

Nas questões a seguir, marque, para cada uma, a única opção correta, de acordo com o respectivo comando. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova.

PROVA OBJETIVA**CONHECIMENTOS BÁSICOS****QUESTÃO 1**

O Relatório de Gestão (RAG) apresentado pelo gestor estadual ao Tribunal de Contas do estado não foi aprovado, por não ter sido comprovada a aplicação mínima de 12% de sua arrecadação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, conforme é determinado pela Lei Complementar nº 141/2012.

Com base nessa situação hipotética e na informação apresentada, é correto afirmar que o relatório apresentou gastos em saúde incluindo

- (A) o investimento na rede física do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a execução de obras de recuperação, de reforma, de ampliação e de construção de estabelecimentos públicos de saúde.
- (B) a assistência, com a atenção integral à saúde em média e alta complexidade, prestada pelo hospital do servidor público da secretaria estadual de saúde, com atendimento ambulatorial e em internação, exclusivamente, de servidores públicos estaduais.
- (C) a produção, a aquisição e a distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos; sangue e hemoderivados; medicamentos e equipamentos médico-odontológicos.
- (D) o saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- (E) a remuneração do pessoal em atividade nas ações e nos serviços públicos de saúde, incluindo os encargos sociais.

QUESTÃO 2

A Lei nº 9.656/1998 determina o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, e tem por exigências mínimas estabelecidas a(o)

- (A) cobertura de consultas médicas, em número limitado por região geográfica, em clínicas básicas e especializadas.
- (B) cobertura de serviços de apoio diagnóstico em laboratório clínico, imagens, com restrições em radiologia intervencionista, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- (C) tratamento clínico ambulatorial ou cirúrgico experimental solicitados pelo médico assistente.
- (D) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.
- (E) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação em tratamentos clínicos ambulatoriais.

QUESTÃO 3

Considerando que a auditoria interna do SUS é definida como atividade sistematizada, independente e objetiva de avaliação e apoio à gestão, executada pelos componentes integrantes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), assinale a opção correta a respeito de seu principal papel nos componentes federal, estaduais e municipais de auditoria.

- (A) Encontra-se na primeira linha, realizando a supervisão da execução das atividades, por parte dos servidores diretamente envolvidos, ou seja, os controles que permitem a continuidade das operações mesmo diante de eventos inesperados.
- (B) Encontra-se na segunda linha realizando supervisão de conformidade, que monitora os controles da primeira linha, fornece estruturas, orientações e treinamento sobre processos de gerenciamento de riscos.
- (C) Encontra-se na terceira linha, a qual deve avaliar controles internos, gerenciamento de riscos e a governança, estando diretamente relacionada ao processo de verificação de qualidade, de eficiência e de eficácia desses controles.
- (D) É parte integrante da gestão administrativa do órgão ou da unidade, que serve de auxílio e referência, definindo procedimentos e medidas para evitar falhas de ordem operacional, revisar atos ou autorizações a serem decididas, buscando evitar impropriedades.
- (E) Estabelecer regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações operacionalizados de forma integrada pelo corpo de servidores dos órgãos destinados a enfrentar os riscos e a fornecer segurança razoável à realização dos objetivos.

QUESTÃO 4

Ao processar a produção SUS apresentada por um prestador filantrópico, o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD2) aplicou críticas de bloqueio e rejeição no conjunto das autorizações de internação hospitalar (AIHs) processadas, permitindo, no entanto, que houvesse uma ação de liberação das críticas pelo gestor. Assim, ao final da análise realizada pelo autorizador, o SIHD não liberou uma das AIHs, havendo, com isso, uma mensagem de erro.

Com base nessa situação hipotética, assinale a opção que apresenta a mensagem de erro concernente a esse contexto.

- (A) permanência, em diárias, abaixo da metade da média de permanência estabelecida no atributo do procedimento
- (B) paciente fora da faixa etária estabelecida nos atributos idade mínima e idade máxima do procedimento
- (C) duas AIH do mesmo paciente na mesma competência com intersecção de períodos de internação justificada
- (D) quantidade de diárias superior à capacidade instalada de leitos hospitalares
- (E) AIH com registro de quantidade máxima de procedimento secundário acima da prevista no atributo na tabela SUS

QUESTÃO 5



Assinale a opção que apresenta as características das redes de atenção à saúde (RAS).

- (A) São arranjos de ações e serviços de saúde integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, para promover um cuidado integral da saúde dos cidadãos.
- (B) A unidade de pronto atendimento (UPA) é a principal porta de entrada do SUS, atuando como primeiro contato da população com o sistema de saúde, devendo encaminhar o paciente para as unidades especializadas de referência, quando for o caso.
- (C) São definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, estabelecidas em uma região de saúde.
- (D) Fortalecem o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.
- (E) No âmbito da lógica de redes, cada ponto de atenção ou serviço de saúde tem um papel previamente definido para a oferta do cuidado necessário, contribuindo para a fragmentação das ações e dos serviços de saúde no SUS.

QUESTÃO 6



A Lei nº 8.142/1990, ao tratar da participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece que

- (A) cada esfera de governo, federal, estadual e municipal deve contar com as instâncias colegiadas: conferência de saúde; conselho de saúde; e conselho dos secretários de saúde representando a participação popular na gestão do SUS, garantindo que o processo de planejamento seja ascendente.
- (B) a conferência de saúde reunir-se-á a cada ano com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes em seu relatório final.
- (C) o conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
- (D) a representação dos usuários nos conselhos de saúde será paritária em relação aos prestadores do sistema de saúde, com participação de representante do gestor responsável pelo voto de qualidade quando houver empate na votação da proposta em plenário.
- (E) o conselho de saúde discute e aprova a política de saúde expressa no plano de saúde, exercendo a sua função consultiva na análise dos serviços prestados sem exercer função de fiscalização ou controle dos aspectos econômicos e financeiros.

