

**E-BOOK**

**LEGISLAÇÃO DO  
SUS**

editora

**SANAR**



# 01

## CAPÍTULO

### Construção histórica das políticas de saúde no Brasil

Natale Oliveira de Souza e Yara Cardoso Coletto

#### 1 - INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como **direito universal**. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo. (BRASIL, 1988)

#### DICA DE PROVA

Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil não possuía uma política de saúde. A saúde era **excludente e contributiva**, ou seja, apenas aqueles que podiam pagar a medicina privada e quem contribuía com a **previdência social / INPS Instituto Nacional da Previdência Social**, tinham acesso. À outra parte da população, cabia o atendimento nas santas casas de misericórdia.

Não esqueçam de que o SUS só nasce na **promulgação da Constituição Federal de 1988!** Esta é uma pegadinha de prova, pois muitas bancas relacionam a criação do SUS ao movimento sanitário diretamente.

Para facilitar:

- 1 O **movimento sanitário traz os ideais** da reforma e **solicita mudanças** no setor da saúde, tendo como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (a primeira com participação popular);
- 2 O **nascimento** do Sistema Único de Saúde acontece com a promulgação da **Constituição de 1988**;

Movimento sanitário

Solicita mudanças  
no setor da saúde

Constituição Federal de 1988

Cria o SUS

Para que possamos analisar a realidade hoje existente, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor da saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. (POLIGNANO, 2001)

Não há como entender o SUS que termos sem fazer uma volta ao tempo. Para entendermos o nosso sistema de saúde, suas dificuldades e avanços, precisamos fazer uma viagem ao passado e perceber como as ações e serviços de saúde eram ofertadas antes da criação de um sistema para todos.

### DICA DE PROVA

Faz-se necessário o conhecimento de fatos históricos do Brasil, pois as bancas pedem datas, períodos e fatos marcantes!

Para facilitar o entendimento, iremos falar do contexto político e social de cada período histórico, descrever a situação sanitária e as ações e serviços da época, destacando, em cada período, **os fatos marcantes e constantes em provas**.

## 2 - COMO ERA ANTES DO SUS

### 2.1 - A Saúde na Colônia e no Império:

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes - em razão, em parte, da proibição do Ensino Superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, que logo foram transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país. (BRASIL, 2011)

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

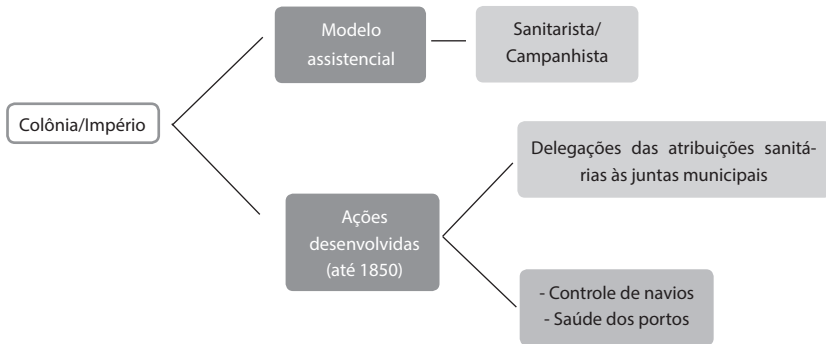


Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte:

1. Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais;
2. Controle de navios e saúde dos portos;

Naquele período, não era o conjunto de problemas de saúde da população que demandavam ações de saúde, e sim aqueles que estavam diretamente ligados ao **interesse econômico**! Naquele período, emergiu o modelo assistencial **sanitarista/campanhista**, considerado o primeiro modelo de atenção no Brasil. As suas ações eram voltadas para grupos específicos e ações pontuais.

Resumindo:

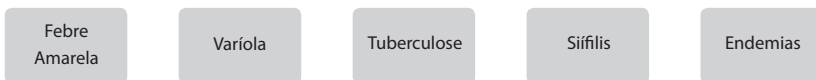


## 2.2 - Início da República: 1889 até 1930 (República Velha)

A Proclamação da República, em 1889, foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade (escravistas até pouco antes) com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano.

O cenário político e econômico girava em torno da instalação do modo de produção capitalista, surgindo as primeiras indústrias. Mas, ainda assim, o modelo predominante era agrário-exportador (café, borracha e açúcar). Precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas, surgimento de movimentos operários que **resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária**;

O quadro sanitário era caótico, devido à inexistência de um modelo sanitário, deixando as cidades à mercê das epidemias. Tinha-se o predomínio das doenças transmissíveis, grandes epidemias e doenças pestilenciais, frutos da imigração, migração, formação de aglomerados e das precárias condições de saneamento básico:



Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causara revolta na população.

Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e **foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificava os meios, e no qual o uso da força** e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

Naquele mesmo período, **um fato marcante aconteceu: a Revolta da Vacina, desencadeada pela Lei Federal 1.261/1904**, que tornava **obrigatória a vacinação contra a varíola**.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a **febre amarela** da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva saúde durante décadas.

### DICA DE PROVA

Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil não possuía uma política de saúde. A saúde era excludente e contributiva, ou seja, apenas aqueles que podiam pagar assistência médica privada tinham acesso.

Marco (República)

Revolta da Vacina



### 2.3 - O nascimento da Previdência Social

A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio - São Paulo.

Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses ...), como mão de obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência nesse setor, que já era muito desenvolvido na Europa.

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, como:

Férias

Pensão

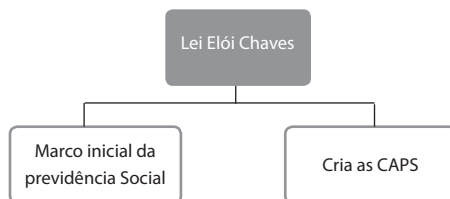
Aposentadoria

Jornada de trabalho  
definida

Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas **greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919**. Através desses movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, marco inicial da Previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS)



O avanço do capitalismo no Brasil faz com que a classe trabalhadora exija melhores condições de trabalho. Os **primeiros movimentos grevistas** em 1917 e 1919 foram **marcantes na nossa história**, por **resultarem na intervenção do Estado frente às condições de trabalho**. Podemos afirmar que a Lei Elói Chaves, em 1923, **é o marco da Previdência social no Brasil**, ou seja, é o

**primeiro momento que o Estado faz a assunção de ações específicas para esse grupo, através da instituição das CAPS.**

Características das CAPS
Por instituição ou empresa;
Aposentadorias e pensões;
Serviços funerários, socorro médico para a família, medicamento por preço especial;
Assistência por acidente de trabalho;
Financiamento e gestão: trabalhador e empregador;
Assistência médica para o empregado e família;

Observações:

1. Primeira CAP → Ferroviários e Segunda CAP → Marítimos;
2. Não esquecer que era por empresa;
3. O Estado, **não** participava do financiamento das CAPS, logo, o financiamento era **bipartite**!

### ATENÇÃO

Sempre que cair em prova qual foi o **marco inicial da Previdência no Brasil** ou em que momento o **Estado assume a responsabilidade com os trabalhadores**, lembrem da **Lei Elói Chaves e as CAPS**. O fato do Estado não participar do financiamento não nega a primeira assertiva!

A crise do café e a crise política da Velha República desencadearam um golpe de Estado conhecido como **Revolução de 30**. A indústria passou ser a maior responsável pelo acúmulo de capital.

"O primeiro governo Vargas foi reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente (CAMPOS E FERREIRA, acesso em 07/05/14)."

Em 1933, as **CAPS foram unificadas** e criados os **Institutos de Aposentadorias e Pensões – (IAPS)**, garantindo benefícios assegurados aos associados:

Aposentadoria

Pensão em caso de morte

Assistência médica e hospitalar

Socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração

Para não esquecer:

IAPS		
Por que surgiram?	Qual foi o primeiro?	Como era o financiamento?
Surgiu da necessidade da política do Estado de estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência.	O primeiro IAP foi a dos marítimos – IAPM;	Seu financiamento era tripartite (o governo assumiu a gestão financeira).

Em 1941, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde, e a criação do **Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)** ocorreu durante a 2ª Guerra Mundial como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano em 1942.

O FSESP tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce (onde se produzia borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano), tendo em vista os altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores daquela região. **Além disso, teve um importante papel no declínio da mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis.**

### ATENÇÃO

A unificação das CAPS em IAPS é um dos fatos mais importantes da história da Previdência no país. Observem que, com a criação dos IAPS, **o governo assume a gestão financeira**, que os benefícios eram por **categorias profissionais do operariado urbano**. O acesso aos serviços de saúde continuam sendo contributivos e excludentes. E o modelo sanitaria/campanhista ainda é o predominante.



	CAPS	IAPS
Organização	Por empresa	Por categoria profissional
Financiamento	Bipartite	Tripartite (governo participa)

Fatos Marcantes - Para Fixar
Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP);
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucan);
Ações concentradas na área de campanhas sanitária (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, imunização),
Manutenção de Postos e Centros de Saúde para os não previdenciários;
Regulamentação das Leis Sindicais e surgimento dos IAPS por categorias.

