

**PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS/RJ – CURSO DE FORMAÇÃO****DECISÃO DOS RECURSOS  
(INFRARRELACIONADOS)****I  
DOS RECURSOS**

Trata-se de recursos interpostos pelos candidatos infrarrelacionados concorrentes aos cargos do Processo Seletivo Público de Provas destinado ao preenchimento de vagas do quadro de pessoal da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias/RJ e formação de cadastro de reserva, que insurgem contra a publicação do gabarito preliminar da Avaliação Final do Curso de Formação, conforme disposto no EDITAL Nº 01, DE 14 DE JANEIRO DE 2025.

**RECURSOS INTERPOSTOS À COMISSÃO EXAMINADORA**

<b>Inscrição</b>	<b>Nome</b>
673019671	Fábio Pereira Lacerda Valentim
673016404	Flávia Felipe Rosa
673003565	Francirley Silva De Azevedo
673010474	Jefferson Lopes Dos Santos
673028299	Joana Darc Regis Teixeira
673020813	Joselmo Alves Dos Santos Nascimento
673037324	Kaio Raphael Dias Da Silva De Souza
673030102	Kaique Do Nascimento Silva Moraes
673001424	Karina Maria Costa Da Silva
673004835	Larissa Da Silva Sousa Siqueira
673025465	Leila Da Silva Santos De Franca
673015189	Lorrana Xavier Duart
673032635	Lucimara Felisberto Dos Santos Francisco
673018656	Mara Sonia De Souza Freitas
673025949	Matheus Manhães Martins
673030124	Míriam Silva Do Nascimento
673023343	Mirian Da Conceição Silva
673019838	Mirian Dionizio Soares Da Silva
673017601	Noel Ferreira Martins Neto
673001413	Nubia Augusta Pinheiro Da Silva
673025252	Renata Da Silva Campos
673035009	Wagner Basto Fernandes Barbosa

II  
DA DISPOSIÇÃO E DOS FUNDAMENTOS  
ANÁLISE DOS RECURSOS

As questões suscitadas pelos recorrentes são a seguir analisadas:

**Cargo: Agente Comunitário de Saúde (ACS)**

BRANCA
05

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

A situação descreve uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que promoveu uma atividade com moradores para apresentar seus serviços. Durante o encontro, a população demonstrou interesse ao fazer perguntas sobre como são definidas as prioridades do planejamento local e se poderiam contribuir com sugestões. Apesar dessa abertura da comunidade, a equipe de saúde não forneceu informações sobre os canais de participação nem incentivou a continuidade do diálogo.

Esse cenário evidencia uma falha no estímulo à participação popular, elemento central do controle social, conforme previsto na Constituição Federal (art. 198, inciso III) e na Lei nº 8.142/90, que regulamenta os conselhos e conferências de saúde como espaços legítimos de deliberação popular na formulação das políticas públicas de saúde.

A alternativa C afirma: “Demonstra o enfraquecimento do controle social, refletindo a ausência de incentivo à participação popular nas decisões sobre saúde.” Essa opção descreve com exatidão o cenário apresentado. A ausência de informações da equipe sobre os meios de participação comunitária e a falta de incentivo ao diálogo mostram fragilidade no controle social, que é o mecanismo que assegura a presença ativa da população na construção das políticas de saúde em nível local.

A alternativa B menciona: “Indica uma falha na regionalização, que deveria organizar os fluxos de acesso entre os níveis de atenção.” Essa afirmação trata de um aspecto organizativo diferente. A regionalização no SUS refere-se à organização territorial e funcional dos serviços de saúde, com o objetivo de garantir o acesso racional e equânime à rede assistencial, em especial entre os diferentes níveis de complexidade (atenção primária, média e alta). Está relacionada à lógica de referência e contrarreferência entre municípios, regiões de saúde e pactuações intergestores.

No entanto, o enunciado da questão não faz referência a barreiras de acesso a serviços de média ou alta complexidade, nem a dificuldades nos fluxos assistenciais entre níveis de atenção.