QUESTÃO 7



Sabendo-se que a quimioterapia antineoplásica é a forma de tratamento sistêmico do câncer que utiliza medicamentos denominados genericamente de quimioterápicos (inclusive hormonioterápicos, alvoterápicos, bioterápicos, imunoterápicos) que são administrados de acordo com os esquemas terapêuticos e sabendo-se, também, que o registro do tratamento no SUS é realizado por meio da autorização de procedimento ambulatorial (APAC), para que seja realizada a autorização e o ressarcimento pelo SUS, é necessário considerar

- (A) o esquema terapêutico utilizado, com medicamentos ou esquemas medicamentosos, se foram aplicados por dia, semana, quinzena, de 3/3 semanas ou de 4/4 semanas.
- (B) se foram utilizados medicamentos administrados, ambulatorialmente, em diferentes doses e intervalos de aplicação, considerando a quantidade de ciclos mensais que variam de acordo com os esquemas terapêuticos prescritos.
- (C) se houve a utilização de terapia associada à quimioterapia infusional como antieméticos, corticoides ou analgésicos para acrescentar valores ao tratamento realizado.
- (D) se foi apresentada a dosagem de receptor tumoral hormonal como exigência para haver a autorização da hormonioterapia do câncer de mama e do adenocarcinoma de próstata.
- (E) o valor total do tratamento é dividido pelo número de meses em que ele é planejado para ser feito e o resultado dessa divisão é a quantia a ser ressarcida a cada mês.

QUESTÃO 8



Os sistemas de saúde ao redor do mundo variam significativamente na forma como são financiados, gerenciados e entregues à população. A literatura clássica de economia da saúde e de políticas públicas apresenta os modelos estruturais em grandes eixos teóricos. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta um desses modelos, com suas características principais.

- (A) No modelo Bismarck, o acesso à saúde é condicionado à capacidade de pagamento do indivíduo no ato do consumo (out-of-pocket) ou pela contratação voluntária de seguros de saúde privados (comerciais).
- (B) No modelo Beveridge, o sistema é financiado quase integralmente por meio de impostos gerais da população. O Estado atua tanto como o principal pagador quanto como o prestador dos serviços.
- (C) No modelo seguro social de saúde, o acesso é universal e gratuito no ponto de atendimento, tem forte foco em atenção primária, regulação centralizada e controle rígido de custos por meio de filas e tetos orçamentários.
- (D) O modelo de seguro nacional de saúde (NHI) é financiado conjuntamente por empregadores e empregados por meio de contribuições obrigatórias sobre a folha de pagamento (descontadas em folha).
- (E) No modelo de desembolso direto, o financiamento e a consolidação do caixa são majoritariamente públicos, via impostos ou contribuições obrigatórias universais, configurando um pagador único (Single-Payer).

QUESTÃO 9



Considerando a metodologia de emissão e apresentação da autorização de internação hospitalar (AIH), é correto afirmar que

- (A) a AIH representa a assistência prestada a um paciente durante todo o período de internação.
- (B) não é possível emitir uma AIH para paciente que não receberá atendimento em regime de internação, como no caso de hospital-dia.
- (C) as informações geradas pelas AIH permitem que sejam estabelecidos indicadores de censo hospitalar, como quantidade de internações, média de permanência, taxa de mortalidade ou giro de leitos.
- (D) não é permitido registrar internação de paciente com entrada e saída na mesma data.
- (E) poderá haver, em uma internação, mais de uma AIH para o mesmo paciente.

QUESTÃO 10



Acerca do ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, está estabelecido, atualmente, que

- (A) serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições integrantes do SUS.
- (B) o ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS, utilizando como referência a tabela única de equivalência de procedimento (TUNEP) aprovada e divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- (C) será aplicado um índice de valoração de ressarcimento (IVR) equivalente a 2,5 do valor de crédito gerado pela AIH que registra o atendimento, para ajustar os custos hospitalares à realidade do mercado.
- (D) os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS, podendo ser superiores aos praticados pela operadora do produto, dependendo de sua área de abrangência.
- (E) a obrigação de ressarcimento poderá ser convertida em prestação de serviços pela operadora no âmbito do SUS, mediante celebração de termo de compromisso, desde que os valores de cada procedimento não sejam superiores aos previstos na tabela do SUS.

QUESTÃO 11



Um hospital de grande porte decidiu substituir integralmente os seus registros físicos por uma plataforma digital integrada para gerenciar os processos administrativos e os clínicos.

Com base nessa situação hipotética, assinale a opção que apresenta corretamente o conceito e a função primordial do PEP, considerando-se esse novo cenário.

- (A) Trata-se de uma ferramenta de uso exclusivo do setor de faturamento, visando, exclusivamente, ao controle de custos e à auditoria de contas hospitalares.
- (B) Consiste em um sistema digital que reúne e organiza informações clínicas e administrativas do paciente, facilitando a segurança dos dados e a continuidade do cuidado.
- (C) Refere-se à simples digitalização de documentos em papel em formato de imagem (PDF), sem possibilidade de integração com outros sistemas de apoio diagnóstico.
- (D) Funciona como um repositório estático de dados epidemiológicos voltado para consultas externas do Ministério da Saúde, sem impacto no atendimento direto ao paciente.
- (E) É uma plataforma de telessaúde que substitui a necessidade de consultas presenciais, focada estritamente no monitoramento remoto de sinais vitais por meio de dispositivos vestíveis.

QUESTÃO 12



Uma instituição de saúde desejava implementar sistemas de inteligência artificial (IA) para suporte à decisão clínica com base em dados reais de seu Sistema de Informação em Saúde (SIS).

Com base nessa situação hipotética e quanto aos modelos de maturidade digital e aos requisitos para o uso estratégico da informação, assinale a opção correta.

- (A) A implantação de algoritmos avançados de IA é o primeiro passo para que uma instituição com baixa maturidade digital consiga organizar os seus processos internos e os seus registros clínicos.
- (B) O nível de maturidade na adoção de prontuários eletrônicos é um indicador isolado da infraestrutura de TI e não influencia o sucesso de projetos de ciência de dados.
- (C) O preenchimento adequado e estruturado dos dados no prontuário eletrônico do paciente (PEP) é um pré-requisito de caráter mais crítico para a geração de valor do que a própria sofisticação técnica do sistema de inteligência artificial utilizado.
- (D) O suporte à decisão administrativa deve basear-se primordialmente em *dashboards* de *business intelligence* (BI) de tempo real, uma vez que dados históricos são irrelevantes para o planejamento estratégico.
- (E) O enquadramento de sistemas de IA como o Software como Dispositivo Médico (SaMD) dispensa a validação clínica e regulatória, desde que os dados sejam provenientes de fontes internas da instituição.

