



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2023**

25/09/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Saúde Pública/Saúde Coletiva), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h30. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
- (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
- (B) Ao passo que.
- (C) Mesmo que.
- (D) Por ora.
- (E) Desse modo.

07

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
- (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
- (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
- (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
- (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
- (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
- (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
- (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA

16

Acerca da constituição do campo da Saúde Coletiva, assinale a alternativa correta:

- (A) É uma continuação das pesquisas e práticas dos departamentos de Medicina preventiva na década de 1970, sendo a epidemiologia o principal referencial.
- (B) A interdisciplinariedade possibilita o conhecimento ampliado sobre a saúde e pode ser operada pela multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias.
- (C) A introdução das Ciências Humanas nas temáticas de saúde não alterou os focos das análises e objetos, pois estes já estavam colocados anteriormente.
- (D) As dimensões simbólica, ética e política sobre o discurso biológico tinha presença significativa no campo de conhecimentos da Medicina.
- (E) Foi prioritariamente desenvolvida pela centralidade acadêmica do encontro de áreas de saber, como a epidemiologia e as ciências sociais, alheia aos movimentos da sociedade civil.

17

A respeito do ideário da Promoção da Saúde, assinale a alternativa correta:

- (A) As ações de promoção da saúde são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.
- (B) O diagnóstico e orientação sobre os fatores de risco, com o controle e monitoramento de doenças e agravos, são operados pelo monitoramento dos hábitos de vida.
- (C) A promoção da saúde compreende um conjunto de medidas para a melhora das condições de saúde da população, bem como um conjunto de políticas, compreendendo a educação e qualidade de vida dos indivíduos e grupos.
- (D) A promoção da saúde tem seu processo focado na educação formal por meio das instituições de ensino e em novas práticas de saúde.
- (E) O estímulo à autonomia do indivíduo em relação à sua própria saúde como um princípio da promoção da saúde preconiza um planejamento do conjunto das políticas públicas focada no indivíduo.

18

Sobre as Cartas da Promoção de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), assinale a alternativa correta:

- (A) A Declaração do México entende que a previsão de políticas públicas gerais possibilitou melhoras nas condições de saúde na maioria dos países, contudo, não exigiu atenção relacionada às iniquidades e desigualdades em saúde.

- (B) A Declaração de Jacarta foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde e reexaminou os determinantes da saúde, visando identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.
- (C) A Conferência de Alma-Ata consagrou a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000; a priorização da estratégia de Atenção Primária de Saúde, todavia, não previa o vínculo com a comunidade na produção da saúde.
- (D) A Conferência de Sundsvall estabelece que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis, sendo aspecto fundamental para a promoção da saúde; todavia, não prioriza a discussão das desigualdades em saúde.
- (E) A Carta de Ottawa define que a promoção da saúde é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global construído pelo setor.

19

Segundo a obra “Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde” (Barata, 2009):

- (A) O estilo de vida é o principal responsável pelas desigualdades em saúde.
- (B) Os fatores genéticos explicam as desigualdades em saúde.
- (C) Os fatores de risco explicam a quase totalidade dos problemas crônicos de saúde.
- (D) A doença é o principal determinante da posição social das pessoas.
- (E) As desigualdades sociais em saúde não desaparecem nos países onde existem sistemas nacionais de saúde com garantia de acesso para todos os grupos sociais.

20

Intelectuais do campo da Saúde Coletiva, pesquisadores da Reforma Sanitária Brasileira, publicaram artigo na revista *The Lancet*, em 2011, no qual afirmam o seguinte:

- (A) Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida por governos e partidos políticos.
- (B) Os desafios enfrentados pelo SUS não são de natureza política e podem ser resolvidos na esfera técnica.
- (C) Na década de 1970, a reforma do setor de saúde no Brasil se coadunava às reformas difundidas no resto do mundo de questionamento do estado de bem-estar social.
- (D) No período da ditadura militar (1964-1985), a centralização do sistema de saúde aliada à fragmentação institucional prejudicava o setor privado da saúde.
- (E) Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais fomentaram a expansão de serviços privados de saúde nos grandes centros urbanos.