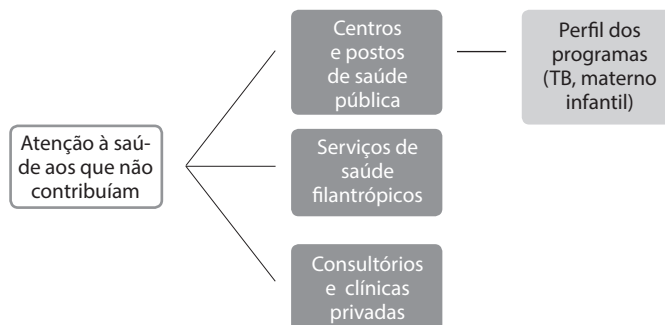
## 2.4 - Autoritarismo: 1964 a 1984

O regime militar que se instala a partir de 1964, de caráter ditatorial e repressivo, procura utilizar-se de forças policiais e do exército e dos atos de exceção para se impor.

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos **IAPS no INPS, em 1966**, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais.

"Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história." (CAMPOS E FERREIRA, acesso em 07/05/14)

## Fragmentação do acesso aos serviços de saúde:

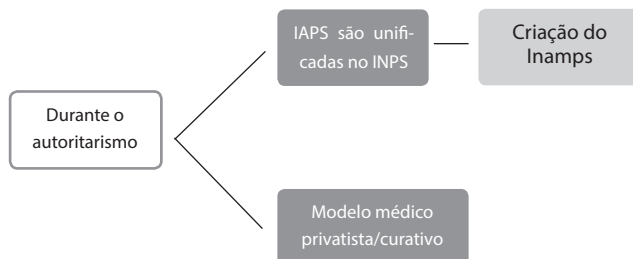


Esse sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, o que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978.** " (POLIGNANO, 2001)

Nesse contexto, o **modelo médico privatista/curativo surge e se torna hegemônico.**

Vale ressaltar que, esse modelo tem como foco a **doença e o doente**, não atuando sobre as necessidades reais da população. Grandes hospitais são criados para atendimento daqueles que contribuíam, fortalecendo o caráter **excludente** das ações e serviços de saúde e ratificando o perfil contributivo. Lembramos que o modelo sanitarista não deixa de existir.

Lembre-se:



**A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata** (localizada no atual Cazaquistão) **em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica**, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconheceu-se a sua determinação Inter setorial . (BRASIL, 2011)

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas.

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo).



Como consequência do modelo proposto, houve ainda:

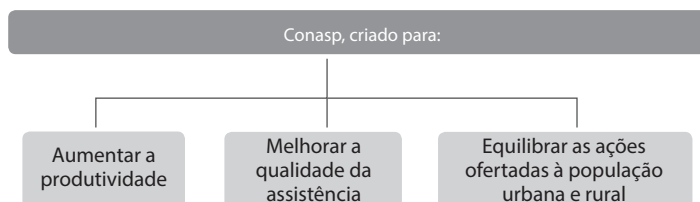
- Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
- Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam **excluídos do sistema**
- Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do Governo Federal;
- O não repasse pela União de recursos do Tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse **tripartite** (empregador, empregado e união).

"Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o **Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)** ligado ao Inamps." (POLIGNANO, 2001)

Segundo o autor supracitado, o Conasp passou a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que deu início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo as fraudes.

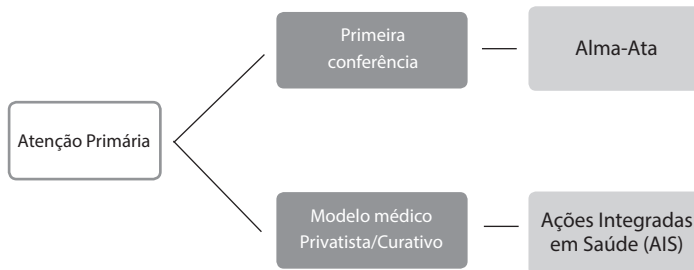
## DICA DE PROVA

- 1 O Conasp é criado com o intuito de aumentar a produtividade, melhorar a qualidade da assistência e equilibrar as ações ofertadas à população urbana e rural. Essas ações estão ligadas à formação desse conselho, que contava com técnicos integrantes do movimento sanitário, que já estava se articulando.



- 2 A conferência em Alma-Ata foi a **primeira** conferência que trouxe para discussão a **atenção primária**, e o resultado de suas discussões dispararam no mundo um olhar diferenciado para a forma de ofertar ações e serviços de saúde.

Em 1983, foram criadas a **AIS (Ações Integradas de Saúde)**, "um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários." (POLIGNANO, 2001). Podemos dizer que as **o marco inicial da atenção primária no país**.



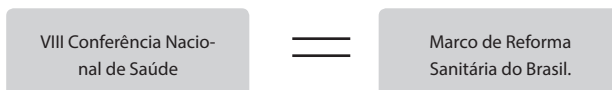
## 2.5 - Fim da Ditadura e Nova República: 1985 a 1988:

O movimento das **Diretas Já** (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais (inclusive na área de saúde) que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986)**, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

### DICA DE PROVA

A *VIII Conferência Nacional de Saúde* (CNS):

- Foi o marco da reforma sanitária do Brasil;
- Aconteceu em 1986;
- Foi a primeira conferência com a participação popular.



Mas não podemos relacionar a *VIII CNS* com a **institucionalização do SUS**. Na CNS, são discutidos os **ideais** do SUS, e a população solicita mudanças nas ações e serviços. O SUS é **institucionalizado em 1988**, com a promulgação da Constituição Federal.

## 2.6 - A VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988

A *VIII CNS* foi o marco da reforma sanitária, e esta foi mais do que uma reforma setorial. O movimento sanitário emergia juntamente com outros, todos solicitando o resgate da dívida social do período da ditadura militar.

## O que precisamos saber da *VIII*CNS

- Grande marco da reforma sanitária brasileira;
- Participação pela primeira vez dos usuários;
- Discussão e aprovação a unificação do sistema de saúde;
- Conceito ampliado de saúde;
- Saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- Instituição de um Sistema Único de Saúde;
- Modificação das bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde.

A constituição Federal de 1988, no Capítulo VIII da ordem social e na seção II referente à saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

### O SUS é definido pelo Artigo 198 do seguinte modo:

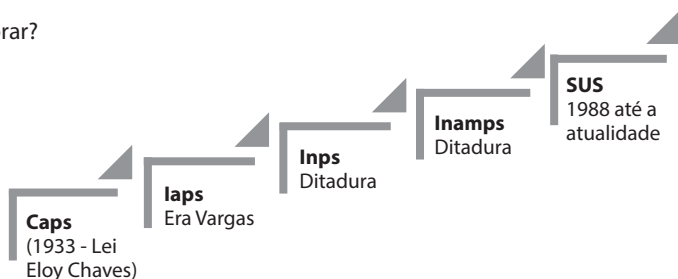
“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade”.

### ATENÇÃO

Discorreremos melhor sobre os artigos constitucionais no capítulo destinado a esse assunto. O importante aqui é correlacionar o movimento sanitário à conquista da saúde na agenda política, através da inclusão dos artigos 196 ao 200 na CF de 1988, que foi a primeira constituição a contemplar esse tema.

Vamos relembrar?



Para não esquecer:

1. Atentar para lei Eloy Chaves, que cria as **caixas de aposentadorias e pensões**, em 1923- por grandes empresas; pode-se afirmar que estas foram o marco inicial da previdência no Brasil;
2. As CAPS foram unificadas em 1933, instituindo-se os IAPS (**institutos de aposentadorias e pensões**), por categoria profissional;
3. Em 1966 os IAPS são unificados e nasce o INPS (**instituto nacional de previdência social**), logo depois é instituído o INAMPS (**instituto nacional de assistência médica da previdência**) - só tinham acesso os contribuintes. Sistema excludente
4. A Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978, foi a primeira a discutir cuidados primários na saúde, sendo a maior responsável pelas primeiras ações no Brasil, que aconteceram em 1983/84- AIS (**ações integradas em saúde**) - marco inicial da atenção primária no Brasil
5. A VIII CNS, 1986, foi o marco do movimento da **reforma sanitária. Sendo a primeira com participação da sociedade civil**
6. No período de 1987/89 aconteceu o SUDS (**Sistema Único Descentralizado Em Saúde**), conhecido como estratégia ponte ou estadualização da saúde. Em 1988 **nasce o SUS** juntamente com a CF nos artigos 196 ao 200;
7. Em 1990 os artigos constitucionais são regulamentados pelas LOS (**leis orgânicas da saúde**): Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

## QUESTÕES

**01** (UFGD/PSMRS/RESIDÊNCIA/2013) Leia o texto a seguir. O Movimento da Reforma Sanitária surgiu no início dos anos 1960, da indignação de setores técnicos e intelectuais com o quadro da Saúde no Brasil. Um marco histórico da luta desse movimento se deu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontecimento que incluiu a sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a Saúde.

O conceito de “saúde” sustentado pela Reforma Sanitária tem como diretriz:

- (A) combater às epidemias históricas do país, como a esquistossomose, a febre amarela e a dengue, que afetam as populações trabalhadoras e menos privilegiadas economicamente.
- (B) desospitalizar e desinstitucionalizar as ações de Saúde, compreendendo que as formas de tratamento da Hanseníase, da Tuberculose e dos Transtornos Mentais, bem como a Atenção à Saúde da população excluída dos quadros do trabalho formal compunham um projeto eugenista.
- (C) controlar a saúde de toda a população, por meio dos mecanismos de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e dos dispositivos da Atenção Básica, na prevenção e promoção da Saúde.
- (D) ratificar a qualidade de vida como uma conquista histórica da capacidade de criar e manter uma vida digna; o acesso à moradia, transporte, trabalho, lazer e alimentação, que permitam o desenvolvimento integral do sujeito; a educação de qualidade, que inclui todos numa sociedade mais equânime.
- (E) permitir o funcionamento do organismo dentro da excelência de suas possibilidades, o bem-estar social e a integridade psíquica.



Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Uma das solicitações da 8ª Conferência foi a ampliação do conceito de saúde, conforme podemos observar nesse trecho extraído do relatório final da mesma: “*Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.*”

*Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4). "*

**Resposta:** (D)

## 02 (UEPA/RESIDÊNCIA/2012) A Reforma Sanitária propiciou a:

- (A) superação da escassez de recursos financeiros.
- (B) gestão descentralizada.
- (C) reestruturação político-institucional.
- (D) resolubilidade dos serviços de saúde.
- (E) organização e articulação das ações curativas e preventivas.

●○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** A reforma sanitária culminou numa amplitude de reformas, por este motivo não podemos dizer que se tratou de uma reforma "setorial". Ela culminou em uma reestruturação das políticas institucionais do país. Teve como "herança" a criação do SUS na CF/88 e sua regulamentação nas Leis Orgânicas da saúde em 1990, tornando o sistema de saúde totalmente incluyente.

**Resposta:** (C)

## 03 (UEPA/RESIDÊNCIA/2012) O Relatório da 8ª. Conferência de Saúde orientou o (a):

- (A) conteúdo ideológico do Sistema de Saúde.
- (B) reforma administrativa e financeira.
- (C) sistema de Seguridade Social.
- (D) reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- (E) descentralização da gestão.

●○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu como base para um novo modelo de organização do Sistema de Atenção à Saúde no Brasil.

**Resposta:** (D)

## 04 (UEPA/RESIDÊNCIA/2014) Os principais temas debatidos na 8ª Conferência de Saúde foram:

- (A) arcabouço jurídico institucional, o conteúdo ideológico e o acesso universal.
- (B) marcos legais e normativos do Sistema de Saúde, o compartilhamento da gestão e a estrutura institucional e decisória.
- (C) saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.
- (D) reorganização do sistema de atenção, saúde e cidadania e igualdade e justiça social.
- (E) regulamentação dos conselhos de saúde, políticas de saúde e a escassez de recursos financeiros.

●○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** De acordo com o texto original do relatório final da VIII Conferência de Saúde, os principais temas abordados durante os três dias de reuniões foram: "Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. "

**Resposta:** (C)

**05 (UFG/RESIDÊNCIA/2013)** Na história da construção do Sistema de Saúde brasileiro é importante destacar os diferentes modelos de atendimento e de atenção à saúde utilizados no combate às situações sanitárias. No início do século XX, as cidades do Rio de Janeiro (RJ) e Santos (SP) conviviam com graves endemias que prejudicavam o comércio e as exportações. Isso precipitou ações de intervenção do Estado no combate às doenças, envolvendo ações coletivas e individuais. As doenças em evidência nessa época eram:

- (A) dengue, febre amarela, peste e tétano.
- (B) tuberculose, hanseníase e cólera.
- (C) cólera, varíola, febre amarela e peste.
- (D) febre amarela, tétano e peste.



Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século, determinando o surgimento do primeiro modelo assistencial no país – Modelo Sanitarista/Campanhista. Neste período, as doenças mais incidentes foram: febre amarela, cólera, varíola e peste, ou seja, doenças pestilenciais como consequência das péssimas condições de vida, ausência de saneamento e aglomerados urbanos.

**Resposta:** (C)

**06 (UFG/RESIDÊNCIA/2013)** Leia o texto a seguir: O movimento da reforma sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da saúde na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi organizado em princípios e diretrizes que definiram a Atenção Primária em Saúde como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente. Observou-se, então, um aumento substancial na prestação de serviços de saúde pelos municípios. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para melhorar os indicadores de saúde, principalmente em municípios que apresentam menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), aproximando-os de municípios de maiores rendas e IDH mais alto. A ESF também tem se mostrado importante fator de redução da mortalidade infantil.

Que princípios e diretrizes do SUS podem ser identificados neste texto?

- (A) Universalidade e participação social.
- (B) Centralização e igualdade.
- (C) Integralidade e hierarquização.
- (D) Descentralização e equidade.



Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Em síntese, o texto traz as ações inerentes ao primeiro nível do sistema e uma das portas de entrada do SUS: atenção básica. Este nível é operacionalizado ESF, em esfera municipal, caracterizando a diretriz e princípio da descentralização. Seguindo a mesma linha de raciocínio, observamos que a ESF atuando de forma mais incisiva, com uma atenção mais ampla às necessidades locais, ultrapassa os muros das unidades de saúde e atinge o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos, oferecendo à população que mais necessita as ações e serviços de saúde deste âmbito. Mas nesse texto descentralização e equidade vêm como norte e norteadora da ESF.

**Resposta:** (D)

**07 (UFG/RESIDÊNCIA/2014)** No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966/1973 inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública que possibilitou o futuro desenvolvimento de ações de impacto. O principal êxito relacionado a esse esforço foi:

- (A) o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica.
- (B) o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, e a erradicação alcançada em 1994.
- (C) o Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) a 5ª Conferência Nacional de Saúde em 1975.



Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** “No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966/73 – é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo fomentado e apoiado a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas e disseminar informações pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por imunização. (BRASIL, 2002)

**Resposta:** (B)

O principal êxito relacionado a esse esforço foi o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, que abriu perspectivas para a erradicação da doença no continente americano, finalmente alcançada em 1994.

**08 (UFMT/RESIDÊNCIA/2010)** Sobre a Reforma Sanitária brasileira, analise as afirmativas.

- I. Constitui uma proposta abrangente de mudança social e um processo de transformação sanitária gestada desde a década de 70 do século XX.
- II. Deve ser entendida simplesmente como uma reforma setorial.
- III. Na busca de viabilidade para as intervenções propostas pela Reforma Sanitária, utilizou-se unicamente de dois caminhos: legislativo-parlamentar e técnico-institucional.
- IV. Os princípios e as diretrizes da Reforma foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se: conceito ampliado de saúde; Sistema Único de Saúde (SUS) e participação popular.

Estão corretas as afirmativas:

- (A) II e III, apenas.
- (B) I, II e III, apenas.
- (C) I e IV, apenas.
- (D) I, II, III e IV.



Grau de dificuldade

**Assertiva I: CORRETA.** A CEBS (Centro de Estudos Brasileiros em Saúde), juntamente com os profissionais da saúde, professores universitários e estudantes, fomentou discussões e ações para a transformação do perfil sanitário do país principalmente no que tange a organização do sistema de saúde.

**Assertiva II: INCORRETA.** A reforma sanitária foi uma reforma que abrangeu vários setores. Foi “um” dos movimentos daquela época.

**Assertiva III: INCORRETA.** A busca pela viabilidade da grande Reforma Sanitária envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou “movimento sanitário” (Escorel, 1998).

**Assertiva IV: CORRETA.** A reforma sanitária deixou vários legados importantes principalmente, no campo da saúde, dentre os quais o documento do relatório final da VIII Conferência de Saúde, que fundamentou a criação do SUS em 1988. Dentre os princípios e diretrizes mais importantes estão: conceito ampliado de saúde, um sistema único de saúde e participação popular.

**Resposta:** (C)

**09** (IADES/EBSERH/Enfermeiro/2013) Na evolução do sistema de saúde no Brasil, foram elaboradas legislações específicas governamentais que “estruturaram” a formação do SUS, formando uma “linha do tempo”. Um órgão foi criado, em 1977, e fez parte do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS). Este órgão foi o grande prestador da assistência médica e funcionava à custa de compra de serviços médicos hospitalares, do setor privado. O órgão referenciado no texto é o:

- (A) SINAN
- (B) SIMPAS
- (C) INPS
- (D) INAMPS

●●○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Para responder esta questão temos que lembrar os fatos marcantes da história das políticas de saúde no Brasil:

- 1923: Lei Elói Chaves – Criação das CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões). Este é o momento em que o Estado institucionaliza um dos primeiros tipos de acesso à saúde para os trabalhadores;  
 -1933: Unificação das CAPS em IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Governo de Getúlio Vargas. Neste momento o Estado assume a Gestão financeira dos institutos;  
 -1966: Unificação dos IAPS em INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). Ofertava aos trabalhadores assistência previdenciária: pensões, pecúlios e aposentadorias.  
 -1977: Nasce o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Ofertava aos previdenciários (os contribuintes) a assistência médica. Forma excludente de acesso, pois só parte da população tinha este direito garantido.

**Resposta:** (D)

**10** (EBSERH/IADES/MCO/2014) O momento inicial de responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente de assistência médica, aconteceu com a:

- (A) criação do Funrural.
- (B) aprovação da Lei Elói Chaves.
- (C) criação da Consolidação das Leis de Trabalho.
- (D) criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.
- (E) criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

●●●

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O Estado se responsabiliza pelos trabalhadores, em primeiro momento, a partir da criação das CAPS, pela Lei Elói Chaves. Não se pode confundir responsabilização do Estado com a participação no financiamento. As CAPS – Caixas de aposentadorias e pensões tinham uma gestão bipartite (empresas e trabalhadores) e nos IAPS o financiamento era tripartite (o Estado, como era responsável pela gerência, também participava do financiamento). Resumindo: A Lei Eloi Chaves é o marco inicial da previdência social no país, logo, é neste momento que o Estado assume a responsabilidade pelo trabalhador, em 1923.