O conteúdo da questão é estritamente voltado à participação social e ao relacionamento entre UBS e comunidade, sem qualquer menção à estrutura regionalizada de serviços.

Diante da análise técnica e normativa apresentada, conclui-se que: A alternativa C permanece como a única correta, pois corresponde diretamente ao conteúdo e à situação descrita no enunciado. O recurso interposto pelo candidato não apresenta fundamentação técnica consistente, baseando-se em interpretação equivocada dos princípios do SUS. Não há elementos no enunciado que sustentem a correção da alternativa B.

**Fontes:**

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90.

<b>BRANCA</b>
<b>06</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

A manifestação apresentada alega que o uso do termo “vigilância contínua” no enunciado poderia gerar ambiguidade, na medida em que remeteria à vigilância epidemiológica, atividade comumente associada aos Agentes de Combate às Endemias (ACE). Entretanto, esclareço que a referida expressão está corretamente empregada no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), e não se confunde, conceitual ou operacionalmente, com a vigilância epidemiológica clássica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, reconhece a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como essencial no acompanhamento contínuo da população adscrita, na identificação de situações de risco, na escuta ativa e no fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade. Nesse contexto, a vigilância contínua refere-se à função de monitoramento longitudinal das condições de saúde no território, própria da atenção primária. Portanto, a alternativa B permanece como a única adequada ao que se exige na questão, pois reconhece que foi a ESF quem instituiu o ACS como ator estratégico e corresponsável pelo cuidado em saúde, rompendo com a lógica de ações pontuais anteriormente predominante.

Concluo, assim, que não há vício de linguagem, ambiguidade ou impropriedade conceitual no enunciado da questão que justifique sua anulação ou alteração de gabarito. A redação está alinhada às normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao perfil de competência exigido no certame. Diante do exposto, indeferimos o recurso, mantendo-se inalterado o gabarito oficial: alternativa B.

**Fontes:**

- BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
- BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades do ACS e do ACE.
- BRASIL. Constituição Federal, art. 198.

<b>BRANCA</b>
<b>08</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

É importante esclarecer que a alternativa correta (letra B) não implica omissão, mas sim uma conduta tecnicamente fundamentada, ética e compatível com as atribuições legais do ACS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a Lei nº 11.350/2006, o ACS deve atuar de forma articulada com a equipe de saúde da família, sendo corresponsável pelo cuidado no território. Não cabe a esse profissional, de forma isolada, acionar órgãos externos como a Defesa Civil, sem que haja antes um planejamento e avaliação em conjunto com a equipe multiprofissional — salvo em situações emergenciais que exijam socorro imediato, como incêndios, agressões ou desmaios, o que não foi descrito no enunciado da questão.

Além disso, o enunciado destaca que o ACS “hesita em acionar outras instâncias com receio de ser interpretado como invasivo”. Essa hesitação revela que ainda não se trata de uma emergência consumada, mas sim de um risco identificado, que exige encaminhamento intersetorial planejado, com base nos princípios da integralidade e da intersetorialidade, conforme preconizado pelo SUS.

A alternativa B — “Registrar tecnicamente os riscos identificados e discutir com a equipe para definir estratégias de abordagem intersetorial” — é a mais adequada à função do ACS, pois garante a responsabilização institucional sem ferir os limites legais da atuação individual.

Com relação à citação do Art. 132 do Código Penal em seu recurso, cabe esclarecer que esse dispositivo versa sobre condutas individuais dolosas que expõem terceiros ao perigo iminente, mas não desobriga o servidor público da observância dos protocolos e fluxos técnicos de sua função, especialmente no âmbito da saúde coletiva.

Portanto, a alternativa D, embora bem-intencionada, apresenta um procedimento isolado, desconectado da prática institucional, e que pode gerar ruídos na articulação do cuidado, além de contrariar as diretrizes de atuação do ACS.

Diante do exposto, indeferimos o recurso, mantendo inalterado o gabarito oficial: letra B.

