



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

Nome: _____

1. Segundo Minayo (2001) o conceito de estrutura traz implícitas algumas ideias subjacentes, a saber: totalidade, interdependência das partes, auto regulação e transformação. No que se refere ao conjunto dos termos e implicações dessa consideração da autora, pode-se afirmar que:
 - (a) A sociedade pode ser determinada pela soma das ações individuais, que resultam em leis a partir da média das ações humanas.
 - (b) A sociedade é um conjunto de ações coletivas, decididas pelos seres humanos e, a posteriori, geram as leis sociais.
 - (c) Os indivíduos formam a unidade que determina as regras sociais.
 - (d) A sociedade pode ser determinada por causas exteriores aos indivíduos, sendo o comportamento humano uma resultante de leis dos processos sociais.

2. Segundo Minayo (2001) as abordagens que colocam a ação e a interação como foco de análise social são chamadas de:
 - (a) Abordagens compreensivistas.
 - (b) Abordagens estruturalistas.
 - (c) Abordagens materialistas histórico-dialéticas.
 - (d) Abordagens quantitativas.

3. Para Minayo (2001) a atividade social tem como foco:
 - (a) O princípio de que a interação é pouco importante para o entendimento da realidade, uma vez que não é a ação social dos indivíduos que constrói a realidade.
 - (b) A investigação que desconsidere a intencionalidade das ações individuais.
 - (c) O princípio de que o ser humano é ator e autor da realidade por que define e cria situações.
 - (d) A manutenção de regras estabelecidas anteriormente aos indivíduos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

4. Segundo Marsiglia (2013) o uso do termo “coletivo” no campo da saúde coletiva é de fundamental importância, haja vista que:
- (a) O termo valoriza a importância do individual frente ao social
 - (b) É um termo polissêmico, utilizado como valorização do setor privado sob o público.
 - (c) É um termo polissêmico, utilizado como sinônimo de “população” por oposição a saúde com enfoque no indivíduo.
 - (d) É um termo polissêmico, utilizado como valorização dos aspectos clínicos frente aos epidemiológicos.
5. Na perspectiva de Marsiglia (2013), são temas emergentes no campo da saúde Coletiva no contexto dos anos 2000:
- (a) A questão da violência; as diferenciações entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos; as explicações culturais sobre o fenômeno da saúde.
 - (b) A questão da violência; as relações entre trabalho e saúde; os processos migratórios populacionais; e as populações marginalizadas tais como os que vivem em situação de rua, usuários de drogas lícitas e ilícitas, profissionais do sexo.
 - (c) As relações entre trabalho e saúde; os processos de conquista de direitos à população LGBT; e o desenvolvimento de alta tecnologia a serviço da população do Sistema Único de Saúde.
 - (d) As relações entre trabalho e saúde; os processos migratórios populacionais; e os processos de conquista de direitos à população LGBT.
6. No texto de Minayo (2001), a autora discorre sobre quatro tipos de estruturas constituídas de atividade social, a saber, as atividades societárias, atividades por entendimento, atividades institucionais e atividades de agrupamento. Pode se afirmar que exemplificações dessas atividades no campo da saúde coletiva são respectivamente:
- (a) Sindicatos de trabalhadores da saúde; costumes dos profissionais de um determinado serviço de saúde; as famílias dos usuários do sistema de saúde; e lideranças comunitárias dos conselhos municipais de saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (b) Costumes dos profissionais de um determinado serviço de saúde; sindicatos de trabalhadores da saúde; as famílias dos usuários do sistema de saúde; e lideranças comunitárias dos conselhos municipais de saúde.
- (c) As famílias dos usuários do sistema de saúde; sindicatos de trabalhadores da saúde; costumes dos profissionais de um determinado serviço de saúde; e lideranças comunitárias dos conselhos municipais de saúde.
- (d) As famílias dos usuários do sistema de saúde; sindicatos de trabalhadores da saúde; costumes dos profissionais de um determinado serviço de saúde; e lideranças comunitárias dos conselhos municipais de saúde.