QUESTÃO 13



A digitalização da saúde no Brasil passou por um processo de aceleração significativo nos últimos anos, com a alteração de modelos de assistência e de gestão. Considerando essa informação, o cenário atual e a regulamentação da telemedicina, assinale a opção correta.

- (A) A telemedicina foi proibida no Brasil após o término da emergência sanitária da covid-19 para que fosse priorizado apenas o atendimento presencial.
- (B) A adoção da telemedicina no país consolidou-se como recurso estratégico para ampliar o acesso e otimizar o uso de recursos financeiros e de tempo.
- (C) O atendimento via telemedicina dispensa o registro das interações em prontuário eletrônico, uma vez que a consulta ocorre em ambiente virtual.
- (D) A prática da telessaúde é permitida apenas em instituições privadas, sendo vedada a sua implantação no âmbito do SUS.
- (E) A regulamentação vigente exige que toda primeira consulta seja obrigatoriamente presencial, proibindo o início de qualquer plano de cuidado via telemedicina.

QUESTÃO 14



Um hospital planejava implementar uma plataforma de saúde digital para gerenciar pacientes crônicos, integrando dispositivos vestíveis (*wearables*) ao prontuário eletrônico.

Com base nessa situação hipotética, assinale a opção correta, acerca da gestão e da auditoria desses sistemas.

- (A) A integração de dados de diferentes fontes em uma visão longitudinal do paciente é um requisito estrutural para que a saúde digital gere valor clínico real.
- (B) O sucesso da implementação depende exclusivamente da sofisticação do algoritmo utilizado, independentemente de sua integração ao fluxo de trabalho (*workflow*).
- (C) Barreiras como a baixa literacia digital da população não influenciam a eficácia de sistemas de triagem por inteligência artificial em regiões vulneráveis.
- (D) A auditoria de sistemas de telemedicina deve focar apenas no faturamento final, sendo irrelevante o rastreamento das diretrizes clínicas utilizadas pelo sistema.
- (E) A utilização de dados agregados e anonimizados para gestão estratégica do hospital exige a autorização explícita e individual de cada paciente.

QUESTÃO 15



No contexto da gestão hospitalar contemporânea, a análise de dados tornou-se uma ferramenta indispensável para a sustentabilidade das instituições. Com base nessa informação, assinale a opção correta, acerca do papel do *business intelligence* (BI) nesse cenário.

- (A) O BI é uma ferramenta de uso exclusivo do setor de tecnologia da informação, não possuindo utilidade prática para a diretoria financeira ou administrativa.
- (B) A implementação do BI é considerada a porta de entrada para que a instituição identifique o valor real do processo de análise de dados.
- (C) Ferramentas de BI substituem integralmente o raciocínio humano, automatizando as decisões clínicas sem necessidade de supervisão médica.
- (D) O uso de *dashboards* de BI restringe-se ao monitoramento operacional de tempo real, sendo ineficaz para o planejamento estratégico de longo prazo.
- (E) Projetos de ciência de dados que utilizam BI exigem, obrigatoriamente, a autorização individual de cada paciente para processar dados populacionais agregados.

QUESTÃO 16



O *framework* de Data Analytics é, frequentemente, dividido em quatro tipos de abordagens analíticas: descritivas; diagnósticas; preditivas; e prescritivas. Cada uma dessas abordagens é voltada a responder perguntas específicas. Com base nessa informação e no que se refere ao analítico descritivo aplicado à saúde, assinale a opção correta.

- (A) Tem como objetivo principal responder o que poderá acontecer, utilizando algoritmos de predição para antecipar eventos futuros.
- (B) É a modalidade analítica mais complexa, exigindo obrigatoriamente o uso de inteligência artificial generativa para sua execução.
- (C) Foca no entendimento das causas, buscando responder “por que algo aconteceu” por meio de pesquisas científicas aprofundadas.
- (D) Trata de fatos passados e responde à pergunta “o que aconteceu”, sendo o tipo de análise mais comum em *dashboards* de BI hospitalar.
- (E) Substitui a necessidade de coleta manual de dados no prontuário, uma vez que gera informações biológicas de forma espontânea.

QUESTÃO 17



A inteligência artificial (IA) tem sido integrada à gestão e à administração hospitalar como um recurso estratégico para otimizar processos. Com base nessa informação, assinale a opção correta, acerca do papel da IA no contexto atual da medicina e de sua relação com os profissionais de saúde.

- (A) A IA visa substituir integralmente o profissional humano em tarefas de decisão estratégica e de auditoria clínica complexa.
- (B) O sucesso da IA na saúde depende apenas da sofisticação do algoritmo, sendo a cultura organizacional um fator irrelevante para os resultados.
- (C) A IA atua como uma ferramenta de apoio que redefine funções e amplifica a capacidade clínica e administrativa dos profissionais.
- (D) O uso de IA na administração dispensa a necessidade de supervisão humana, uma vez que algoritmos são imunes a erros ou variações de dados.
- (E) A implementação de tecnologias disruptivas deve focar exclusivamente na redução de custos, sendo os desfechos clínicos do paciente uma preocupação secundária.

QUESTÃO 18



Uma operadora de saúde implementou um algoritmo de predição de eventos adversos graves para pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI). Após 12 meses de operação, a equipe de auditoria e governança algorítmica detectou uma queda na acurácia do modelo devido a mudanças nos protocolos de tratamento e no perfil demográfico dos pacientes.

Com base nessa situação hipotética e considerando a gestão eficiente e a manutenção da segurança desses sistemas, assinale a opção que apresenta o fenômeno ocorrido e a conduta adequada.