Fontes:

- Lei nº 11.350/2006 – Regulamenta as atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Portaria GM/MS nº 2.436/2017 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- Constituição Federal de 1988 – Art. 198
- Caderno de Atenção Básica nº 33 – Ministério da Saúde

<b>BRANCA</b>
<b>11</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

A questão apresenta uma situação em que um enfermeiro impõe decisão sobre o cronograma de visitas domiciliares, sem consultar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desconsiderando seu conhecimento e experiência, e afirmando que o planejamento técnico cabe exclusivamente a profissionais com formação superior. O comando questiona qual princípio organizativo da atenção básica está distorcido nessa situação, oferecendo quatro alternativas. É importante esclarecer que, embora os princípios organizativos clássicos do Sistema Único de Saúde (SUS) — descentralização, regionalização, hierarquização e participação social — sejam amplamente reconhecidos e aplicados no SUS em geral, a questão em foco está relacionada especificamente ao princípio organizativo da Atenção Básica, que valoriza o trabalho em equipe multiprofissional e horizontal.

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB):

O trabalho em atenção básica deve ser organizado em equipes multiprofissionais, que atuem de maneira integrada, valorizando os saberes e experiências de todos os seus integrantes, incluindo ACSs e enfermeiros, num modelo horizontal e colaborativo. A imposição de decisões exclusivamente por profissionais de formação superior, sem diálogo e participação dos demais membros da equipe, caracteriza uma quebra do princípio do trabalho em equipe multiprofissional e horizontal, ferindo o modelo organizativo da atenção básica. Adicionalmente, embora a hierarquização seja princípio organizativo importante do SUS, ela refere-se à organização do sistema em níveis crescentes de complexidade, não à imposição unilateral de decisões dentro da equipe de atenção básica. Portanto, a alternativa D, que menciona “hierarquização do cuidado segundo níveis de complexidade”, não é a mais adequada para descrever a situação apresentada. Já a alternativa C reflete diretamente a questão do desrespeito ao trabalho em equipe horizontal, elemento central da organização da atenção básica.

Quanto aos argumentos sobre possível ambiguidade ou falta de princípios organizativos específicos para a atenção básica, cabe esclarecer que a PNAB e a literatura técnica reconhecem o trabalho em equipe multiprofissional e horizontal como princípio organizativo fundamental no âmbito da atenção básica, ainda que os princípios clássicos do SUS continuem válidos para o sistema como um todo.

Fontes:

- Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 – Regulamenta as atividades do Agente Comunitário de Saúde. Artigo 3º, § 1º.
- Campos, G. W. S., & Oliveira, C. B. (2015).

<b>BRANCA</b>
<b>12</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

A questão apresenta uma situação em que a equipe de saúde identifica uma área recém-ocupada sem cobertura de visitas domiciliares. O ACS responsável alega que “ninguém daquela região procurou a unidade até o momento”, o que demonstra uma compreensão equivocada do papel do Agente Comunitário de Saúde. O princípio central que orienta o trabalho do ACS é a atuação proativa na vigilância territorial, buscando identificar e incluir as populações que ainda não estão acessando os serviços, independentemente de demanda espontânea. Ou seja, o ACS deve realizar atualização contínua do diagnóstico local, promovendo a inserção ativa dos moradores no sistema de saúde. Esse entendimento está alinhado à Portaria GM/MS nº 2.488/2011 e à Portaria GM/MS nº 2.436/2017 (PNAB), que definem o papel do ACS como protagonista na vigilância em saúde, realizando visitas domiciliares planejadas e atuando na promoção do acesso e da integralidade do cuidado. Portanto, a

alternativa correta é a D, que expressa a atuação proativa do ACS, enquanto as demais opções indicam posturas equivocadas, como esperar a demanda da população ou permitir delimitação do território baseada apenas na percepção do ACS. Dessa forma, o recurso não pode ser acolhido, pois o gabarito oficial está em conformidade com os princípios e normativas que regem o trabalho do ACS no Sistema Único de Saúde.

Fontes:

- Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017
- Manual do Agente Comunitário de Saúde – Ministério da Saúde (2011)
- Constituição Federal de 1988 – Art. 198, §1º

<b>BRANCA</b>
<b>15</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

A situação descrita na questão demonstra a atuação do ACS Luiz de forma ética e alinhada às atribuições previstas para o cargo.