**Resposta:** (B)



**11** (EBSERH/ASSISTENTE ADM/IADES/MCO/2014) Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS), apoiado por estados e municípios, desenvolvia basicamente quais tipos de ações?

- (A) Ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, merecendo destaque as campanhas de vacinação e controle de endemias.
- (B) Assistência médico-hospitalar de alta complexidade e fabricação de vacinas e medicamentos, com destaque para as drogas de combate ao vírus da AIDS.
- (C) Campanhas educacionais de prevenção de doenças, com incentivo à prática de exercícios e à busca por uma alimentação saudável.
- (D) Fiscalização das ações de saúde pelos estados e municípios, com a aplicação de multas quando encontradas irregularidades na execução dos orçamentos contratados.
- (E) O MS foi criado juntamente com o SUS. Antes desse período, as ações de saúde pública eram executadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).



Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Antes da criação do SUS não havia política de saúde. As ações eram desenvolvidas de forma pontual, priorizando o capital. O modelo que predominava era o Sanitarista/Campanhista – que foca em ações de grupos específicos, campanhas, trabalha com as epidemias e endemias. Grande investimento em mão de obra e resultados temporários.

O que são modelos assistenciais? É a forma de organizar os serviços e ações de saúde. Pontuando historicamente: o primeiro modelo surge na década de 60, voltado para as ações de combate às doenças, pestilências, epidemias e endemias. Na década de 70, após a criação do INPS, emerge o modelo assistencial médico privatista ou hospitalocêntrico – voltado para o tratamento da doença e do doente. Com o início dos movimentos sociais e após a criação do SUS, o Ministério da Saúde adota o Modelo de Vigilância em Saúde para a organização das ações e serviços de saúde. O quadro abaixo ajuda a diferenciar os modelos existentes no Brasil:

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico - assistencial privativas	Médico - especialização complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitarista - auxiliares	Modos de transmissão fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde de população (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes e dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis, Ações intersetoriais, Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação), operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf. Epidemiol. Sus [online]. 1998, vol.7, n.2, pp. 7-28. ISSN 0104-1673

**12 (EBSERH/IADES/MCO/2014)** No que se refere ao agrupamento dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), é correto afirmar que ele ocorreu durante a (o):

- (A) Primeira República.
- (B) Era Vargas.
- (C) Ditadura militar.
- (D) Governo de João Goulart.
- (E) Nova República.

●○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Esta questão requer memorização de datas marcantes. Sugiro a elaboração de uma linha do tempo – com os fatos marcantes/períodos históricos. Em que ano o INPS é criado? – 1966. Em que período da história do Brasil? – Ditadura Militar.

**Resposta:** (C)

**13 (IADES/SEDE/Nutricionista/2013)** Sabe-se que houve importante evolução na história da Saúde Pública no Brasil. Sobre essa evolução, principalmente na organização do Sistema de Saúde, assinale a alternativa correta.

- (A) A crise da Previdência Social, no início dos anos 1970, fez surgir o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).
- (B) No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde passa a ser definida apenas como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho e lazer.
- (C) O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988 regulamentado na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde.
- (D) A realidade social, na década de oitenta do século passado, era de inclusão da maior parte dos cidadãos no direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social.
- (E) A Reforma Sanitária Brasileira sempre pretendeu ser mais que apenas uma reforma setorial.

●●○

Grau de dificuldade

**Alternativa A: INCORRETA.** O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi instituído pelo Decreto nº 86.329/81, em 1981, na tentativa de conter custos e combater fraudes. Era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

**Alternativa B: INCORRETA.** O conceito de saúde definido no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde é muito amplo e abrange inúmeras condições para seu alcance. A VIII CNS foi a primeira que teve a participação da comunidade. Uma das solicitações da VIII, que é considerada um marco da reforma sanitária, foi a ampliação do conceito de saúde, deixando de ser apenas um conceito biologicista e passando a agregar fatores determinantes e condicionantes. Atendem para o conceito ampliado de saúde que está explicitado no Art. 3º da LOS 8080/90, não esquecendo a alteração da redação que ocorreu em 2013, incluindo a atividade física como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

**Alternativa C: INCORRETA.** O fundamento legal do SUS é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal nº 8.080/90, 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 e na Lei Federal nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

**Alternativa D: INCORRETA.** A realidade social, na década de oitenta do século passado, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que contribuíam. O acesso à saúde somente passou a ser completamente universal com a criação do SUS através da Constituição Federal de 1988.

**Alternativa E: CORRETA.** A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta em um momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, e foi uma reforma dentro das inúmeras que aconteciam à época. A população solicitava o resgate da dívida social. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. Lembrando que a reforma teve um marco, que foi a VIII CNS, mas não como ponto final.

**Resposta:** (E)

**14 (EBSERH/IDECAN/UPE/ENFERMEIRO ASSISTENCIAL/2014)** Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era considerada um direito social. O SUS foi institucionalizado no Brasil com a:

- (A) Lei nº 8.080/90.
- (B) Lei nº 8.142/90.
- (C) Declaração de Alma-Ata.
- (D) Constituição Federal de 1967.
- (E) Constituição Federal de 1988.

●○○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** O SUS é institucionalizado no Brasil, com a Constituição Federal de 1988. Seus ideais foram propostos no movimento sanitário, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde. Sua regulamentação se deu através das LOS – Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. A Declaração de Alma-Ata foi o resultado da primeira conferência internacional de cuidados primários em saúde, que aconteceu em 1978.

**Resposta:** (E)

**15 (IADES/EBSERH/ COM/BIOMÉDICO/2014)** Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde atuava na área de assistência à saúde por meio de alguns poucos hospitais especializados, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em regiões específicas do País. Nesse período, a assistência à saúde mantinha uma vinculação muito próxima com determinadas atividades e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta). Considerando as informações apresentadas, é correto afirmar que esses grupos são os (as):

- (A) profissionais de saúde e a população leiga.
- (B) previdenciários e os não previdenciários.
- (C) anarquistas e os socialistas.
- (D) sindicalizados e os autônomos.
- (E) populações propensas a endemias e as populações urbanas.

●○○○

Grau de dificuldade

» **DICA DO AUTOR:** Deve-se ter atenção ao período histórico e à característica da assistência à saúde. Antes da criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde era excludente. Uma parcela da população contribuía com a previdência (os trabalhadores) e a maioria dependia das instituições filantrópicas. Uma pequena parcela podia pagar os serviços médicos particulares. Qual o objetivo da questão?

Saber quais eram os dois grupos, logo existiam os que contribuíam – previdenciários, e os que não contribuíam – não previdenciários.

**Resposta:** (B)

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf)> . Acesso em: 07/05/2014
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Il. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf)> . Acesso em: 07/05/2014
4. BRASIL. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf). Acesso em: 15/05/2014
5. CAMPOS, Marco Antonio Lopes e FERREIRA, Cristiani Terezia Martins. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=CAMPOS%2C+Marco+Antonio+Lopes+e+FERREIRA%2C+Cristiani+Terezia+Martins.+EVOLUÇÃO+HISTÓRICA+DAS+POLÍTICAS+PÚBLICAS+DE+SAÚDE+NO&oq=CAMPOS%2C>. Acesso em: 07/05/2014.
6. POLIGNANO, M. V. (2001). Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFGM. Belo Horizonte, MG.
7. RONCALI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.professores.uff.br/jorge/desenv\\_pol\\_pub\\_saude\\_brasil.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf). Acesso em 16/05/2014.

## CAPÍTULO 8

# SAÚDE DO TRABALHADOR

**TR 01.** As bases da Medicina Social e da Medicina do Trabalho estão estabelecidas no livro intitulado *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores) publicado por:

- A) Hipócrates.
- B) Plínio, o Velho.
- C) Paracelso.
- D) Ramazzini.
- E) Agrícola.

**Resposta:**

**(D)** Em 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), professor da Faculdade de Medicina em Módena, na Itália, publicou seu livro intitulado *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores), no qual reuniu observações sobre o papel do trabalhador no viver, no adoecer e morrer das pessoas, estabelecendo as bases da Medicina Social e da Medicina do Trabalho.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.513.

**TR 02.** Descreveu de modo brilhante a vida da classe operária e de suas lutas por melhores condições de trabalho, que culminaram com a intervenção do Estado sobre essa questão. Está se falando de:

- A) Friedrich Engels.
- B) Rudolf Virchow.
- C) William Farr.
- D) Adam Smith.
- E) Karl Marx.

**Resposta:**

(A) Friedrich Engels descreveu de modo brilhante a vida da classe operária e de suas lutas por melhores condições de trabalho, que culminaram com a intervenção do Estado sobre essa questão.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.514.

**TR 03.** Sobre o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, marque a opção FALSA.

- A) Organiza-se com uma prática de saúde integral.
- B) São indissociáveis as ações de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde.
- C) Inclui a reabilitação e a participação dos trabalhadores como sujeitos sociais.
- D) As ações de saúde são conduzidas por equipes multiprofissionais que atuam interdisciplinarmente.
- E) O seu foco está nas ações de natureza individuais, delineadas a partir do esforço organizado da sociedade e protagonismo de trabalhadores.

**Resposta:**

(E) “Seguindo o paradigma da Saúde Coletiva, o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores se organiza com uma prática de saúde integral. Isso significa que são indissociáveis as ações de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde, incluindo a reabilitação e a participação dos trabalhadores como sujeitos sociais, em todas essas dimensões. As ações de saúde são conduzidas por equipes multiprofissionais que atuam interdisciplinarmente, e o foco está nas ações de natureza coletivas, delineadas a partir do esforço organizado da sociedade e protagonismo de trabalhadores.”