- (A) Trata-se de um caso de automação irônica, em que a intervenção humana deve ser, totalmente, eliminada para que o algoritmo recupere a sua precisão estatística original.
- (B) O fenômeno é caracterizado como deriva de conceito (*concept drift*) ou deriva de dados (*data drift*), exigindo vigilância algorítmica e a recalibração ou retreinamento do modelo.
- (C) A degradação do modelo é um erro de *overfitting*, que ocorre exclusivamente quando os dados de treinamento são insuficientes, tornando o sistema imune às mudanças de contexto assistencial.
- (D) A conduta correta é o desligamento imediato e definitivo do sistema de IA, uma vez que algoritmos preditivos são estáticos e não admitem atualizações após a validação clínica inicial.
- (E) O erro observado é uma alucinação algorítmica típica de modelos generativos, sendo irrelevante para a segurança do paciente se houver redução comprovada de custos administrativos.

QUESTÃO 19



No contexto da inovação em saúde, é fundamental distinguir processos de simples modernização tecnológica de mudanças estruturais mais profundas. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta a definição de transformação digital aplicada aos sistemas de saúde.

- (A) Consiste estritamente na conversão de documentos físicos para arquivos digitais, como a digitalização de prontuários em papel para o formato PDF.
- (B) Refere-se à aquisição dos computadores mais modernos do mercado para os setores administrativos, independentemente da integração de sistemas.
- (C) Caracteriza-se por uma mudança estrutural no modelo de assistência, na qual os dados passam a orientar a tomada de decisão clínica e o cuidado é redesenhado.
- (D) Trata-se de um processo puramente estético de atualização de interfaces de softwares antigos, sem impacto real nos fluxos operacionais ou assistenciais.
- (E) Define-se como a proibição total de qualquer interação analógica ou presencial entre médico e paciente, priorizando exclusivamente o atendimento por robôs.

QUESTÃO 20



Para que a aplicação de novas tecnologias e modelos disruptivos gere valor real nos sistemas de saúde, certas condições estruturais e gerenciais devem ser atendidas. A partir dessa informação, assinale a opção que apresenta um pré-requisito fundamental para a eficiência da inteligência artificial na gestão em saúde.

- (A) utilização de dados fragmentados e não estruturados, com a garantia de cada unidade de saúde operando com seu próprio padrão de registro isolado
- (B) existência de uma base sólida de infraestrutura de tecnologia da informação, governança de dados e interoperabilidade entre sistemas
- (C) exclusão completa das equipes clínicas e de auditoria nas etapas de planejamento e de validação das novas ferramentas tecnológicas
- (D) adoção imediata de qualquer tecnologia de mercado com base apenas em apelo estético ou funcionalidades adicionais superficiais
- (E) manutenção de modelos de gestão reativos, sujeitos a aguardar ocorrência de complicações para realizar intervenções com base em dados

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

QUESTÃO 21



À luz da Lei nº 9.656/1998, que regulamenta o mercado da saúde suplementar, assinale a opção que apresenta uma característica de plano privado de assistência à saúde, para fins regulatórios.

- (A) O plano privado de assistência à saúde é um produto financeiro de reembolso ilimitado, sem necessidade de rede assistencial ou de mecanismos assistenciais.
- (B) O plano é um serviço público delegado, submetido exclusivamente às normas do SUS, conforme suas várias Normas Operacionais Básicas (NOB).
- (C) O plano é uma modalidade exclusiva de seguro-saúde, sempre com base em livre escolha e sem rede credenciada.
- (D) O plano consiste na prestação continuada de serviços ou na cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, voltada à assistência médica, hospitalar e(ou) odontológica, conforme contrato para pessoa física ou jurídica e legislação aplicável.
- (E) O plano trata de um contrato eventual de assistência médica, sendo, portanto, limitado a eventos agudos e sem a finalidade preventiva.

QUESTÃO 22



O rol de procedimentos atende a uma demanda por parte dos beneficiários e prestadores de serviços, que é a atualização dos procedimentos médicos cobertos pelos planos de saúde. A medicina é uma ciência que avança em uma velocidade espantosa; logo, manter a cobertura, oferecida pelos planos de saúde, atualizada é fundamental, haja vista as últimas resoluções, tais como as RNs nº 465, nº 556 e nº 612. Com base nessas informações, assinale a opção correta, quanto ao rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e conforme a RN nº 465/2021.

- (A) É definida a cobertura assistencial obrigatória, sendo observadas a segmentação contratada, as diretrizes de utilização e as demais regras aplicáveis.
- (B) Quanto ao rol de procedimentos, ressalta-se que ele se aplica apenas aos planos exclusivamente odontológicos contratados antes de 1999.
- (C) O contrato do beneficiário é substituído integralmente e impede qualquer cobertura adicional.
- (D) Torna-se obrigatória a cobertura de qualquer procedimento solicitado pelo médico assistente, independentemente de diretrizes ou de segmentação.
- (E) O rol de procedimentos é meramente orientativo e não produz efeitos regulatórios para as operadoras.

QUESTÃO 23



Um beneficiário que morava em uma cidade no interior do estado de São Paulo comprou um plano de saúde para pessoa física, com cobertura do tipo grupo de municípios. Após 36 meses, ele mudou a sua residência para uma cidade litorânea, onde pretendia passar os seus dias como aposentado. Muito zeloso com sua saúde, resolveu agendar consultas com um médico cardiologista, um geriatra e um urologista. Todavia, foi surpreendido ao saber que não poderia realizar as consultas, em virtude das características de seu plano de saúde.

Vale ressaltar que os planos de saúde, comercializados pelas operadoras de planos de saúde, têm opções de áreas de coberturas assistenciais, que podem ser cobertura local ou grupo de municípios, plano estadual e plano nacional, tanto para atendimentos eletivos quanto para urgência/emergência, segundo a RN nº 566/2022.

Com base nessa situação hipotética e na informação apresentada, é correto afirmar que a garantia de atendimento a esse beneficiário deve ser analisada mediante a consideração de elementos como

- (A) os critérios financeiros internos da operadora exclusivamente, independentemente da cobertura contratada.
- (B) a preferência pessoal do beneficiário por determinado prestador tão somente, ainda que haja outros prestadores disponíveis na rede.
- (C) a existência de autorização prévia emitida pela operadora, exclusivamente.
- (D) a disponibilidade de prestadores estar fora da rede assistencial contratada.
- (E) a área geográfica de abrangência, a área de atuação do produto, o município da demanda, a rede assistencial e os prazos máximos de atendimento.