21

Entre as afirmações que se seguem, qual descreve melhor as características da Atenção Primária/Atenção Básica em Saúde?

- (A) Procura otimizar a saúde das pessoas considerando a constelação de determinantes de saúde, ou seja, o meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.
- (B) A atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo, priorizando a efetividade em virtude da centralização de protocolos e condutas.
- (C) A essência da atenção primária é fundamentalmente simples, com foco em ações simplificadas e universais.
- (D) Constitui-se como retaguarda dos pronto-socorros no que diz respeito ao contato dos usuários do sistema de saúde.
- (E) Define-se por práticas orientadas pelo princípio da universalidade, descartando, portanto, a singularidade dos usuários.

22

Sobre o planejamento em saúde, assinale a alternativa correta:

- (A) As ações de planejamento referem-se exclusivamente à produção de planos, programas ou projetos.
- (B) O planejamento procura identificar os problemas intermediários, relativos aos serviços de saúde, e não se ocupa dos problemas relacionados ao estado de saúde.
- (C) Ao explicitar objetivos e finalidades, o planejamento pode favorecer a democratização da gestão.
- (D) No planejamento, a valorização dos meios em detrimento dos fins resulta em ações efetivas em saúde.
- (E) Os momentos do planejamento estratégico – explicativo, normativo, estratégico e tático operacional – devem ser vistos como etapas estanques.

23

Segundo Paim et al. (2011), o planejamento em saúde é admitido como processo e, quando “visa atender necessidades humanas, pode ter como foco uma imagem-objetivo, definida a partir de valores, ideologia, utopias e vontades ou uma situação-objetivo, projetada com mais precisão”. Qual é a alternativa correta, considerando ainda os quatro momentos fundamentais do planejamento estratégico?

- (A) No caso da imagem-objetivo, as necessidades têm, como foco, problemas, tais como mortes, doenças, agravos e riscos.
- (B) No momento explicativo são definidos os objetivos e metas.
- (C) O momento normativo é centrado no balanço entre o que deve ser e o que o que pode ser feito.

- (D) No momento tático-operacional são definidas as atividades e os recursos necessários.
- (E) Na busca de uma situação-objetivo são fundamentais a identificação e a explicação dos problemas da situação atual.

24

No contexto da avaliação na Atenção Básica, pode-se afirmar sobre a contribuição da diversidade de instrumentos para a instituição de uma cultura avaliativa:

- (A) A avaliação em saúde configura-se como uma dimensão bem consolidada e estabelecida no SUS.
- (B) Trata-se de um grande desafio, considerando a complexidade do sistema de Saúde e a heterogeneidade dos serviços
- (C) A institucionalização da avaliação é desvinculada das atividades analíticas e da gestão de intervenções programáticas
- (D) As práticas avaliativas devem ser utilizadas de forma descontínua como ferramentas de prestação de contas à sociedade
- (E) A realização de processos periódicos de avaliação é ferramenta pontual na busca pela melhoria da qualidade da Atenção Básica.

25

De acordo com Schraiber, Nemes e Mendes-Gonçalves (2006), diante da necessidade de reorganização total dos serviços e da assistência em saúde como uma noção mais complexa, entende-se por trabalhador coletivo da unidade de saúde:

- (A) O trabalhador polivalente que realiza múltiplas tarefas na unidade a fim de responder às demandas da conjuntura.
- (B) O trabalho assistencial coletivo de uma equipe multiprofissional como questão institucional vinculada à resolatividade da atenção primária.
- (C) A inserção do trabalhador na divisão social do trabalho da saúde e nas intervenções nas necessidades em saúde no território e comunidades.
- (D) A especialização profissional das categorias de saúde combinadas em um grupo de trabalho na assistência da atenção primária.
- (E) A combinação dos conhecimentos de gestão, clínicos e epidemiológicos no trabalho em equipe na baixa, média e alta complexidade.

