção em saúde pública
 - (B) quarentena em saúde pública
 - (C) emergência em saúde pública
 - (D) contaminação em saúde pública
26. A saúde do trabalhador é uma área da saúde coletiva que estuda as relações entre o trabalho e a saúde com o objetivo de promover e proteger a saúde dos trabalhadores. Está inserida no SUS, mediante a realização de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e de ações de assistência de forma integrada. Nesse contexto, o conceito de risco que mais se aplica é:
- (A) o exercício do trabalho a serviço da empresa quando provoca lesões e outros prejuízos aos trabalhadores
 - (B) alguma ameaça específica e concreta que paira sobre os trabalhadores em momentos de suas vidas podendo materializar-se em prejuízos a sua saúde
 - (C) toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente possa causar danos à saúde do trabalhador
 - (D) a combinação entre a probabilidade de ocorrência de um determinado evento e os impactos decorrentes de exposições ocupacionais específicas a uma parcela de trabalhadores
27. O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira veio ao encontro da necessidade de políticas públicas que pudessem combater os danos causados pela adoção de um modelo de desenvolvimento, que constitui o principal responsável pelos impactos ambientais que geram consequências à saúde das populações. Esse modelo considera apenas o crescimento econômico como sinônimo de progresso e desconsidera outras necessidades da vida humana e de outras espécies do planeta, trazendo consequências como a contaminação e a poluição ambiental, com crescente impacto nos ecossistemas e na exposição humana a substâncias químicas, além de aumento dos desastres e ameaças decorrentes dos fenômenos ambientais de escala global, como o aquecimento global, gerado pelas mudanças climáticas. Trata-se do modelo de desenvolvimento:
- (A) ecocapitalista
 - (B) não sustentável
 - (C) de saúde ambiental
 - (D) risco ambiental global

28. A saúde global traz a ideia de que a saúde das pessoas do mundo deve ser sustentada por um esforço coletivo internacional, sem desprezar as especificidades locais. Acerca dessa temática, as discussões sobre diplomacia da saúde global, cooperação internacional em saúde e governança da saúde global vêm ganhando força nos últimos anos. **NÃO** é um objetivo da diplomacia da saúde global:
- impor sanções aos países que não cumprirem as metas acordadas nas Assembleias Mundiais de Saúde
 - contribuir para garantir melhor segurança em saúde e nos efeitos sobre a saúde da população de todos os países envolvidos
 - contribuir para melhorar as relações entre países e fortalecer o compromisso de uma ampla faixa de atores no trabalho de melhorar a saúde
 - oferecer a compreensão da saúde como resultado de um esforço comum para assegurar que seja um direito humano e um bem público global
29. A saúde teve importante presença na Agenda do Milênio (2000-2015), constituindo três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pactuados na Cúpula do Milênio do ano 2000. Na nova agenda de desenvolvimento das Nações Unidas (2015-2030) foram definidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre os quais **NÃO** se inclui o de:
- diminuir a pobreza até o nível mínimo aceitável
 - assegurar padrões de consumo e produção sustentáveis
 - assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar para todos em todas as idades
 - alcançar igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas
30. O crescimento exponencial de migrantes forçados em todo o mundo se justifica pelas crescentes ocorrências catastróficas no aspecto humanitário, como: crises, conflitos políticos e sociais, guerras e desastres naturais. Considerando essas crises, foi promulgada no Brasil a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a entrada e estada no Brasil e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas relativas ao emigrante. **NÃO** é um princípio ou garantia dessa lei:
- status de refugiado imediato àqueles que solicitarem
 - direito à liberdade de circulação em território nacional
 - repúdio e prevenção à xenofobia e ao racismo
 - garantia do direito à reunião familiar
31. Dentre os conceitos abaixo, aquele que **NÃO** faz parte do Princípio da bioética estadunidense é o de:
- autonomia
 - beneficência
 - não maleficência
 - relativismo ético
32. Dependendo da forma como são concebidos ou executados, as políticas e programas de saúde têm a capacidade de promover ou violar os direitos humanos incluindo o direito à saúde. Medidas que os respeitem e os protejam mantêm a responsabilidade do setor saúde em lidar com a situação sanitária de todos, sempre na perspectiva da dignidade da pessoa humana. Em relação ao direito à saúde, **NÃO** se configura como violação dos direitos humanos a seguinte situação:
- vacinação obrigatória
 - internação compulsória
 - falta de acesso aos serviços de saúde