QUESTÃO 24



As operadoras de planos de saúde têm obrigações assistenciais e administrativas junto à ANS, órgão regulador do sistema de saúde suplementar. Dentre as várias obrigações, está a exigência do cumprimento de prazos para as diversas solicitações assistenciais apresentadas por seus beneficiários. Toda a equipe administrativa e o corpo técnico (auditoria médica) devem respeitar os prazos estabelecidos pela ANS na RN nº 623/2024. Com base nessa informação e diante do contexto de solicitação de procedimento assistencial por beneficiário, assinale a opção que apresenta a questão a ser reforçada pela RN, bem como o atendimento a ser observado.

- (A) resposta verbal sem rastreabilidade, em caso de o beneficiário receber orientação informal
- (B) priorização exclusiva de solicitações não assistenciais, por as assistenciais seguirem apenas critérios comerciais
- (C) supressão das informações sobre mecanismos de regulação para evitar questionamentos do beneficiário
- (D) transparência, clareza, segurança da informação dada em até dez dias do registro do protocolo, rastreabilidade da demanda, cortesia e respeito ao sigilo profissional e à privacidade
- (E) inexistência de canais de atendimento, em caso de haver uma rede credenciada suficiente

QUESTÃO 25



Um beneficiário, menor de idade, admitido no plano de saúde há 42 dias, estava no serviço de pronto atendimento da operadora, com quadro de dificuldade respiratória há 3 dias, febre alta, tosse e chiado no peito. Ele apresentava resultado positivo para pesquisa rápida do vírus sincicial respiratório (VSR) e saturação de oxigênio de 88%, com necessidade de oxigênio.

Com base nessa situação hipotética e considerando que o Conselho de Saúde Suplementar, por meio da CONSU nº 13/1998, disciplinou a cobertura de urgência e emergência, assinale a opção que apresenta a decisão adequada a ser tomada pela auditoria médica na regulação.

- (A) Urgência e emergência podem ser, sempre, submetidas previamente à junta médica, antes de qualquer atendimento.
- (B) A cobertura de urgência e emergência deve ser analisada conforme o marco regulatório aplicável, com especial atenção aos prazos de carência, lembrando que, para casos de urgência, a carência é de 24h, em caso de segmentação contratada e de risco assistencial.
- (C) Os eventos de urgência e emergência não possuem relação com contratos de planos privados de assistência à saúde.
- (D) A cobertura depende exclusivamente de avaliação financeira posterior, sem análise clínica.
- (E) A operadora pode negar qualquer atendimento de urgência se houver divergência administrativa sobre reembolso.

QUESTÃO 26



Um beneficiário de plano privado de assistência à saúde, contratado após a Lei nº 9.656/1998, solicitou procedimento cirúrgico eletivo com uso de OPME. O procedimento está previsto no rol da ANS e no contrato, mas há divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional da operadora quanto à adequação da indicação clínica e às características do material solicitado. Foi solicitada, inicialmente, uma segunda opinião especializada, que teve parecer favorável à operadora de saúde do beneficiário, a qual estava com a pretensão de instaurar uma junta médica.

Com base nessa situação hipotética e considerando a RN ANS nº 424/2017, assinale a opção correta.

- (A) A junta médica deve ser, obrigatoriamente presencial, pois envolve procedimento cirúrgico com OPME, e a decisão final caberá ao profissional assistente, por ser quem acompanha clinicamente o beneficiário.
- (B) A junta médica não é admitida quando houver divergência sobre OPME, ainda que o procedimento esteja previsto no rol e no contrato, pois a RN nº 424/2017 restringe a junta a procedimentos sem materiais especiais.
- (C) A junta médica poderá ser instaurada para dirimir a divergência técnico-assistencial, devendo envolver o profissional assistente, o profissional da operadora e um desempatador, cuja opinião técnica decidirá a divergência. Assim, a modalidade presencial ou a distância dependerá da necessidade de presença do beneficiário e da condução técnica aplicável.
- (D) A operadora poderá instaurar uma junta médica mesmo que o procedimento não esteja previsto no rol nem no contrato, desde que exista indicação clínica fundamentada pelo profissional assistente.
- (E) A instauração da junta médica suspenderá automaticamente, e por tempo indeterminado, os prazos de garantia de atendimento até que a operadora conclua a sua análise administrativa.

QUESTÃO 27



Considerando a DUT nº 60, a respeito do PET/CT oncológico, assinale a opção que apresenta a neoplasia maligna que possui cobertura obrigatória por meio do rol da ANS vigente em junho de 2026.

- (A) câncer de útero
- (B) câncer de tireoide
- (C) câncer de pele (melanoma)
- (D) câncer de próstata
- (E) câncer de ovário

QUESTÃO 28



As moléculas de imunobiológicos que têm biossimilares, vêm sendo utilizadas em larga escala no Brasil e são recomendadas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia e Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB) denominam-se

- (A) mepolizumabe.
- (B) risanquizumabe.
- (C) guselcumabe.
- (D) vedolizumabe.
- (E) adalimumabe.

QUESTÃO 29



O rol da ANS, relacionado à DUT nº 1, constante no anexo II, detalha a cobertura obrigatória para ablação por radiofrequência de um tumor hepático. Com base nessa informação, é correto afirmar que esse tumor é denominado

- (A) hepatoblastoma.
- (B) hemangioma.
- (C) colangiocarcinoma.
- (D) carcinoma hepático primário.
- (E) adenoma.

QUESTÃO 30



Qual resolução da ANS abaixo dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, estipulando prazos máximos para atendimento em dias úteis de acordo com a complexidade?

- (A) Resolução nº 503
- (B) Resolução nº 558
- (C) Resolução nº 566
- (D) Resolução nº 630
- (E) Resolução nº 659

QUESTÃO 31



Qual dos procedimentos abaixo está incluso no código 1.01.04.02-0 (Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica) conforme CBHPM?

- (A) punção venosa (*intracath*)
- (B) traqueostomia
- (C) punção pleural
- (D) pericardiocentese
- (E) paracentese abdominal

QUESTÃO 32



Assinale a opção que apresenta as ferramentas utilizadas para gestão de qualidade que são focadas em mapeamento de processos e mapeamento de riscos.