26

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2006), as necessidades em saúde são os aspectos mais importantes para a organização dos serviços de saúde. Conforme os autores, as necessidades em saúde devem ser

- (A) baseadas no carecimento, ou seja, a partir da “falta” entendida pelo próprio indivíduo referente ao seu estado sócio-vital que deve ser corrigida.

- (B) baseadas na demanda em saúde, ou seja, a quantidade de serviços técnicos que a população consome, dados os recursos financeiros disponíveis e preferências.
- (C) baseadas na oferta e demanda em saúde, ou seja, conforme a procura ativa do usuário correlacionada à estrutura da rede de serviços.
- (D) baseadas na demanda de saúde, ou seja, na quantidade de serviços estimada pela gestão que os usuários devem consumir num determinado período de tempo.
- (E) baseadas no consumo em saúde, ou seja, na busca que o usuário faz de um serviço assistencial em saúde.

27

O manejo de agravos à saúde relacionados ao trabalho pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família inclui a avaliação dos impactos do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) e suas famílias. Qual das alternativas a seguir expressa elementos que constam da política elaborada pelo Ministério da Saúde (2018) acerca da Saúde do trabalhador e da trabalhadora?

- (A) No Brasil, inexistem situações de trabalho ilegal como o trabalho análogo ao de escravo e/ou que incorpora crianças e adolescentes.
- (B) O trabalho pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(as) trabalhadores(as) e aprofundar iniquidades.
- (C) Os efeitos positivos na saúde determinados pelo trabalho são geralmente expressos nos acidentes e nas doenças relacionadas ao trabalho.
- (D) A integridade das ações de saúde pressupõe que haja primazia das ações preventivas e curativas em relação às ações de promoção e da vigilância em saúde.
- (E) A nocividade do trabalho está desvinculada da organização do trabalho e se expressa na duração, intensidade, exigências de produtividade, jornada de trabalho em turnos e noturno e em relações conflituosas com a chefia e os(as) colegas(as).

28

Na atualidade, as mudanças tecnológicas e da organização do trabalho ocorridas nos processos de reestruturação produtiva ocasionam aumento da frequência e do surgimento de novas formas de adoecimento, ainda pouco conhecidos, bem como se assistem a retrocessos no que concerne aos direitos trabalhistas (Ministério da Saúde, 2018). Analise as afirmações a seguir e assinale a alternativa correta:

- (A) Em relação ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), o ônus da prova é do(a) trabalhador(a), cabendo-lhe demonstrar a existência de riscos para a saúde no trabalho.
- (B) Profissionais de saúde não se deixam influenciar pela banalização do sofrimento e/ou adoecimento ou pelo preconceito quanto à “simulação” por parte do trabalhador.

- (C) O estímulo à competitividade e à individualidade contribui para a autoestima e a solidariedade entre os pares, e é reconhecido como protetor da saúde.
- (D) O assédio moral é um risco psicossocial com alto potencial para causar danos ao(à) trabalhador(a) e aos(as) colegas de trabalho.
- (E) Nos processos de reestruturação produtiva, mudanças tecnológicas e da organização do trabalho são responsáveis pela redução dos adoecimentos ocasionados pelo trabalho.

29

Qual das seguintes alternativas é compatível com a reflexão desenvolvida por Peduzzi et al. (2013) ao analisar a Educação Interprofissional (EIP)?

- (A) A competição entre os profissionais no interior das equipes eleva o grau de resolatividade frente aos problemas de saúde complexos.
- (B) As necessidades em saúde são heterogêneas e complexas e requerem que as ações da equipe sejam focadas na demanda espontânea.
- (C) A prática interprofissional da equipe de saúde dificulta o reconhecimento das contribuições específicas de cada área profissional.
- (D) Na Educação multiprofissional, os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências das demais profissões.
- (E) A Educação interprofissional é complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional.