Ao identificar sinais de sofrimento emocional em uma idosa durante a visita domiciliar, mesmo na ausência de queixa direta, o profissional opta por registrar a observação e compartilhar com a equipe para possível acompanhamento. Essa conduta caracteriza-se como exemplo de escuta sensível e cuidado territorializado, fundamentos centrais do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.436/2017). O ACS atua como elo entre a população e os serviços de saúde, sendo responsável por identificar vulnerabilidades e situações que demandem atenção, mesmo que não verbalizadas diretamente pela pessoa atendida. O recurso apresentado sugere que a alternativa correta seria aquela que trata de quebra de sigilo profissional. Contudo, não se sustenta essa interpretação, pois o compartilhamento de informações com a equipe de saúde, com o objetivo de garantir o cuidado integral do usuário, não configura quebra de sigilo, mas sim exercício ético e responsável da função. O sigilo profissional, nesse contexto, é preservado ao se manter o caso restrito ao âmbito técnico da equipe multiprofissional, como previsto em normativas e códigos de conduta da saúde. Dessa forma, mantém-se como correta a alternativa A, e o recurso é improcedente.

Fontes:

- Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Art. 9º, inciso II, alínea “d”.
- Código de Ética dos Profissionais de Saúde (Resoluções específicas dos Conselhos de Enfermagem, Psicologia, Medicina, etc.)
- Manual do Agente Comunitário de Saúde – Ministério da Saúde (2011)
- Caderno de Atenção Básica nº 39 – ACS: o trabalho do agente comunitário de saúde

<b>BRANCA</b>
<b>30</b>

**Recurso Improcedente. Ratifica-se a opção divulgada no gabarito preliminar.**

Prezado(a) candidato(a), esclarecemos que a alternativa D (Exame de Papanicolau) é reconhecida nacional e internacionalmente como exemplo clássico e inequívoco de prevenção secundária, por se tratar de um método de rastreamento que visa a detecção precoce de alterações em fase assintomática, prevenindo o avanço do câncer do colo do útero.

Quanto à alternativa B (Participação de pacientes pós-AVC em sessões de fisioterapia), apesar de haver referências que mencionam a reabilitação precoce como importante ação de saúde, essa prática é tradicionalmente classificada como prevenção terciária, voltada para a reabilitação e minimização de sequelas após a instalação do agravo, não configurando prevenção secundária.

Portanto, a banca mantém o gabarito oficial na alternativa D, por apresentar maior consenso técnico e precisão conceitual.

Fontes:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a prevenção do câncer do colo do útero – Exame de Papanicolau.
- O exame de Papanicolau é recomendado como principal método de rastreamento para detecção precoce de lesões pré-cancerosas, caracterizando prevenção secundária.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos para controle do câncer do colo do útero. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Estabelece o Papanicolau como ferramenta de diagnóstico precoce em população assintomática, reforçando sua classificação como prevenção secundária.
- Last, J. M. Epidemiologia, tradução da 3ª edição americana.
- Define prevenção secundária como ações que promovem a detecção precoce e tratamento imediato de doenças em fase inicial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Domiciliar, Volume 2 – Atenção à pessoa com necessidades crônicas e paliativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Descreve que a reabilitação precoce e os cuidados domiciliares visam evitar complicações e agravos adicionais, mas classificam essas ações dentro da prevenção terciária, focando na minimização de sequelas.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- Inclui a atenção reabilitadora e o cuidado longitudinal para evitar o agravamento de doenças e promoção da qualidade de vida, caracterizando ações de prevenção terciária.
- Last, J. M. Epidemiologia, tradução da 3ª edição americana. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- Define prevenção terciária como aquelas que visam reabilitar e minimizar sequelas após o diagnóstico e tratamento da doença.

### III DAS CONCLUSÕES

Face ao exposto, após análise dos recursos, os mesmos foram julgados, de acordo com as decisões e fundamentações supraelencadas.

Publique-se,

07 de julho de 2025  
**INSTITUTO CONSULPLAN**