

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

PROCESSO SELETIVO

TÉCNICO DE NÍVEL SUPERIOR

Nível V

Área de Atuação 2

PLANEJAMENTO EM SAÚDE OU NA
ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de **Conhecimentos Específicos**, confira inicialmente os seus dados pessoais transcritos acima e o seu nome no rodapé de cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique o nível, o número e o nome de sua área de atuação transcritos acima e no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **18/11/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **19 e 20/11/2008** – Recursos (provas objetivas): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **9/12/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a avaliação curricular de títulos e experiência profissional e convocação para perícia médica: Diário Oficial da União e Internet.
- IV **10 e 11/12/2008** – Entrega da documentação para a avaliação curricular de títulos e experiência profissional: em locais e horários a serem divulgados na respectiva convocação.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital n.º 3 - MS – PS, de 8/9/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **51 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

O planejamento, não só no campo da saúde como em outras áreas sociais, tem sido reconhecido como método de intervenção sobre a realidade e também como processo social. Na primeira vertente, definem-se instrumentos e técnicas para a gestão, com ênfase nos meios de trabalho; na segunda, o foco está na participação de atores sociais individuais e coletivos, com foco em processos de mudança e legitimação de propostas. Em qualquer caso, planejamento implica ação, também, não se constituindo apenas como teoria ou ideologia. Assim, planejar é, acima de tudo, compromisso com a ação, pensando-a com antecipação; é uma alternativa à improvisação, é oportunidade de uso da liberdade dos sujeitos para não torná-los reféns dos fatos que independem de suas vontades. É um cálculo que precede e preside a ação, no dizer da Matus (1996).

J. S. Paim. *Planejamento em saúde para não-especialistas*. In: G. W. S. Campos. *et al. Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro/São Paulo: HuCITEC/FIOCRUZ, 2007, p. 767-82 (com adaptações).

Com referência a planejamento, prática social ao mesmo tempo técnica, política, econômica e ideológica e tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens de **51 a 63**.

- 51** São consideradas como planejamento não só as práticas estruturadas, traduzidas por instrumentos diversos, tais como planilhas, formulários, textos, manuais que predominam no cotidiano dos sistemas de saúde, mas também as não-estruturadas, tais como os momentos, nem sempre formalizados, de análise da realidade, com a conseqüente e imediata tomada de decisões pragmáticas.
- 52** A expressão planejamento deve ser reservada para referir-se aos processos formais e estruturados de análise e tomada de decisões apoiados em instrumentos objetivos que permitam o trabalho com variáveis quantificadas.
- 53** O planejamento em saúde, ao tornar explícitas as finalidades e os caminhos previstos para a ação a ser desenvolvida, pode contribuir para a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores e dos usuários do sistema de saúde, principalmente se eles forem chamados a compartilhar responsabilidades no processo respectivo.
- 54** O processo de planejamento em saúde não tem como escopo apenas o nível macro dos sistemas de saúde, nos diversos âmbitos federativos, mas também pode e deve ser usado no âmbito das instituições e organizações de saúde, das microrregiões, dos distritos sanitários e até dos serviços de saúde isolados e de dimensão reduzida.
- 55** Os documentos denominados Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI), previstos na NOAS/2002 e confirmados no Pacto pela Saúde, podem ser considerados como instrumentos de caráter estratégico para o planejamento, a gestão e a intervenção sobre a realidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 56** No planejamento em saúde, são características indispensáveis à participação de especialistas lotados em setores específicos voltados para o planejamento: a ênfase em instrumentos quantificáveis relativos a metas e resultados, a fundamentação normativa consistente e o cumprimento de rituais relativos à aplicação de técnicas.
- 57** O planejamento de uma intervenção quase sempre desemboca na formulação de um projeto (de intervenção), frente ao qual certas perguntas devem ser respondidas, tais como: Onde se está? Aonde se quer ir? Como será feito o percurso? O que se faz necessário? Aonde se chegou?
- 58** A elaboração e o monitoramento de um orçamento relativo a determinada ação escapam ao campo de práticas do planejamento, visto que constituem responsabilidade de outro grupo técnico ou setor.
- 59** O caráter estratégico (como?) e o caráter normativo (o quê?) não são excludentes no processo de planejamento, considerando-se que um momento normativo deve estar sempre presente e nele serão estabelecidos os objetivos e quantificadas as metas a serem alcançadas.
- 60** No processo de planejamento, plano diz respeito ao que fazer diante de determinada situação; programa articula objetivos, atividades e recursos necessários para a ação; projeto desdobra o plano em nível mais detalhado, buscando-se sua execução.
- 61** No planejamento em geral, a ideologia (dos planejadores, dos executores ou dos beneficiários) dificulta e polui a realização das ações, devendo ser devidamente prevista e eliminada do processo, para garantia de melhores resultados.
- 62** Houve e continua havendo enormes dificuldades e obstáculos para que o planejamento, uma invenção dos sistemas de socialismo real, seja incorporado nos países de modo de produção capitalista.
- 63** Não há pontos de contato entre o planejamento estratégico no âmbito empresarial e no âmbito do serviço público.