30

A respeito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf (Ministério da Saúde, 2010), assinale a alternativa correta:

- (A) As tarefas do Nasf devem ser desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, e as equipes do Nasf constituem-se como porta de entrada para os casos mais complexos.
- (B) Para maior efetividade das ações, o Nasf deve assumir a coordenação do cuidado aos usuários de saúde mental do território.
- (C) O atendimento direto e individualizado a usuários e famílias é uma das ações prioritárias do Nasf.
- (D) Tendo em vista a especificidade e complexidade das ações de redução de danos, essa estratégia pode ser acompanhada externamente pelo Nasf.
- (E) O Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado.

31

Sobre a elaboração de modelos tecnoassistenciais sob a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde e da produção do cuidado, assinale a alternativa correta:

- (A) Desde o projeto democrático da constituição do SUS na década de 1990, as práticas de saúde se reconfiguram com o foco na vida do usuário.
- (B) O espaço de encontro entre usuários e trabalhadores deve ser priorizado como *locus* de construção de práticas de saúde humanizadas e não sob o predomínio biomédico.
- (C) Os processos de mudança da formação dos profissionais de saúde são o elemento exclusivo do processo de mudança das práticas de saúde.
- (D) A organização do processo de trabalho refere-se ao modo de fazer e não propriamente enquanto relações políticas entre trabalhadores de saúde e usuários.
- (E) A construção de novos modelos tecnoassistenciais democráticos deve partir do Ministério da Saúde, a despeito do princípio da descentralização administrativa do SUS e da autonomia dos diferentes entes federativos.

32

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS (Ministério da Saúde, 2008) estão organizadas em três dimensões de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Quais das seguintes ações são contempladas pela Regulação da Atenção à Saúde?

- (A) Cadastramento de usuários no Cartão SUS; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.
- (B) Avaliação condições sanitárias estabelecimentos de saúde; auditoria assistencial ou clínica.
- (C) Avaliação dos indicadores epidemiológicos; regulação médica da atenção pré-hospitalar.
- (D) Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; regulação médica da atenção hospitalar às urgências.
- (E) Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde; estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade.

33

Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS (Ministério da Saúde, 2008), a Regulação do Acesso à Assistência contempla as seguintes ações:

- (A) Avaliação da satisfação dos usuários; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais.
- (B) Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas especializadas; avaliação analítica da produção.

- (C) Controle das agendas de procedimentos especializados; estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade.
- (D) Avaliação dos indicadores das ações nos estabelecimentos de saúde; elaboração de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.
- (E) Programação Pactuada e Integrada – PPI; cadastramento de estabelecimentos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

34

Conforme documento do Ministério da Saúde (2018), “Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, a mortalidade dos menores de 5 anos, de modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. Quando se estudam as mortes na infância, em relação ao numerador das taxas que medem os componentes mais relevantes, e que se refere aos óbitos, é correto afirmar:

- (A) Taxa de mortalidade na infância: número de óbitos dos lactentes menores de 2 anos.
- (B) Taxa de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos dos menores de 28 dias.
- (C) Taxa de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos de 28 dias a 6 meses.
- (D) Taxa de mortalidade pós neonatal: número de óbitos de 28 dias a 364 dias.
- (E) Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos dos menores de 5 anos.

35

Considerando o uso da Epidemiologia nos serviços de saúde, assinale a alternativa correta:

- (A) Na abordagem da situação de saúde, a política de intervenção proposta, dirigida aos problemas de saúde, é regida pela Epidemiologia enquanto disciplina.
- (B) A informação é produto residual do trabalho cotidiano nos serviços de saúde.
- (C) A abordagem dos problemas de saúde é potencializada pela fragmentação das diferentes áreas de conhecimento.
- (D) O espectro de uso da Epidemiologia restringe-se às ações de promoção e prevenção.
- (E) A Epidemiologia trata do processo saúde-doença no coletivo.

36

Em Epidemiologia, as medidas de frequência são definidas a partir de dois conceitos fundamentais: incidência e prevalência. Com base nesses conceitos, assinale a alternativa correta:

- (A) Incidência é uma medida pontual, produto de uma única observação dos indivíduos de uma população.