- (A) SIPOC e FMEA
- (B) CBHPM e TUSS
- (C) PREMS e PROMS
- (D) OKR e KPI
- (E) PDCA e 5W2H

QUESTÃO 33



A Lei nº 13.709/2018, chamada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), diz respeito ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade. Com base nessa informação, é correto afirmar que a LGPD, quando é aplicada à atividade da auditoria médica, estabelece que

- (A) o tratamento de dados sensíveis por órgãos públicos para a execução de competências legais dispensa o consentimento do titular. O paciente então não precisa autorizar que o auditor do SUS analise seu prontuário, pois essa análise é uma prerrogativa do Estado para garantir a legalidade e a moralidade administrativa.
- (B) as informações clínicas referentes ao paciente são classificadas como dados pessoais sensíveis, porém, por haver uma base legal legítima para o acesso, o auditor médico está dispensado de adotar medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento desses dados pessoais.
- (C) o tratamento de dados sensíveis pelo auditor da saúde suplementar contidos em prontuário do paciente necessita do consentimento do diretor técnico da instituição, que é o profissional legalmente responsável pela guarda e pelo sigilo das informações ali contidas.
- (D) o acesso ao prontuário dá direito ao auditor consultar anotações assistenciais anteriores e mais antigas de outras internações que constam em prontuário do paciente para avaliar a sinistralidade e a pertinência técnico-assistencial.
- (E) os relatórios de auditoria compartilhados entre os prestadores e as operadoras ou o gestor SUS devem apresentar dados detalhados pertinentes à glosa ou à liberação do procedimento, podendo ser comprovados por cópias dos registros, com a identificação direta do paciente.

QUESTÃO 34



As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, obedecendo a seus princípios. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta os princípios do SUS.

- (A) descentralização político-administrativa, com direção única pela esfera do governo federal
- (B) universalidade de acesso para os cidadãos brasileiros, independentemente de serem clientes de planos de saúde, aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- (C) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie
- (D) integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços curativos e de reabilitação individuais exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema
- (E) utilização da oferta assistencial regional de serviços públicos e privados para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática

QUESTÃO 35



Entre os princípios éticos adotados pelos profissionais de auditoria do SUS, os quais são preponderantes para a confiabilidade dos resultados de auditoria apresentados, o auditor médico deve atuar com

- (A) integridade, executando os seus trabalhos com responsabilidade desde o início até o relatório final, sem dividir tarefas.
- (B) objetividade, participando de atividades diretas junto ao serviço auditado para que possa aplicar uma avaliação mais completa.
- (C) confidencialidade, sendo prudente no uso das informações obtidas no curso de suas funções, discutindo apenas com outros profissionais não envolvidos na tarefa, a fim de buscar uma avaliação imparcial.
- (D) competência, visando melhorar continuamente a sua proficiência, bem como a eficácia e qualidade de seus serviços.
- (E) imparcialidade, atuando em trabalhos em que haja conflito de interesse para que possa interferir na decisão final, caso julgue injusta a conclusão da auditoria.

QUESTÃO 36



A rede de atenção às urgências e emergências (RUE) visa articular e integrar, de forma ágil e oportuna, todos os equipamentos de saúde, para ampliar e qualificar o acesso de usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde. Com base nessa informação, é correto afirmar que é(são) componente(s) da RUE

- (A) a unidade de suporte a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool.
- (B) o serviço de atendimento de pessoas com deficiência física, auditiva, visual com serviços de reabilitação e fornecimento de órteses e próteses.
- (C) as unidades focadas na prevenção e no tratamento de enfermidades como hipertensão, diabetes, nefropatias e câncer.
- (D) a unidade odontológica estruturada para melhorar as condições de saúde bucal com ações realizadas pelas equipes especializadas de saúde bucal.
- (E) a atenção domiciliar e a unidade de pronto atendimento (UPA) 24h.

QUESTÃO 37



Com base na Resolução Normativa nº 515/2022, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamenta a atuação das administradoras de benefícios no Brasil, assinale a opção correta.

- (A) Define a administradora de benefícios como a pessoa jurídica que propõe a contratação de planos coletivos (empresariais ou por adesão) na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.
- (B) Permite à administradora impedir ou restringir a participação de consumidor no plano por meio de seleção de risco (com base, por exemplo, na idade e nas patologias preexistentes), possibilitando controlar a sinistralidade.
- (C) A administradora de benefícios deve possuir rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos para oferecer aos beneficiários.
- (D) Ao contrário da operadora de saúde, a administradora de benefícios tem a obrigação solidária de exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, bem como a condição de elegibilidade (vínculo empregatício, estatutário ou associativo) de cada beneficiário inserido no plano coletivo.
- (E) A administradora de benefícios oferece suporte na gestão administrativa aos contratos coletivos e é proibida de assumir o risco financeiro decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante.

QUESTÃO 38



Durante um ato anestésico, foram realizadas uma cirurgia com a ressecção parcial de intestino grosso, consequência da trombose venosa mesentérica e da inviabilidade de parte da alça intestinal, e uma colostomia, devido à impossibilidade da realização da anastomose no mesmo ato cirúrgico.

Considerando essa situação hipotética e as normas do Ministério da Saúde que tratam da definição de cirurgias múltiplas e de cirurgias sequenciais no SUS, assinale a opção correta, a respeito do procedimento principal a ser empregado pela auditoria do SUS para liberar a AIH.

- (A) Será liberada apenas a cirurgia de colectomia parcial, uma vez que a colostomia corresponde ao tempo obrigatório destinado à cirurgia principal.
- (B) Serão liberadas ambas as cirurgias como cirurgia múltipla, por terem sido realizadas pela mesma equipe na mesma incisão cirúrgica, porém destinadas a doenças distintas.
- (C) Serão liberadas ambas as cirurgias como cirurgias sequenciais, uma vez que a colostomia foi realizada em complementaridade à colectomia parcial, devido à mesma doença.
- (D) Será liberada apenas a cirurgia de colectomia parcial, uma vez que a colostomia foi realizada com vínculo de continuidade e de complementaridade à cirurgia principal.
- (E) Serão liberadas ambas as cirurgias como cirurgias sequenciais, uma vez que a colectomia parcial e a colostomia não têm vínculo de continuidade.