7. Para Marsiglia (2013) os estudos sobre formações sociais concretas e históricas no interior do capitalismo poderão nos afastar no contexto atual de duas tendências igualmente inadequadas para o avanço do conhecimento, a saber:

- (a) Do teorismo, que não consegue apontar e separar as tendências determinantes daquilo que é singular, particular, ou mesmo circunstancial na realidade; e do empirismo, que sempre se refere aos objetos construídos abstratamente.
- (b) Da epidemiologia, que reduz o entendimento da saúde as questões puramente quantitativas; e da sociologia, que reduz o entendimento da saúde à determinação histórica das estruturas em que os indivíduos estão inseridos.
- (c) Da epidemiologia, que reduz o entendimento da saúde à identificação dos determinantes dos eventos; e da sociologia, que reduz o entendimento da saúde à teoria que origina as políticas públicas de saúde.
- (d) Do teorismo, que sempre se refere aos objetos construídos abstratamente; e do empirismo, que não consegue apontar e separar as tendências determinantes daquilo que é singular, particular, ou mesmo circunstancial na realidade.

8. Acerca do surgimento e do desenvolvimento da bioética, assinale a alternativa correta:
I - A proposta inicial de Potter era a de uma bioética com forte perspectiva ecológica.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

II - A produção científica da bioética nas suas primeiras décadas foi marcada pelo acento clínico e pela preocupação com a introdução e a aplicação das inovações biotecnológicas à saúde.

III - Os problemas éticos reduziram-se às relações do médico com paciente, e do pesquisador com sujeito de pesquisa, resolvendo-se pela aplicação dos princípios da autonomia, beneficência e justiça.

IV - A falta de uma dimensão ambiental enfraqueceu um enfoque mais ecológico e social, impedindo a visão sistêmica dos problemas tratados pela bioética.

V - No Brasil essa redução não ocorreu, pois a disciplina já surgiu com uma origem sanitária.

- (a) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
- (b) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
- (c) Apenas as afirmativas I, II, III e IV estão corretas
- (d) Todas as afirmativas estão corretas.

9. Acerca dos conceitos de moral, ética e bioética discutidos por Jungues e Zoboli (2012), assinale a alternativa errada:

- (a) A ética pode ser entendida como uma reflexão sobre os costumes ao analisar criticamente o senso comum da moral vigente. É o saber científico que reflete sobre as morais, criando um distanciamento crítico.
- (b) A pergunta básica da ética é o que devemos fazer e a questão central da moral é por que devemos fazer.
- (c) A moral é o conjunto de princípios, normas e valores de determinada cultura que orienta como cada um deveria se comportar em sociedade.
- (d) A bioética constituiu-se como campo científico, diferenciando-se da mera ampliação da ética médica.

10. “A constatação da fragilidade da racionalidade da ciência moderna provocou a busca de conexões entre as diferentes disciplinas científicas” (JUNGUES, ZOBOLI, 2012, p.1055). A respeito destas conexões, assinale a **alternativa errada**:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (a) Interdisciplinaridade é a interação de diversas disciplinas sob o comando de uma delas como campo integrador e coordenador dos diferentes conhecimentos. Implica a existência de axiomas comuns a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações definem-se por uma delas, que tem papel superior como disciplina integradora.
- (b) Na multidisciplinaridade, diferentes disciplinas tratam do mesmo assunto sem estabelecer relações de cooperação entre seus saberes, numa justaposição de conhecimentos. Já a pluridisciplinaridade é a associação de diferentes disciplinas com efetivas relações de contribuição entre seus saberes, numa complementariedade, mas sem a constituição de axiomas comuns.
- (c) Tanto a Saúde Coletiva quanto a Bioética referem-se a conteúdos caracterizados pela complexidade e pela interdisciplinaridade, ao incluírem os determinantes sociais, subjetivos, contextuais e ambientais da saúde.
- (d) Na transdisciplinaridade, a integração das disciplinas exige a formação de uma axiomática geral compartilhada e implica a criação de um novo campo de conhecimento para fundamentação teórica e metodológica das disciplinas integradas.