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.514.

**TR 04.** Sobre o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, considere as afirmações seguintes:

- I. Buscam-se as melhorias das condições de vida e de trabalho, a redução dos problemas de saúde relacionados ou não com o trabalho, por meio da prevenção dos agravos à saúde e a promoção da saúde.
- II. Desconsidera o trabalho como oportunidade de saúde e bem-estar para os trabalhadores.
- III. Entre os princípios que embasam a Saúde do Trabalhador (ST), destaca-se o direito dos trabalhadores à proteção social, na dependência do tipo de vínculo do trabalho.

IV. Inclui o direito à recusa do trabalho perigoso e/ou insalubre, que pressupõe a informação e a sustentação política por suas organizações representativas.

Estão corretas:

- A) somente II e III.
- B) somente I e IV.
- C) somente I, III e IV.
- D) somente I, II e IV.
- E) todas (I a IV).

**Resposta:**

**(B)** “Buscam-se as melhorias das condições de vida e de trabalho, a redução dos problemas de saúde relacionados ou não com o trabalho, por meio da prevenção dos agravos à saúde e a promoção da saúde, considerando o trabalho como oportunidade de saúde e bem-estar para os trabalhadores. Entre os princípios que embasam a Saúde do Trabalhador (ST), destaca-se o direito dos trabalhadores à proteção social, independentemente do tipo de vínculo do trabalho – se formal, informal, servidor, militar, empregado doméstico, dentre outros – de dispor de um ambiente de trabalho saudável e seguro. Inclui, também, o direito à recusa do trabalho perigoso e/ou insalubre, que pressupõe a informação e a sustentação política por suas organizações representativas.”

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.514-5.

**Questões 5 a 7**

Algumas das principais características dos diferentes modelos de organização do cuidado à saúde do trabalhador estão mescladas e enumeradas:

- (1) Foco em ações clínicas, biologicista, individuais, curativas, assistencialistas, e ações de seleção/manutenção da higidez da força do trabalho.
- (2) Amplia o escopo dos determinantes da saúde, incluindo aspectos macrossociais e políticos, econômicos, ambientais e biológicos, com abordagens transdisciplinares e intersetoriais.
- (3) Ações preventivas quando existem são distantes das curativas e reativas, i.e., desencadeadas após a ocorrência de problemas.
- (4) Enfoque centrado no controle do indivíduo, do ambiente e do adoecimento, seguindo uma “racionalidade científica”.
- (5) Ênfase na seleção de aptos para o trabalho e no monitoramento da saúde.
- (6) Ênfase na prevenção primária (causas) não se limitando ao ambiente de trabalho, mas considera a totalidade da vida do trabalhador.

- (7) Controle e gestão da faltas (absenteísmo), visando à pronta reabilitação.
- (8) Direito do trabalhador ao conhecimento e a recusa ao trabalho insalubre e inseguro.
- (9) O trabalhador é objeto das ações de saúde, e não o sujeito das decisões. Sua experiência e opinião são pouco consideradas.

**TR 05.** Seguem os parâmetros do modelo da Medicina do Trabalho, as identificadas com os números:

- A) (1), (3) e (9).
- B) (4), (5) e (7).
- C) (2), (6) e (8).
- D) (2), (5) e (9).
- E) (1), (6) e (7).

**Resposta:**

**(A)** As principais características dos modelos de organização do cuidado à saúde do trabalhador seguindo os parâmetros da **Medicina do Trabalho** são:

- 1. Foco em ações clínicas, biologicista, individuais, curativas, assistencialistas, e ações de seleção/manutenção da higidez da força do trabalho.
- 2. Ações preventivas quando existem são distantes das curativas e reativas, i.e., desencadeadas após a ocorrência de problemas.
- 3. O médico tem papel central e o foco é a assistência médica.
- 4. A empresa oferece serviços médicos visando ao controle, dentre outros, do estabelecimento de vínculo ocupacional para os agravos à saúde.
- 5. Visa ao controle da doença e à pronta reabilitação.
- 6. O trabalhador é objeto das ações de saúde, e não o sujeito das decisões. Sua experiência e opinião são pouco consideradas.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.515.

**TR 06.** Seguem os parâmetros do modelo da Saúde Ocupacional, as identificadas com os números:

- A) (1), (3) e (9).
- B) (4), (5) e (7).
- C) (2), (6) e (8).
- D) (4), (5) e (9).



E) (5), (6) e (7).

**Resposta:**

**(B)** As principais características dos modelos de organização do cuidado à saúde do trabalhador seguindo os parâmetros da **Saúde Ocupacional** são:

1. Foco na intervenção sobre o ambiente visando garantir a produção e a produtividade
2. Enfoque centrado no controle do indivíduo, do ambiente e do adoecimento, seguindo uma “racionalidade científica”.
3. Abordagem multidisciplinar incorporando saberes e práticas de outras disciplinas (Toxicologia, Higiene, Ergonomia e a Engenharia de Segurança no Trabalho).
4. Ênfase na seleção de aptos para o trabalho e no monitoramento da saúde.
5. Controle e gestão da faltas (absenteísmo), visando à pronta reabilitação.
6. O trabalhador é objeto das ações de saúde, e não o sujeito das decisões.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.515.

**TR 07.** Seguem os parâmetros do modelo da Saúde do Trabalhador, as identificadas com os números:

- A) (1), (3) e (9).
- B) (4), (5) e (7).
- C) (2), (6) e (8).
- D) (2), (5) e (6).
- E) (2), (6) e (7).

**Resposta:**

**(C)** As principais características dos modelos de organização do cuidado à saúde do trabalhador seguindo os parâmetros da **Saúde do Trabalhador** são:

1. Foco no processo produtivo, processo de trabalho é a categoria explicativa central.
2. Amplia o escopo dos determinantes da saúde, incluindo aspectos macrossociais e políticos, econômicos, ambientais e biológicos, com abordagens transdisciplinares e intersetoriais.
3. Ênfase em ações coletivas e na participação dos trabalhadores.

4. Ênfase na prevenção primária (causas) não se limitando ao ambiente de trabalho, mas considera a totalidade da vida do trabalhador.
5. Direito do trabalhador ao conhecimento e a recusa ao trabalho insalubre e inseguro.
6. O trabalhador é participe e sujeito das ações da saúde.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.515.

**TR 08.** Na classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling (1984), são exemplos do Grupo I – Trabalho como causa necessária:

- A) intoxicação por chumbo, silicose, acidentes de trabalho típicos.
- B) doenças osteomusculares, silicose, acidentes de trabalho típicos.
- C) dermatite de contato, doenças mentais, acidentes de trabalho típicos.
- D) varizes de membros inferiores, silicose, acidentes de trabalho típicos.
- E) intoxicação por chumbo, dermatite de contato, varizes de membros inferiores.

**Resposta:**

**(A)** A classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling (1984), é composta por três grupos. No Grupo I – Trabalho como causa necessária, incluem-se os agravos à saúde, nos quais fatores presentes no trabalho são condição necessária para a ocorrência, como: intoxicação por chumbo, silicose e acidentes de trabalho típicos. São agravos raramente causados por exposições não ocupacionais, como na bissinose, uma pneumopatia causada pela poeira do algodão.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.516.

**TR 09.** Na classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling, são exemplos do Grupo II – Trabalho com fator contributivo, mas não necessário:

- A) doenças osteomusculares, varizes de membros inferiores, alguns cânceres.
- B) intoxicação por chumbo, varizes de membros inferiores, alguns cânceres.
- C) doenças osteomusculares, intoxicação por chumbo, alguns cânceres.
- D) doenças osteomusculares, varizes de membros inferiores, asma.
- E) asma, varizes de membros inferiores, dermatite de contato.

**Resposta:**

(A) A classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling (1984), é composta por três grupos. O Grupo II – Trabalho com fator contributivo, mas não necessário, abrange doenças ou acidentes que têm sua ocorrência, gravidade ou evolução modificadas por fatores presentes no trabalho, a exemplo da hipertensão arterial em motoristas. São outros exemplos: doenças osteomusculares, varizes de membros inferiores e alguns cânceres.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.516.

**TR 10.** Na classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling, são exemplos do Grupo III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de uma doença já estabelecida:

- A) doenças osteomusculares, varizes de membros inferiores, doenças mentais.
- B) varizes de membros inferiores, dermatite de contato, doenças mentais.
- C) doenças osteomusculares, dermatite de contato, doenças mentais.
- D) asma, dermatite de contato, varizes de membros inferiores.
- E) asma, dermatite de contato, doenças mentais.

**Resposta:**

(E) A classificação das doenças de acordo com sua relação com o trabalho, segundo Schilling (1984), é composta por três grupos. No Grupo III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de uma doença já estabelecida, estão os agravos nos quais o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou atua como agravador de uma doença ou condição preexistente, como nas crises de asma em pacientes previamente sensibilizados, desencadeadas pela exposição à farinha de trigo. São outros exemplos: asma, dermatite de contato e doenças mentais.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.516.

**TR 11.** No Brasil, tradicionalmente, a tarefa de estabelecer uma relação entre a doença que o trabalhador apresenta e seu trabalho tem sido atribuída, no âmbito previdenciário, aos:

- A) clínicos gerais.
- B) peritos médicos.
- C) médicos do trabalho.
- D) médicos sanitaristas.
- E) médicos das seguradoras.