O sistema de planejamento do SUS (Planeja-SUS) é o documento que define elementos e características que visam dotar os gestores — de forma oportuna e segundo as especificidades de cada esfera de direção — do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Nas origens de sua elaboração, está o Plano Nacional de Saúde (PNS), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2004, documento que deixou patente a necessidade de se construir um sistema de planejamento do SUS. Na seqüência, o Ministério da Saúde promoveu, entre 2005 e 2006, oficinas que contaram com a participação de mais de duas centenas de dirigentes e técnicos da área da saúde, com atuação no campo do planejamento nas três esferas de gestão do SUS. A respeito desse assunto, julgue os próximos itens.

- 64** O Planeja-SUS foi implementado como consequência direta da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS).
- 65** O Planeja-SUS, implementado como consequência direta do Pacto pela Saúde, está articulado com o PNS.
- 66** O Planeja-SUS, que tem força de lei, deve ser acatado e implementado em todas as esferas de gestão do SUS.
- 67** O Planeja-SUS tem no gestor federal sua autoridade máxima e instância de recursos de um sistema nacional ascendente de planejamento em saúde.
- 68** O Planeja-SUS estabelece mecanismos de incentivo financeiro aos estados e municípios que adotarem os princípios nele estipulados.
- 69** O Planeja-SUS está registrado em um conjunto de portarias do Ministério da Saúde publicadas a partir de 2006.
- 70** A adesão ao Planeja-SUS por parte de estados e municípios é decorrência obrigatória da assinatura do Pacto pela Saúde e dos correspondentes termos de compromisso de gestão firmados.
- 71** Os mecanismos de incentivo financeiro para estados e municípios estipulados no Planeja-SUS somente se aplicam àqueles cujos gestores aderiram formalmente ao Pacto pela Saúde.
- 72** Um dos conceitos fundamentais do Planeja-SUS é o de ciclo de gestão, que preconiza que se deverá buscar, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações e serviços de saúde.
- 73** O Planeja-SUS busca, entre outras ações, promover a participação social e a integração intra e intersetorial, considerados os determinantes e os condicionantes de saúde.

São instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS

- 74** os planos de saúde e as respectivas programações anuais em saúde, além do relatório de gestão.
- 75** o plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária anual da respectiva esfera de governo.

Acerca dos desdobramentos do sistema de planejamento do SUS, julgue os itens que se seguem.

- 76** Cada esfera de gestão deve realizar o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde regionais.
- 77** O sistema de planejamento do SUS não deverá levar em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, considerando a diversidade e a complexidade da situação em cada realidade.
- 78** Por meio do Planeja-SUS, são pactuadas as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do sistema de saúde, devendo os respectivos instrumentos ser utilizados pelas três esferas de gestão.
- 79** O PNS foi objeto de discussão e aperfeiçoamento em diferentes colegiados e fóruns internos do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, a partir de uma proposta do plano.
- 80** O PNS de 2006 foi inspirado diretamente nas deliberações da 8.^a Conferência Nacional de Saúde.
- 81** O monitoramento e a avaliação do próprio PNS constituem objetos contemplados no referido documento.
- 82** Os objetivos, as diretrizes e as metas do PNS compreendem linhas de atenção à saúde, condições de saúde da população, análise do setor de saúde, gestão em saúde e investimento em saúde.
- 83** O crescimento com geração de emprego e renda, a promoção e expansão da cidadania e o fortalecimento da democracia não são princípios contemplados no PNS.