11. A frequência de casos novos de uma determinada doença ou problema de saúde em determinado período de tempo, oriundos de uma população sob risco de adoecimento no início da observação corresponde a:

- (a) Taxa instantânea
- (b) Incidência
- (c) Prevalência
- (d) Sobrevida

12. Em Epidemiologia, a população é dita como fechada quando nenhum membro novo é a ela incorporado ao longo do tempo, e seus integrantes a deixam somente devido à morte. Qual outro termo que é sinônimo de população fechada?

- (a) Coorte fixa
- (b) Coorte aberta
- (c) Amostra



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>
(d) Sujeitos da pesquisa

13. Quais das opções abaixo apresentam, exclusivamente, indicadores que se referem à saúde de indivíduos ou populações?

- (a) Anos potenciais de vida perdidos, gradiente biológico, densidade populacional
- (b) Mortalidade perinatal, percentual de pobreza, gradiente biológico
- (c) Coeficiente Gini, taxa de sobrevivência, anos potenciais de vida perdidos
- (d) Coeficiente geral de mortalidade, taxa de mortalidade infantil, expectativa de vida

14. A análise da distribuição das doenças ou serviços de saúde, onde o objeto de estudo está referenciado geograficamente é conhecido como:

- (a) Análise espacial em saúde
- (b) Estudo transversal
- (c) Geoestatística
- (d) Análise de Clusters

15. O processo sistemático e contínuo de coleta, análise, interpretação e disseminação de informação com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas de saúde é conhecido como:

- (a) Estudo piloto
- (b) Vigilância epidemiológica
- (c) Trabalho de campo
- (d) Vigilância sanitária

16. A prevalência é definida como a frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento. Considerando o número de casos (C_t) de *diabetes mellitus* em estudo multicêntrico desenvolvido em



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

algumas capitais do Brasil mostrado no quadro 1, marque a opção que apresenta os valores de prevalência (P_i) dessa enfermidade em cada grupo etário (30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, respectivamente).

Tabela 1. Número de casos de *diabetes mellitus* e tamanho de amostra de acordo com o grupo etário. Estudo multicêntrico desenvolvido em algumas capitais do Brasil.

Grupo etário (anos)	Casos (C_1)	Amostra (N_1)
30-39	229	8.494
40-49	319	5.774
50-59	568	4.486
Total	1.116	18.754

- (a) 20,52%; 28,58%; 50,90%
- (b) 2,70%; 5,52%; 12,66%
- (c) 37,09%; 18,10%; 7,89%
- (d) 229; 319; 568

17. A ocorrência epidêmica, onde todos os casos estão relacionados entre si, atingindo uma área geográfica pequena e delimitada, ou uma população institucionalizada é denominada de:

- (a) Endemia
- (b) Pandemia
- (c) Surto
- (d) Epidemia

18. Dentre os aspectos que devem ser considerados na notificação compulsória à Vigilância Epidemiológica, tem-se:

- (a) Não notificar a simples suspeita de doença ou agravo, devendo-se aguardar a confirmação do caso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (b) Além dos agravos constantes na Lista Nacional de Doenças e agravos de Notificação Compulsória, os estados e municípios podem definir doenças e agravos de notificação local
- (c) A notificação não pode ser sigilosa, tendo em conta o risco para a comunidade
- (d) O envio dos instrumentos de coleta de notificação não deve ser feito na ausência de casos

19. Relacione as definições de caso adotadas na Vigilância segundo a chave:

- I. CASO
- II. CASO ÍNDICE
- III. CASO ESPORÁDICO
- IV. CASO ALÓCTONE
- V. CASO AUTÓCTONE

() Pessoa ou animal infectado ou doente apresentando características clínicas laboratoriais e epidemiológicas específicas

() É o doente, atualmente presente na área sob consideração, que tenha adquirido a sua doença em outra região de onde emigra ou onde esteve ocasionalmente

() É o caso de doença que teve origem dentro dos limites do lugar em referência ou sob investigação

() É o caso que, segundo informações disponíveis, não se apresenta epidemiologicamente relacionado a outros já conhecidos

() Primeiro entre vários casos de natureza similar e epidemiologicamente relacionados

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

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

20. A flutuação cíclica de uma doença resulta geralmente da variação da:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (a) Qualidade e integralidade da notificação
- (b) Proporção de suscetíveis na comunidade
- (c) Risco de exposição à fonte de infecção
- (d) Virulência do agente etiológico

21. Sobre a implantação do SUS é correto afirmar que teve início:

- (a) Em 1988; na Assembléia Nacional Constituinte;
- (b) Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde;
- (c) Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde;
- (d) Em 1985, com as Ações Integradas de Saúde.

22. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi muito importante na definição de algumas características do SUS. É correto afirmar que houve:

- I) Orientação para o aumento do financiamento público do setor saúde;
 - II) Unificação e integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação;
 - III) Integração da gestão federal, estadual e municipal;
- (a) Apenas II e III estão corretas
 - (b) Apenas I e II estão corretas
 - (c) Apenas I e III estão corretas
 - (d) I, II e III estão corretas

23. Quanto aos princípios e diretrizes do SUS, pode-se afirmar que:

- I) É dever do estado a garantia de ações e serviços necessários a toda população.
 - II) É direito do cidadão a participação apenas na fiscalização da implantação de políticas de saúde por meio de seus representantes eleitos.
 - III) É direito do cidadão atendimento em unidades de saúde mesmo fora de seu município ou estado.
- (a) Todas estão corretas;
 - (b) Apenas I e II estão corretas
 - (c) Apenas II e III estão corretas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

(d) Apenas I e III estão corretas;

24. O arcabouço institucional e decisório do SUS é composto por:

- (a) No nível federal, pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite;
- (b) No nível municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite;
- (c) No nível estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite;
- (d) No nível federal, pelo Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite.

25. A instância colegiada, de caráter permanente, que garante a participação do cidadão na formulação de estratégias para o aperfeiçoamento do SUS é:

- (a) o Fundo Nacional de Saúde;
- (b) a Conferência de Saúde;
- (c) a Área Programática.
- (d) o Conselho de Saúde;

26. Em relação às ações do SUS (Sistema Único de Saúde), é CORRETO afirmar que:

- (a) Somente os pacientes com menor poder aquisitivo têm direito aos serviços do SUS.
- (b) As ações de saúde no SUS devem priorizar os cuidados hospitalares em detrimento dos cuidados de prevenção e promoção da saúde.
- (c) O setor privado não pode participar do SUS, de forma complementar.
- (d) Todos tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde.

27. A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: (PNAB)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (a) Atuação no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua.
- (b) Orientação por problemas, pressupondo a resolução de 20% da demanda e encaminhamento à especialidade de média e alta complexidade.
- (c) Caráter complementar em relação à rede de especialidades nos territórios em que atuam os hospitais gerais.
- (d) Planejamento e programação normativa em saúde, com projetos verticalizados e centralizados.

28. São ações previstas pelo SUS:

- I) As atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente;
 - II) Serviços ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico;
 - III) Ações de distintas complexidades e custos;
 - IV) Intervenções ambientais;
 - V) Controle de qualidade de produção de insumos e de pesquisa.
- (a) Apenas I, II, III e IV estão corretas
 - (b) Todas estão corretas
 - (c) Apenas I, II e III estão corretas
 - (d) Apenas I e II estão corretas

29. Faça a correta relação entre descrição e conceito:

- I. Todos tem o direito de obter as ações e serviços que necessitam.
 - II. Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, para cada caso, em todos os níveis de complexidade.
 - III. Não pode haver discriminação no acesso aos serviços de saúde.
 - IV. Responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.
- (a) Integralidade, Regionalização, Priorização, Acessibilidade.
 - (b) Universalidade, Hierarquização, Equidade, Integralidade.
 - (c) Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

e-mail :ppgsc@contato.ufsc.br. - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

- (d) Hierarquização, Integralidade, Universalidade, Equidade.

30. Quanto ao Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características:

- I – territorialização, adscrição e identificação de risco;
 - II – cuidado individual apenas na Unidade Básica de Saúde, e ações coletivas apenas em outros espaços do território;
 - III - participar do planejamento local de saúde, monitoramento e a avaliação das ações;
 - IV - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.
- (a) Todas estão corretas
 - (b) Apenas I, II e IV estão corretas
 - (c) Apenas I, II e III estão corretas.
 - (d) Apenas I, III e IV estão corretas;