**Resposta:**

(B) Tradicionalmente, no Brasil, a tarefa de estabelecer uma relação entre a doença que o trabalhador apresenta e seu trabalho tem sido atribuída aos médicos do trabalho e, no âmbito previdenciário, aos peritos médicos.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.516.

**TR 12.** A mais importante ferramenta para o estabelecimento da relação causal entre o trabalho e o adoecimento apresentado pelo trabalhador é:

- A) o exame clínico.
- B) a história ocupacional.
- C) a evidência laboratorial.
- D) a vigilância epidemiológica.
- E) a história do ambiente laboral.

**Resposta:**

(B) A mais importante ferramenta para o estabelecimento da relação causal entre o trabalho e o adoecimento apresentado pelo trabalhador é a história ocupacional.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.516.

**TR 13.** O Plano de Ação Global em Saúde dos Trabalhadores proposto pela OMS, de 2007, apresentava os seguintes objetivos, EXCETO:

- A) promover e proteger a saúde dos trabalhadores.
- B) produzir e divulgar evidências para a ação e a prática.
- C) estabelecer instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores.
- D) promover melhoria do rendimento funcional dos trabalhadores no ambiente laboral.
- E) incorporar a saúde dos trabalhadores a outras políticas destinadas a alcançar a saúde dos trabalhadores para todos.

**Resposta:**

(D) "O Plano de Ação Global em Saúde dos Trabalhadores proposto pela OMS, de 2007, apresentava os seguintes objetivos: (a) estabelecer instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores; (b) promover e proteger a saúde dos trabalhadores; (c) promover melhoria do desempenho e acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde; (d) produzir e divulgar evidências para a ação e a prática; (e) incorporar a saúde dos trabalhadores a outras políticas destinadas a alcançar a saúde dos trabalhadores para todos."

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.518.

**TR 14.** Sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), considere as afirmações seguintes:

- I. Enfoca tanto a produção de conhecimento como as intervenções nos processos de trabalho e avaliação do impacto dessas ações.
- II. Inclui o monitoramento epidemiológico dos agravos relacionados com o trabalho.
- III. Abrange os fatores de risco e desfechos em saúde e a análise da situação de saúde com ênfase no perfil produtivo e no território.
- IV. Avalia as intervenções nos processos de trabalho, visando à superação dos problemas que afetam a saúde.

Estão corretas::

- A) somente II e III.
- B) somente II, III e IV.
- C) somente I, III e IV.
- D) somente I, II e IV.
- E) todas (I a IV).

**Resposta:**

**(E)** “Entre as ações técnicas importantes no campo da ST destaca-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), que enfoca tanto a produção de conhecimento como as intervenções nos processos de trabalho e avaliação do impacto dessas ações. Inclui o monitoramento epidemiológico dos agravos relacionados com o trabalho das condições de trabalho, abrangendo os fatores de risco e desfechos em saúde, a análise da situação de saúde com ênfase no perfil produtivo e no território, e as intervenções nos processos de trabalho, visando à superação dos problemas que afetam a saúde.”

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.519.

**TR 15.** A proposta de banimento do amianto, em processos produtivos existentes, tem sido justificada por ser o amianto um conhecido fator de risco para:

- A) vários tipos de câncer e a asbestose.
- B) mesotelioma pleural e a silicose.
- C) câncer de pulmão e a bagaço.
- D) sarcoidose e a asbestose.
- E) siderose e a silicose.

**Resposta:**

**(A)** Nas ações técnicas importantes no campo da ST destaca-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), que enfoca tanto a produção de conhecimento como as intervenções nos processos de trabalho e

avaliação do impacto dessas ações. Nisso, inclui-se a recomendação da eliminação de exposições e fatores de risco em processos de produção já existentes. Como exemplo tem-se a proposta de banimento do amianto, em processos produtivos existentes, tem sido justificada por ser o amianto um conhecido fator de risco para vários tipos de câncer e a asbestose.

Ref.: Santana *et al.* In: Paim & Almeida. *Saúde Coletiva*. p.520.

**TR 16.** As diversas formas de asbesto são agentes ocupacionais reconhecidos como associados com o câncer de pulmão:

- A) laringe, mama, ovário e mesoteliomas.
- B) pulmão, mama, ovário e linfomas.
- C) pulmão, laringe, ovário e mesoteliomas.
- D) pulmão, estômago, ovário e mesoteliomas.
- E) pulmão, laringe, estômago e linfomas.

**Resposta:**

(C) A revisão da IARC, de 2012, reforça a existência de evidência suficiente para a carcinogenicidade, em humanos, de todas as formas de asbesto (crisotila, crocidolita, amosita, actinolita, tremolita e antofilita, como agentes ocupacionais reconhecidamente associados com o câncer de pulmão, laringe, ovário e mesoteliomas).

Ref.: Algranti *et al.* In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1.265.

**TR 17.** Com referências às radiações ionizantes, marque a alternativa FALSA.

- A) começaram a ser utilizadas para diagnóstico clínico no início desde o século XIX.
- B) são aquelas que extraem íons da matéria ao incidirem sobre a mesma produzindo íons.
- C) podem se originar de aparelhos, como raios-X e aceleradores lineares.
- D) as radiações de efeitos somáticos produzem lesões nas células irradiadas e podem ser transmitidas hereditariamente.
- E) o seu risco está presente em áreas que fazem o uso de equipamentos de diagnóstico e de imagens médicas em tempo real, como centro cirúrgico e UTI.

**Resposta:**

(D) As radiações ionizantes têm sido utilizadas para diagnóstico clínico desde o século passado. Radiações ionizantes são aquelas que extraem elétron da matéria ao incidirem sobre a mesma, produzindo íons. Ex.: as partículas, alfa, beta, neutrons, as produzidas por ondas eletromagnéticas, as originadas de aparelhos como raios-X e aceleradores lineares.

Os efeitos biológicos das radiações ionizantes podem ser hereditários e somáticos. Os efeitos somáticos produzem lesões nas células irradiadas, que não se transmitem hereditariamente.

No ambiente hospitalar, os riscos inerentes às radiações ionizantes se relacionam as áreas do radiodiagnóstico e radioterapia, mas podem estar presentes em áreas que usam equipamentos de diagnóstico e de imagens médicas em tempo real, como centro cirúrgico e UTI.

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. *Segurança no ambiente hospitalar*. p.32.

**TR 18.** Das seguintes afirmativas sobre as radiações não-ionizantes, marque a correta.:

- A) Causam excitação dos átomos do material absorvente e possuem energia suficiente para retirar seus elétrons das órbitas que ocupam.
- B) Em ambientes hospitalares, podem ser usadas sob as formas de luz ultravioleta, luz infravermelha e *laser*.
- C) O *laser* pode ser perigoso quando utilizado em unidades cirúrgicas de corte, pois faz uso de potentes fontes de energia nuclear.
- D) A radiação infravermelha é usada para esterilização e representa um risco no ambiente hospitalar por causa de seus aquecedores.
- E) A radiação infravermelha tem pequeno potencial para provocar queimaduras.

**Resposta:**

**(B)** As radiações não-ionizantes causam excitação dos átomos do material absorvente mas não possuem energia suficiente para retirar seus elétrons das órbitas que ocupam.

No ambiente hospitalar, seu reconhecimento primário pode ser representado por: processo de esterilização que faz uso da luz ultravioleta, luz infravermelha empregada em fisioterapia e procedimentos cirúrgicos na forma de *laser*; tais formas de radiação podem trazer riscos ao paciente e a funcionários.

O *laser* pode ser perigoso quando utilizado em unidades cirúrgicas de corte, pois faz uso de potentes fontes de calor; pode com facilidade causar queimaduras na pele e nos olhos.

A radiação infravermelha é utilizada para aquecimento e significa um risco no ambiente hospitalar por causa de seus aquecedores e o potencial para provocar queimaduras.

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. *Segurança no ambiente hospitalar*. p.36-7.

**TR 19.** Para o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, são exemplos de agentes ergonômicos para riscos ambientais:

- A) ruído, vibração e pressões anormais.

- B) trabalho noturno, ritmo excessivo e arranjo físico.
- C) temperaturas extremas, iluminação deficiente e umidade.
- D) treinamento inadequado, armazenamento inadequado e atenção e responsabilidade.
- E) treinamento inadequado/inexistente, trabalhos em turnos e noturnos e ritmo excessivo.

**Resposta:**

**(E)** A Norma Regulamentadora Nº 9 (NR-9) - Riscos Ambientais - classifica os riscos ambientais segundo agentes em: químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos. São mencionados como agentes ergonômicos: trabalho físico pesado, posturas incorretas, treinamento inadequado/inexistente, trabalhos em turnos e noturnos, atenção e responsabilidade, monotonia e ritmo excessivo.

Ref.: IOB. *Segurança e saúde no trabalho*. p.93.

**TR 20.** Das seguintes afirmativas sobre dermatose ocupacional, marque a alternativa FALSA.

- A) Dermatose ocupacional é toda alteração de pele, mucosas e anexos desde que diretamente causada ou agravada por tudo aquilo que seja utilizado na atividade profissional.
- B) São enumerados como condicionadores de dermatoses ocupacionais as causas diretas e os fatores predisponentes ou causas indiretas.
- C) Agentes biológicos, físicos e químicos podem ser causas diretas de dermatoses ocupacionais.
- D) Os agentes químicos compõem o grande grupo das substâncias causadoras de dermatoses.
- E) Os principais agentes físicos capazes de produzir dermatoses ocupacionais são: calor, frio, eletricidade, radiações ionizantes e não ionizantes, agentes mecânicos, vibrações, microondas, *laser*.