 - ser infectado durante uma epidemia
33. Circunstâncias que estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças econômicas, sociais, normativas e políticas, e que influenciam no processo saúde-doença são chamadas de:
- apoio matricial
 - promoção da saúde
 - itinerários terapêuticos
 - determinantes sociais de saúde
34. Dentre as recomendações do relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), publicado em 2008, **NÃO** se inclui:
- melhorar as condições da vida cotidiana
 - garantir o desenvolvimento da tecnologia médica e dos serviços de saúde
 - lutar contra a distribuição desigual do poder, do dinheiro e dos recursos
 - medir e analisar o problema por meio de ações de cooperação intersetorial
35. A falta de participação popular nos serviços e os modos coercivos, discriminatórios e autoritários como se deram as campanhas de saúde pública foram fundamentais para explicar os modelos de atenção à saúde, expandidos durante a era Vargas, pois as classes populares passaram a encarar as práticas de educação em saúde com certa reserva. A partir de 1930, a ação estatal no setor de saúde se concentra na construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores mais organizadas politicamente e as ações de caráter coletivo foram esvaziadas em favor da assistência médica individual. As ações educativas em saúde ficaram restritas a programas e serviços destinados às populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias. Nesse período, as ações de saúde passaram a se concentrar principalmente em campanhas sanitárias e programas especiais, tais como:
- qualidade da água para consumo humano
 - combate às doenças sexualmente transmissíveis
 - atendimento materno-infantil, pronto-socorro e saúde mental
 - ações de prevenção a populações expostas a contaminantes químicos
36. O conceito que visa apontar para a não continuidade entre o sexo físico e o sexo social, e que tem sido usado por diversos campos de conhecimento, inclusive pela saúde coletiva, devido a posturas como machismo, homofobia, misoginia, entre outras, que levam a resultados adversos para a saúde das pessoas e populações vulneráveis em todo o mundo é o de:
- gênero
 - sexologia
 - direitos humanos
 - saúde reprodutiva
37. Um novo campo de práticas e experiências está em construção por meio dos projetos e intervenções artístico-culturais no que diz respeito à saúde mental no Brasil. Isso ocorre pela invenção de novas possibilidades de vida e participação para os atores sociais envolvidos e pela construção de um novo "lugar social" para a loucura, no qual os protagonistas não se identificam pelo diagnóstico psiquiátrico ou psicopatológico, mas sim pela afirmação de direitos de cidadania e construção de possibilidades de reprodução social. Esse processo é chamado no Brasil de:
- medicina social
 - reforma psiquiátrica
 - saúde mental global
 - reforma hospitalocêntrica

38. Na década de 1990, a atenção básica em saúde assumiu caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltados para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. Como estratégia, a saúde da família foi explicitada na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS). **NÃO** foi uma determinação dessa norma:
- (A) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico
 - (B) colaborar na organização do SUS em seu processo de centralização de ações
 - (C) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios
 - (D) fortalecer a capacidade gestora do Estado no nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica
39. A Lei nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Um item necessário à ESF é:
- (A) o número de ACS, que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe
 - (B) o número de ACS, que deve ser suficiente para cobrir 50% da população cadastrada, com um máximo de 250 pessoas por ACS e de 10 ACS por Equipe de Saúde da Família, podendo as vezes mediante à justificativa, ultrapassar o limite máximo recomendado de pessoas por equipe
 - (C) a existência de Equipe de Saúde da Família composta por, no máximo, um médico cirurgião, um enfermeiro e dois ACS, contando sempre com o apoio de universidades e hospitais especializados
 - (D) a especificidade do ACS em realizar consultas, procedimentos, atividades em grupos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar usuários a outros serviços, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual ou municipal
40. Foi durante o período do regime militar, no final da década de 1960 e início da década de 1970 que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Nesses locais, iniciou-se um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente e culminou, na década de 1980, na criação do SUS. Trata-se do:
- (A) Movimento dos Conselhos de Saúde
 - (B) Movimento da Reforma Sanitária
 - (C) Movimento da Saúde Universal
 - (D) Movimento da Medicina Social