QUESTÃO 39



O Programa de Acreditação de Operadoras da ANS é uma certificação de boas práticas, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta as quatro dimensões do programa.

- (A) gestão operacional, gestão da operadora, gestão em saúde e desfechos clínicos do beneficiário
- (B) gestão organizacional, gestão da rede prestadora, gestão em saúde e experiência do beneficiário
- (C) gestão estratégica, gestão da rede prestadora, gestão de casos e experiência do beneficiário
- (D) gestão organizacional, gestão da rede prestadora, gestão de casos clínicos e acompanhamento de beneficiários
- (E) gestão organizacional, gestão da operadora, gestão de carteira de clientes e gestão de programas a pacientes críticos

QUESTÃO 40



Assinale a opção que apresenta os três níveis de certidões de acreditação do Programa de Acreditação das Operadoras da ANS, de acordo com a RN nº 507/2022.

- (A) nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 100 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 e 79 pontos; e nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 50 e 69 pontos
- (B) nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 e 100 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 89 pontos; e nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 60 e 79 pontos
- (C) nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 60 e 79 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 89 pontos; e nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 e 100 pontos
- (D) nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 e 100 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 89 pontos; e nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 e 79 pontos
- (E) nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 e 79 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 89 pontos; e nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 e 100 pontos

QUESTÃO 41



Conforme a Lei nº 9.656/1998, a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS será realizada por meio da instauração de processo administrativo, no qual é prevista uma audiência pública. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta as situações previstas na Lei que podem levar à realização dessa audiência.

- (A) na hipótese de matéria relevante, ou quando houver recomendação preliminar de não incorporação, ou quando for solicitada por, no mínimo, 1/3 dos membros da comissão de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar
- (B) na hipótese de nova tecnologia para doenças raras, ou quando houver recomendação preliminar de não incorporação, ou quando solicitada por, no mínimo, três representantes de organização da sociedade civil (OSC)
- (C) na hipótese de matéria relevante, ou quando houver recomendação preliminar de incorporação de medicamento de alto custo, ou quando for solicitada por, no mínimo, 1/3 dos membros da comissão de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar
- (D) na hipótese de nova tecnologia, ou quando houver alto impacto orçamentário, ou quando for solicitada por órgãos representativos relevantes da sociedade civil
- (E) na hipótese de matéria relevante, ou quando tiver recomendação preliminar de incorporação de medicamento e(ou) terapia avançada de alto custo, ou quando solicitada por, no mínimo, 1/3 dos membros da comissão de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar

QUESTÃO 42



Nos processos de avaliação da qualidade em saúde, o conceito mais atualmente utilizado para definir “qualidade do cuidado” é o do Instituto de Medicina dos EUA (IOM), que se refere ao grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Assim, entende-se que a qualidade em saúde é um conceito multidimensional. A partir dessa informação, é correto afirmar que a dimensão que diz respeito às ações em saúde que ocorrem sem atrasos e sem tempos de espera potencialmente danosos aos pacientes refere-se ao conceito de

- (A) segurança.
- (B) centralidade no paciente.
- (C) oportunidade.
- (D) eficiência.
- (E) efetividade.

QUESTÃO 43



No delineamento de uma pesquisa clínica, há situações que podem ser consideradas pelo pesquisador como desnecessárias, impraticáveis ou inadequadas para um determinado tipo de estudo, por exemplo,

- quando é descoberta uma intervenção claramente bem-sucedida para um problema que, de outro modo, seria fatal;
- quando o número de pacientes necessários para demonstrar uma diferença significativa entre os grupos for proibitivamente elevado;
- quando o estudo estiver examinando o prognóstico de uma doença;
- quando o estudo estiver examinando a validade de um teste diagnóstico ou de rastreamento; ou
- quando o estudo estiver examinando um aspecto da “qualidade da atenção” em que os critérios de “sucesso” ainda não foram estabelecidos.

Com base nessas informações, assinale a opção que apresenta o tipo de estudo ao qual o texto se refere.

- (A) relatos de casos
- (B) estudos de coorte
- (C) estudos transversais
- (D) estudos de caso-controle
- (E) estudos de ensaios clínicos randomizados

QUESTÃO 44



A análise econômica é uma importante ferramenta para avaliar os custos e os benefícios das intervenções em saúde. A descrição da “Condições de uso: Utilizada quando o efeito das intervenções sobre o estado de saúde tem duas ou mais dimensões importantes (p. ex., comparar os benefícios de dois tratamentos para veias varicosas, referentes a resultado cirúrgico, um aspecto estético e um risco de um evento adverso grave (embolia pulmonar)” está prevista no tipo de análise

- (A) de custo minimização.
- (B) de custo efetividade.
- (C) de custo de oportunidade.
- (D) de custo utilidade.
- (E) de custo benefício.

QUESTÃO 45



No processo de auditoria de contas hospitalares, a identificação de inconformidades pode resultar em glosas administrativas ou técnicas. Com base nessa informação, assinale a opção que apresenta a glosa administrativa de acordo com a metodologia padrão de auditoria.

- (A) questionamento sobre a indicação clínica de um procedimento cirúrgico de alta complexidade
- (B) identificação de erro no preenchimento da data de alta do paciente na guia de faturamento
- (C) recusa de pagamento de materiais especiais por ausência de justificativa técnica no prontuário
- (D) análise da compatibilidade entre a dose de medicamento prescrita e a administrada pela enfermagem
- (E) avaliação da pertinência da permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) além do período previsto

QUESTÃO 46



Durante uma auditoria técnica de uma conta médica, o auditor identificou a cobrança de um procedimento que não apresentava o devido registro de evolução clínica ou de descrição cirúrgica no prontuário do paciente.

Com base nessa situação hipotética e conforme as normas de auditoria e de faturamento, é correto afirmar que o auditor deve

- (A) aceitar a cobrança integralmente, priorizando o princípio da boa-fé do prestador de serviços.
- (B) converter a glosa técnica em glosa administrativa para facilitar a conciliação financeira.
- (C) aplicar a glosa técnica, fundamentando a decisão na ausência de comprovação da execução do ato.
- (D) solicitar a retificação do prontuário pelo médico assistente após o encerramento da conta.
- (E) autorizar o pagamento parcial do procedimento, independentemente da ausência de registros.