**Resposta:**

**(A)** Dermatose ocupacional é toda alteração da pele, mucosas e anexos direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada por tudo aquilo que seja utilizado na atividade profissional ou exista no ambiente de trabalho.

Dois grandes grupos de fatores podem ser arrolados como condicionadores de dermatoses ocupacionais: os fatores predisponentes ou causas indiretas; e as causas diretas: constituídas por agentes biológicos, físicos, químicos.



Os principais agentes físicos capazes de produzir dermatoses ocupacionais são: calor, frio, eletricidade, radiações ionizantes e não ionizantes, agentes mecânicos, vibrações, microondas, *laser*.

Os agentes químicos compõem o grande grupo das substâncias causadoras de dermatoses. Cerca de 80% das dermatoses ocupacionais são provocadas por agentes químicos, substâncias orgânicas ou inorgânicas, irritantes e sensibilizantes.

Ref.: Ali. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1.342-8.

**TR 21.** Das seguintes afirmativas relacionadas aos fatores predisponentes das dermatoses ocupacionais, marque a FALSA.

- A) São fatores predisponentes às dermatoses ocupacionais: idade, sexo, etnia, clima etc.
- B) Trabalhadores jovens e menos experientes costumam ser mais afetados.
- C) Negros apresentam respostas queloidianas com maior frequência que brancos.
- D) Homens e mulheres são igualmente afetados, porém as mulheres apresentam quadros mais graves e de remissão mais lenta.
- E) Temperatura e umidade influenciam o aparecimento de dermatoses como piodermites, miliária e infecções fúngicas.

**Resposta:**

**(D)** São fatores predisponentes às dermatoses ocupacionais: idade, sexo, etnia, clima etc. Quanto à idade, trabalhadores jovens e menos experientes costumam ser mais afetados. Homens e mulheres são igualmente afetados, porém as mulheres apresentam quadros menos graves e de remissão mais rápida. Os negros revelam respostas queloidianas com maior frequência que brancos. Temperatura e umidade influenciam o surgimento de dermatoses, como piodermites, miliária e infecções fúngicas.

Ref.: Ali. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1.342.

**TR 22.** Das afirmativas seguintes relativas a antecedentes mórbidos como predisponentes das dermatoses ocupacionais, marque a INCORRETA.

- A) Portadores de dermatite atópica toleram mal a umidade e ambientes com elevada temperatura.
- B) Portadores de dermatite atópica são menos suscetíveis de desenvolver dermatite por contato por irritação primária.
- C) Portadores de dermatoses pregressas ou em atividade são mais propensos a desenvolver dermatose ocupacional.

- D) Portadores de acne e eczema seborreico podem agravar sua dermatose quando expostos a óleos, ceras e graxas.
- E) O atópico deve evitar o trabalho em ambiente quente, úmido ou em contato com óleos, graxas, ceras e outras substâncias químicas potencialmente irritantes.

**Resposta:**

(B) Portadores de dermatite atópica são mais suscetíveis de desenvolver dermatite de contato por irritação primária e toleram mal a umidade e ambientes com elevada temperatura; portadores de dermatoses pregressas ou em atividade são mais propensos a desenvolver dermatose ocupacional. Portadores de acne e eczema seborreico podem agravar sua dermatose quando expostos a óleos, ceras e graxas. O atópico deve evitar o trabalho em ambiente quente, úmido ou em contato com óleos, graxas, ceras e outras substâncias químicas potencialmente irritantes.

Ref.: Ali. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1.341.

**TR 23.** Da exposição ocupacional ao cromo, considere as afirmações seguintes:

- I. Os sais de cromo tomam parte ativa no desencadeamento de diversas dermatoses: úlceras, dermatites de contato etc.
- II. Níveis elevados de névoas de ácido crômico podem resultar em perfuração do septo nasal do operário exposto.
- III. Da exposição dos pulmões às névoas de ácido crômico, pode resultar aumento da incidência do carcinoma broncogênico.
- IV. O cromo hexavalente é irritante para o tegumento e as névoas vias aéreas superiores.

Estão corretas:

- A) somente II e III.
- B) somente II, III e IV.
- C) somente I, III e IV.
- D) somente I, II e IV.
- E) todas (I a IV).

**Resposta:**

(E) Os sais de cromo tomam parte ativa no desencadeamento de diversas dermatoses: úlceras, dermatites de contato etc.; níveis elevados de névoas de ácido crômico podem resultar em perfuração do septo nasal do operário exposto e da exposição dos pulmões às névoas de ácido crômico, aumento da incidência do carcinoma broncogênico. O cromo hexavalente é irritante para o tegumento e as névoas vias aéreas superiores. A ação irritante das névoas de ácido crômico nas vias aéreas superiores pode desencadear crises asmáticas em operários suscetíveis.

Ref.: Ali. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1.369-70.

- TR 24.** Sobre as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), marque a INCORRETA.
- A) São distúrbios de origem ocupacional ou não ocupacional.
  - B) Para a Organização Mundial de Saúde, as DORT são de etiologia multifatorial.
  - C) O ambiente de trabalho e o modo como este trabalho se desenvolve são fatores contribuintes diretos.
  - D) Inúmeros fatores podem se associar para o aparecimento dessas doenças do trabalho.
  - E) A existência de muitos conceitos e definições das DORT dificulta a comparação dos estudos epidemiológicos.

**Resposta:**

**(A)** As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são, por definição, de natureza ocupacional. Para a OMS, as DORT são de etiologia multifatorial. O ambiente de trabalho e o modo como este trabalho se desenvolve são fatores que contribuem diretamente. Além dos fatores citados, inúmeros outros fatores podem se associar para o aparecimento da doença do trabalho. A existência de muitos conceitos e definições das DORT dificulta a comparação dos estudos epidemiológicos.

Ref.: Cherem & Coimbra. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.1392.

- TR 25.** Para o cálculo do coeficiente de gravidade dos acidentes de trabalho, o denominador é constituído de nº de
- A) empregados com carteira de trabalho assinada.
  - B) pessoas economicamente ativas.
  - C) segurados da Previdência Social.
  - D) horas/homem trabalhadas.
  - E) pessoas em idade ativa.

**Resposta:**

**(D)** Para o cálculo do coeficiente de gravidade dos acidentes de trabalho, o numerador é composto do nº de dias perdidos por acidentes de trabalho + o nº de dias debitados a tais acidentes e o denominador é integrado pelo nº de horas/homem trabalhadas.

Ref.: Carmo *et al.* In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.452; Binder e Almeida. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.701-5.

**Questões 26 a 30**

As cinco questões seguintes são relacionadas a indicadores usados em acidentes de trabalho e devem ser respondidas com a chave:

- A)** incidência acumulada.

- B) densidade de incidência.
- C) coeficiente de mortalidade.
- D) coeficiente de letalidade.
- E) coeficiente de gravidade.

**TR 26.** “É um indicador que tem por objetivo permitir a avaliação quantitativa das perdas acarretadas pelos acidentes de trabalho conseqüentes à incapacitação temporária das vítimas destes eventos”.

**Resposta:** (E)

**TR 27.** “É o indicador que mede a capacidade de um agravo à saúde levar ao óbito; ou, no presente caso, a capacidade de matar dos acidentes de trabalho (em intervalo de tempo definido)”.

**Resposta:** (D)

**TR 28.** “Representa um indicador mais acurado para medir a ocorrência de acidentes do trabalho, refletindo a velocidade com que parte da população estudada acidentou-se”.

**Resposta:** (B)

**TR 29.** “É calculado por nº de acidentes de trabalho fatais/ nº de acidentes de trabalho ocorridos, multiplicado por 100”.

**Resposta:** (D)

**TR 30.** “A dinâmica da população trabalhadora em estudo no intervalo de tempo é tomada em consideração para compor o seu denominador”.

**Resposta:** (B)

O coeficiente de gravidade é um indicador que tem por objetivo permitir a avaliação quantitativa das perdas acarretadas pelos acidentes de trabalho conseqüentes à incapacitação temporária das vítimas destes eventos.

A letalidade é o indicador que mede a capacidade de um agravo à saúde levar ao óbito; no presente caso, a capacidade de matar dos acidentes de trabalho (em intervalo de tempo definido). Esse coeficiente é calculado por nº de acidentes de trabalho fatais/ nº de acidentes de trabalho ocorridos, multiplicado por 100.

A densidade de incidência representa um indicador mais acurado para medir a ocorrência de acidentes do trabalho, refletindo a velocidade

com que parte da população estudada acidenta-se. A dinâmica da população trabalhadora em estudo no intervalo de tempo é tomada em consideração para compor o denominador.

Ref.: Carmo *et al.* In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.451-3; Binder e Almeida. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.701-5.

**TR 31.** Por convenção, no cálculo do coeficiente de gravidade de acidentes de trabalho à perda da audição bilateral devem ser debitados:

- A) 300 dias.
- B) 600 dias.
- C) 1.800 dias.
- D) 3.000 dias.
- E) 6.000 dias.