Com relação à estrutura e às metas definidas no PNS, julgue os itens subsequentes.

- 84** A estrutura do PNS compreende ações que lhe dão consequência prática relativamente a programas e(ou) projetos específicos, diretrizes ou formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas e um rol de metas a serem alcançadas, para cada diretriz explicitada.
- 85** No PNS, se recomenda valorizar, na avaliação dos indicadores ou no acompanhamento das metas, a heterogeneidade de cobertura e de qualidade das informações nas diferentes regiões e estados brasileiros.
- 86** O PNS contempla as questões ligadas ao modelo atual de financiamento, bem como as políticas de investimento.
- 87** O PNS tem como meta essencial a redução das desigualdades no Brasil e a efetivação de um pacto de gestão que, junto aos gestores das três esferas, viabilize, de fato, as decisões de natureza tripartite em torno de uma agenda estratégica.
- 88** O processo de formulação do PNS teve os seus fundamentos no PPA federal, seguindo orientações estratégicas de inclusão social, desconcentração de renda, crescimento ambientalmente sustentável, redução das disparidades regionais, entre outros aspectos.

Com relação aos desdobramentos do PNS na gestão do SUS, julgue os itens seguintes.

- 89** O PNS ocupa uma lacuna das ferramentas de gestão do SUS no que se refere à articulação das ações das várias esferas de governo em busca da integralidade, efetividade e eficiência da atenção à saúde.
- 90** A definição de prioridades no PNS indica não só as responsabilidades de cada esfera de governo e a necessidade de recursos, mas também a exigência de um ambiente de efetiva pactuação entre União, estados e municípios, conforme a lógica de um pacto de gestão.
- 91** O PNS constitui elemento fundamental para o Pacto pela Saúde, ao revelar, a partir de uma avaliação situacional, aquilo que é o principal propósito de intervenção e um dos grandes desafios do SUS: a desigualdade.
- 92** Entre as iniciativas prioritárias definidas no PNS, incluem-se a ampliação do acesso a medicamentos; a qualificação da atenção à saúde; o incremento de programas de saúde (como saúde bucal; saúde mental; saúde da mulher; controle da hanseníase e tuberculose; transplantes).
- 93** O PNS pode ser considerado um dos avanços possibilitados pela unificação do sistema de saúde, com a formação do SUS, de acordo com os princípios da Constituição Federal de 1988 (CF).

A Portaria GM/MS n.º 399/2006 divulgou o Pacto pela Saúde 2006, voltado para a consolidação do SUS. Nele, foram considerados, entre outros, os seguintes aspectos: a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores; a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores, objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS; a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Naturalmente, o planejamento é considerado de maneira intensiva nesse documento normativo. Acerca desse planejamento e do conteúdo das propostas do Pacto pela Saúde relativas a ele, julgue os itens a seguir.

- 94** O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária.
- 95** O processo de planejamento do SUS está baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e direcionalidade ao processo de gestão do SUS.
- 96** Pressupõe-se que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os princípios e as diretrizes do SUS e contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais e regionais.
- 97** Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento deve buscar, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, do monitoramento e da avaliação do SUS, bem como deve promover a participação social e a integração intra e intersetorial.
- 98** Um dos objetivos do sistema de planejamento do SUS é formular metodologias de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, sem, no entanto, definir o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão.

A respeito das implicações do Pacto pela Saúde no processo de planejamento do SUS, julgue os itens que se seguem.

- 99** O Pacto pela Saúde implica a criação de novas propostas de instrumentos legais do SUS, no âmbito dos três entes federados.
- 100** Está registrada nesse pacto a preocupação com a implementação e a difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo, de forma a facilitar a criação de uma rede de cooperação entre elas.
- 101** O pacto não estimula a institucionalização e o fortalecimento das áreas de planejamento de saúde nas outras esferas de governo, ao contrário, reforça a presença e a liderança do setor de planejamento do gestor federal.
- 102** O pacto estimula a integração dos processos de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.
- 103** No pacto, enfatiza-se o o planejamento de nível regional e são apresentados, entre outros, os seguintes pontos essenciais: pactuação; adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento; integração dos instrumentos de planejamento; institucionalização e fortalecimento do sistema de planejamento do SUS, neste incluídos o monitoramento e a avaliação.