QUESTÃO 47



No contexto da auditoria clínica, a análise da pertinência da indicação de procedimentos de alta complexidade deve ser fundamentada em evidências científicas e protocolos clínicos estabelecidos. A partir dessa informação, é correto afirmar que o objetivo dessa análise técnica é

- (A) reduzir o tempo de internação hospitalar, independentemente da estabilidade clínica do paciente.
- (B) validar se o procedimento proposto é a opção mais adequada e segura para o quadro clínico apresentado.
- (C) garantir que todos os pacientes recebam o tratamento mais oneroso disponível na tabela de procedimentos.
- (D) substituir o julgamento do médico assistente por uma decisão estritamente administrativa da operadora.
- (E) autorizar a execução de procedimentos experimentais sem a devida regulamentação pelos órgãos competentes.

QUESTÃO 48



A avaliação da qualidade assistencial e da efetividade terapêutica é um componente essencial da auditoria clínica para garantir a segurança do paciente e a sustentabilidade do sistema de saúde. Dessa forma, é correto afirmar que, durante a realização de uma auditoria retrospectiva de um prontuário, a identificação de um desfecho clínico desfavorável associado à não observância de protocolos institucionais caracteriza

- (A) uma falha administrativa passível de glosa automática por erro de faturamento.
- (B) um indicador de produtividade que não impacta a avaliação da qualidade assistencial.
- (C) uma oportunidade de melhoria nos processos assistenciais e na segurança do paciente.
- (D) um evento esperado que dispensa a análise da efetividade terapêutica pelo auditor.
- (E) uma justificativa para a manutenção de condutas inadequadas em casos futuros similares.

QUESTÃO 49



No âmbito da auditoria em biossegurança e saúde ambiental em unidades hospitalares, a verificação da conformidade normativa do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é uma etapa crítica. Com base nessa informação e nas normas vigentes de biossegurança, assinale a opção que apresenta a diretriz correta para o manejo de resíduos do grupo A (infectantes).

- (A) Devem ser descartados obrigatoriamente em sacos plásticos de cor azul, devidamente identificados com o símbolo de risco biológico.
- (B) Podem ser encaminhados diretamente para aterros sanitários comuns, desde que acondicionados em recipientes rígidos e estanques.
- (C) Devem ser submetidos a processo de tratamento prévio que garanta a redução da carga microbiana antes da disposição final, quando exigido por norma específica.
- (D) Devem ser armazenados temporariamente em áreas de livre circulação de pacientes para facilitar a coleta externa.
- (E) A responsabilidade pelo tratamento e pela disposição final desses resíduos deve ser exclusiva do órgão municipal de limpeza urbana, isentando o gerador.

QUESTÃO 50



No processo de auditoria em gestão de contratos de serviços de saúde, a pactuação de metas é um instrumento essencial para o monitoramento do desempenho institucional. Com base nessa informação e considerando as boas práticas de gestão e auditoria, assinale a opção que apresenta a característica correta de um indicador de desempenho eficaz para a avaliação de contratos.

- (A) Deve ser exclusivamente qualitativo, priorizando a percepção subjetiva dos gestores sobre a qualidade assistencial.
- (B) Precisa ser imutável ao longo de toda a vigência do contrato, independentemente de alterações no perfil epidemiológico da região.
- (C) Deve ser mensurável, relevante para o objeto contratual e passível de verificação por meio de fontes de dados confiáveis.
- (D) Deve focar unicamente na redução de custos operacionais, sem considerar o impacto nos desfechos clínicos dos pacientes.
- (E) Deve ser definido unilateralmente pela entidade contratante, sem a participação ou ciência prévia do prestador de serviços.

PROVA DISCURSIVA

- Nesta prova, faça o que se pede, usando, caso deseje, o espaço para rascunho indicado no presente caderno de prova. Em seguida, transcreva o texto para a respectiva **folha de respostas** da prova discursiva, no local apropriado, pois não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos.
- O texto da prova discursiva deverá ter extensão mínima de **20 linhas** e extensão máxima de **30 linhas**. Qualquer fragmento de texto que ultrapassar a extensão máxima de linhas será desconsiderado. Também será desconsiderado o texto que não for escrito na **folha de respostas**.
- O texto da prova discursiva deverá ter início na linha identificada com o número 1 na **folha de respostas**.
- O texto deverá ser manuscrito, em letra legível, com caneta esferográfica de tinta **preta** ou **azul**. Em caso de rasura, passe um traço sobre o conteúdo a ser desconsiderado e prossiga o registro na sequência. Não será permitido o uso de corretivo.
- A **folha de respostas** da prova discursiva não poderá ser assinada, rubricada nem conter nenhuma palavra ou marca que identifique o candidato, sob pena de anulação da prova. Será admitida a assinatura apenas no campo apropriado.
- A **folha de respostas** será o único documento válido para avaliação da prova discursiva. A folha para rascunho neste caderno de prova é de preenchimento facultativo e não servirá para avaliação.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529, foi criado para apoiar os serviços de saúde na adoção de práticas mais seguras. O programa incentiva que os pacientes e os familiares participem ativamente do cuidado, fazendo perguntas, esclarecendo dúvidas e colaborando com a equipe de saúde. Estar bem informado e envolvido, ajuda a reduzir riscos e contribui para um cuidado mais seguro e humanizado.

Considerando que o texto acima tenha caráter exclusivamente motivador, redija um texto dissertativo acerca do tema a seguir.

A segurança do paciente é o direito a cuidados sem danos evitáveis, exigindo a prevenção de falhas e a redução de riscos e eventos adversos

Ao elaborar seu texto, aborde, necessariamente, os seguintes aspectos:

- a) capacitação e sensibilização de profissionais de saúde quanto à segurança do cuidado;
- b) adoção de protocolos, de guias e de manuais para a segurança do paciente; e
- c) monitoramento de eventos adversos por meio de sistemas de notificação.