**Resposta:**

(D) Por convenção, estabeleceu-se um valor empírico (valor em dias) conseqüente às perdas anatômicas e funcionais decorrentes de acidentes de trabalho; são exemplos em dias debitados às seguintes perdas: visão de um olho (1.800 dias), visão bilateral (6.000), audição bilateral (3.000), audição unilateral (600), mão (3.000), braço acima do cotovelo (4.500), braço abaixo de cotovelo (3.600), polegar (600 dias) etc.

Ref.: Laurenti & Rodrigues. In: Fundacentro. p.162.

**TR 32.** No “Mapa de Risco” de um hospital, as áreas identificadas com risco ambiental por agentes químicos são representadas por um círculo:

- A) vermelho.
- B) marrom.
- C) amarelo.
- D) laranja.
- E) preto

**Resposta:**

(A) A Portaria Nº 5, de 17/08/92, do Ministério do Trabalho, estabeleceu a obrigatoriedade da CIPA de confeccionar o “Mapa de Risco”. Os riscos devem ser simbolizados de três tamanhos (diâmetros): pequeno (2,5 cm), médio (5 cm) e grande (10 cm), conforme a sua gravidade, e em cores de acordo o tipo de risco: agentes físicos (verde), agentes químicos (vermelho), agentes biológicos (marrom), agentes ergonômicos (amarelo), agentes mecânicos (azul), riscos locais (laranja) e riscos operacionais (preto).

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. *Segurança no ambiente hospitalar*. p.22.

**TR 33.** A exposição do paciente é medida em termos da dose de radiação absorvida. Nesse caso, a unidade de medida da dose recebida é:

- A) rad.
- B) rem.
- C) radion
- D) bequerel.
- E) Roentgen (R).

**Resposta:**

**(A)** A unidade que mede a radiação emitida pela fonte é o Roentgen (R). A exposição do paciente é medida em termos da dose de radiação absorvida ou rads (rad). Os radiologistas, radioterapeutas e técnicos de raios-X são expostos à radiação enquanto trabalham com os pacientes ou diretamente com os equipamentos; nesse caso, a unidade de dose recebida é denominada dose equivalente (do inglês, "radiation equivalent man") (rem).

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. *Segurança no ambiente hospitalar*. p.33.

**TR 34.** Das seguintes afirmativas sobre doenças profissionais e doenças do trabalho, nos termos previstos da legislação previdenciária do Brasil, marque a INCORRETA.

- A) As doenças profissionais são também denominadas ergopatias, tecnopatias ou doenças profissionais típicas.
- B) As doenças profissionais são aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinadas atividades, em função do risco específico direto.
- C) As doenças profissionais necessitam de comprovação do nexo de causalidade com o trabalho.
- D) As doenças do trabalho são também denominadas mesopatias ou moléstias profissionais atípicas.
- E) As doenças do trabalho são aquelas produzidas, desencadeadas ou agravadas por condições especiais de trabalho.

**Resposta:**

**(C)** Para a Previdência Social brasileira, as doenças profissionais também denominadas ergopatias, termopatias ou doenças profissionais típicas, são aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinadas atividades, em função do risco específico direto. Como são consideradas típicas de determinadas ocupações, não é necessário comprovar o nexo de causalidade com o trabalho. Para a Previdência Social brasileira as doenças do trabalho, também denominadas mesopatias ou moléstias profissionais atípicas, são aquelas produzidas, desencadeadas ou agravadas por condições especiais de

trabalho. Por resultarem de risco específico indireto e serem classificadas como atípicas, exigem comprovação do nexo da causalidade com o trabalho. Também são consideradas as doenças oriundas de contaminação accidental no exercício do trabalho e as enfermidades endêmicas adquiridas por exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Ref.: Carmo *et al.* In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.437.

**TR 35.** Das seguintes afirmativas sobre a notificação do acidente de trabalho, marque a INCORRETA.

- A) O empregador é obrigado a notificar à Previdência Social a ocorrência de acidente de trabalho através da emissão da CAT até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.
- B) O empregador é obrigado a notificação de imediato à autoridade policial competente em caso de acidente de trabalho fatal.
- C) O empregador pode, opcionalmente, notificar os casos de doenças profissionais ou do trabalho.
- D) Na falta de comunicação por parte da empresa, o próprio acidentado pode emitir a CAT.
- E) Na falta de comunicação por parte da empresa, os dependentes do acidentado podem emitir a CAT.

**Resposta:**

**(C)** A notificação de acidente do trabalho é estabelecida pela Lei Nº 8.213, de 24.07.91, regulamentada pelo Decreto Nº 611, de 21.07.92. O empregador é obrigado, sob pena de multa, a notificar à Previdência Social a ocorrência de acidente de trabalho através da emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e de imediato à autoridade policial competente, em caso de acidente fatal. Quando se tratar de doença profissional ou do trabalho, considera-se como dia do acidente a data do início da incapacidade para o trabalho ou o dia em que for realizado o diagnóstico, prevalecendo o que for primeiro. Na falta de notificação da parte da empresa, poderão emitir a CAT o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública.

Ref.: Binder & Almeida. In: Mendes. *Patologia do Trabalho*. p.706-7.

**TR 36.** São serviços de saúde classificados pelo Ministério do Trabalho (NR-4) com grau de risco 2 os serviços:

- A) veterinários.
- B) de laboratório.
- C) odontológicos.

- D) médico-hospitalares.
- E) de fisioterapia e reabilitação.

**Resposta:**

(E) De acordo com o quadro I da NR-4, para as atividades de serviços de saúde são atribuídos os seguintes graus de risco: 3, para os serviços médico-hospitalares, de laboratório, odontológicos e veterinários; 2, para serviços de fisioterapia e reabilitação; e 1, para serviços de promoção de planos de assistência médica e odontológica e para os serviços de saúde não especificados ou não classificados.

Ref.: IOB. *Segurança e saúde no trabalho*. p.50.

**TR 37.** Uma indústria metalúrgica (grau de risco = 4) com 600 empregados requer:

- A) um médico do trabalho, em tempo parcial.
- B) um médico do trabalho, em tempo integral.
- C) dois médicos do trabalho, em tempo parcial.
- D) dois médicos do trabalho, em tempo integral.
- E) apenas três técnicos de segurança do trabalho.

**Resposta:**

(B) De acordo com a NR-4 do Ministério do Trabalho, as atividades com grau de risco 4, a exemplo da metalurgia, que tenham de 101 a 250 ou de 251 a 500 empregados, necessitam de um médico do trabalho em tempo parcial (mínimo de três horas); se a empresa tiver de 301 a 1.000 empregados, necessitará de um médico do trabalho em tempo integral.

Ref.: IOB. *Segurança e saúde no trabalho*. p.21 e 52.

**TR 38.** No Brasil, um hospital que possua de 1.001 a 2000 empregados deve contar com:

- A) um médico do trabalho, em tempo parcial.
- B) um médico do trabalho, em tempo integral.
- C) dois médicos do trabalho, em tempo parcial.
- D) dois médicos do trabalho, em tempo integral.
- E) três técnicos de segurança do trabalho.

**Resposta:**

(B) De acordo com a Norma Regulamentadora-4 (NR-4), que considera o ambiente hospitalar como grau de risco 3, um hospital que possua de 501 a 1.000 empregados deve contar com: um médico do trabalho (tempo parcial), um engenheiro do trabalho (tempo parcial), uma enfermeira



do trabalho e três técnicos de segurança do trabalho. Caso tenha entre 1.001 a 2000 empregados, requererá um médico do trabalho (tempo integral), um engenheiro do trabalho (tempo integral), uma enfermeira do trabalho e quatro técnicos de segurança do trabalho.

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. *Segurança no ambiente hospitalar*. p.22.

**TR 39.** As empresas devem contribuir para o financiamento da complementação das prestações por acidentes do trabalho com uma percentagem incidente sobre o total das remunerações pagas ou creditadas do mês, conforme a classificação de risco que apresentam. Desse modo, a empresa cuja atividade preponderante tem risco de acidente de trabalho considerado grave participa com:

- A) 0,2%.
- B) 0,5%.
- C) 1%.
- D) 2%.
- E) 3%.

**Resposta:**

(E) De acordo com a Lei Nº 8.212, de 24.07.91, Art. 22, tem-se que para o financiamento de complementação das prestações por acidente do trabalho com percentuais incidentes sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos, conforme o risco de acidente do trabalho em sua atividade preponderante, a saber: leve (1%), médio (2%) e grave (3%).

Ref.: C.L.T. *Legislação Complementar IOB I-3*.

**TR 40.** As indústrias que provocam desconforto na vizinhança, por causa de ruídos devidos à natureza de seu trabalho, são classificadas com referência ao efeito na vizinhança como:

- A) incômodas.
- B) insalubres.
- C) perigosas.
- D) poluentes.
- E) contaminados.

**Resposta:**

(A) Segundo a classificação mais corrente, as indústrias quanto ao seu efeito na vizinhança podem ser incômodas, insalubres e perigosas. As **incômodas** são as que provocam desconforto na vizinhança, por causa de ruídos devidos à natureza de seu trabalho; as **insalubres** são as que

podem afetar à saúde dos que nelas trabalham ou dos que moram na vizinhança, devido ao tipo dos produtos manipulados, às operações utilizadas no processo industrial ou aos resíduos; as **perigosas** são aquelas que podem afetar a segurança e a vida dos que nelas trabalham ou moram na vizinhança devido aos tipos de produtos manipulados, aos processos industriais utilizados ou aos resíduos.

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. FNS. *Manual de Saneamento*. p.204.