Na saúde, como se sabe, as leis orgânicas, situadas em patamar imediatamente inferior à CF, são duas: a Lei n.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulando, assim, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, e a Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Em ambos os diplomas legais, há várias referências ao planejamento das ações e dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Com base no disposto nessas leis, julgue os itens de **104 a 108**.

- 104** Em artigo ainda não totalmente regulamentado, a Lei n.º 8.080/1990 prevê que os valores a serem transferidos aos entes federados obedecem a critérios de perfil demográfico da região e perfil epidemiológico da população a ser coberta.
- 105** Determina a Lei n.º 8.080/1990 que os planos de saúde seriam a base das atividades e programações de cada nível do SUS e seu financiamento seja previsto na respectiva proposta orçamentária.
- 106** A Comissão Intergestores Tripartite deve estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, com base nas características epidemiológicas e na organização dos serviços verificadas em cada jurisdição administrativa.

107 Nos termos da Lei n.º 8.142/1990, para receberem os recursos transferidos pela União, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar apenas com fundo de saúde regularmente constituído, sendo dispensadas outras formalidades.

108 Segundo a Lei n.º 8.080/1990, art. 36, o processo de planejamento e orçamento da saúde deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, devendo ser compatibilizadas as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde nas esferas respectivas.

O Pacto pela Saúde, em seu componente de gestão, introduz um novo ente no SUS: os colegiados de gestão regional (CGRs) e os define como instrumentos de qualificação do processo de regionalização em saúde, espaços permanentes de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa, além de serem instrumentos de planejamento regional. A idéia é que esses novos colegiados se configurem como verdadeira expressão das responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território, mediante objetivos e ações voltados para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Com referência às tarefas previstas para os CGRs no campo do planejamento em saúde e áreas correlatas, julgue os itens seguintes.

109 Compõem-se de forma proporcional e representativa do conjunto de municípios de dada região, em caráter paritário com a representação estadual.

110 Desempenham as mesmas funções anteriormente atribuídas às comissões intergestores bipartites.

111 São configurados como espaços de tomada de decisões entre gestores, bem como de exercício de um processo dinâmico de planejamento regional, têm atribuições de identificação e definição de prioridades e das responsabilidades de cada ente federado.

112 Seu o eixo principal de atuação é o exercício da pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

113 Não são responsáveis pelos processos de regulação em saúde (definições de fluxos e protocolos), controle social e seleção de prioridades para investimentos públicos.

No que se refere aos aspectos do planejamento em saúde que dizem respeito mais especificamente ao sistema hospitalar no SUS, julgue os itens subseqüentes.

114 Os procedimentos de contratação, regulação controle e avaliação dos hospitais prestadores de serviços ao SUS são de responsabilidade dos municípios, quando estes estiverem em gestão plena, ou dos estados, em caso contrário, não estando previstas para o gestor federal competência relacionadas a esse aspecto.

115 Os complexos reguladores do SUS, que interferem diretamente com a dinâmica hospitalar, visto que estabelecem parâmetros de atendimento nas diversas complexidades, são, na maioria dos casos, de responsabilidade exclusiva do nível federal de governo.

116 Os hospitais de ensino e pesquisa gozam de prerrogativas no SUS, desde que certificados mediante instrumento específico, estabelecido por meio de portaria conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Educação.

117 A estimativa de oferta de leitos e procedimentos hospitalares no Brasil ainda é a que foi estabelecida na Portaria n.º 8.046 do INAMPS, originada nos anos 80 e não revogada de fato e de direito.

118 Os hospitais de médio e pequeno porte, que possuem de cinco a 30 leitos, fazem parte da realidade dos municípios brasileiros e têm sido valorizados no planejamento das ações de saúde no âmbito do SUS, como demonstra a criação de uma política nacional específica para eles.

119 A meta de internação de 10% da população/ano na verdade está subdimensionada, pois as necessidades efetivas da população brasileira são substancialmente maiores.

120 Os hospitais vinculados ao chamado setor de saúde suplementar (planos, seguros de saúde e congêneres) estão fora do alcance da regulação pública, competindo ao PROCON o atendimento às eventuais distorções em sua prestação de serviços.