- (B) Por si só, o número de casos incidentes permite comparação de incidências entre diferentes áreas geográficas ou entre diferentes períodos.
- (C) A mortalidade é uma variável discreta, ou seja, seus valores possíveis são números inteiros.
- (D) A letalidade expressa a frequência de óbitos por um determinado agravo na população em um certo período de tempo.
- (E) Prevalência é uma medida dinâmica, que requer que cada indivíduo componente da amostra seja observado mais de uma vez.

37

Indicadores de saúde têm sido utilizados com o objetivo de avaliar, do ponto de vista sanitário, a situação de saúde de grupos populacionais e também fornecem subsídios para o planejamento das ações de saúde. A respeito desses indicadores, é correto afirmar:

- (A) Pode-se utilizar o coeficiente de mortalidade geral em sua forma bruta para comparar países, mesmo com estruturas etárias diferentes
- (B) O indicador de Swaroop Uemura é a proporção de óbitos de indivíduos de 60 anos ou mais em relação ao total de óbitos.
- (C) A classificação de Nelson de Moraes, tipo II, nível de saúde baixo, caracteriza-se pelo predomínio de óbitos de adultos jovens
- (D) O preenchimento incorreto dos atestados de óbitos provoca sempre subestimativa da mortalidade por uma determinada causa
- (E) A proporção de óbitos por causas mal definidas é um indicador da qualidade das informações sobre mortalidade.

38

Os estudos seccionais são ferramentas importantes para orientar os gestores do SUS no planejamento de ações em todos os níveis da atenção. Assinale a alternativa correta a respeito desse tipo de estudo:

- (A) A observação longitudinal da base populacional caracteriza o desenho dos estudos seccionais.
- (B) As unidades de observação costumam ser selecionadas por critério de conveniência.
- (C) Quanto à temporalidade, a coleta de dados referentes às unidades de observação é feita em oportunidades bastante afastadas temporalmente ao longo do período de estudo.
- (D) Da mesma forma que os estudos de casos e controles, os estudos seccionais são adequados para investigar doenças raras.
- (E) Uma das vantagens dos estudos seccionais é a capacidade de inferência dos resultados para uma população definida no tempo e no espaço.

39

Considerando a complexidade das questões envolvidas na área de saúde ambiental, assinale a alternativa correta:

- (A) Existem grupos especiais de menor risco aos problemas de saúde ambientais, tais como as crianças e adolescentes, os idosos e, especialmente, as gestantes e as lactantes.
- (B) Reconhece-se que o progresso tecnológico tem diminuído novos riscos não só àqueles que trabalham nas fábricas, mas a toda a população.
- (C) Torna-se fundamental aprofundar o problema no âmbito de uma disciplina exclusiva, objetivando gerar conhecimento que auxilie as intervenções e protejam a saúde.
- (D) Incluem-se, dentre os critérios de escolha de indicadores em saúde ambiental, aqueles que são facilmente compreensíveis pelos usuários potenciais.
- (E) Devem ser meritocráticos, seletivos desde a escolha e a priorização dos problemas, o planejamento e a gestão das ações de proteção e promoção da saúde ambiental.

40

A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) pode ser melhor compreendida ao considerar a classificação proposta por Schilling, que combina a abordagem clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupa as doenças, segundo a contribuição ou o “papel causal” desempenhado pelo trabalho no adoecimento (Ministério da Saúde, 2018). Segundo essa classificação, qual grupo de agravos se relaciona ao trabalho como causa necessária?

- (A) Asbestose, intoxicação por chumbo, doenças do aparelho locomotor.
- (B) Dermatite de contato alérgica, doenças mentais, asma.
- (C) Intoxicação por chumbo, varizes dos membros inferiores, bronquite crônica.
- (D) Asbestose, intoxicação por chumbo, silicose.
- (E) Doença coronariana, câncer, silicose.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Em 2011, pesquisadores do campo da Saúde Coletiva publicaram um balanço de 20 anos do SUS na revista *The Lancet*. O diagnóstico versava sobre as principais mudanças do perfil epidemiológico: a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, assim como a diminuição de parte substantiva de doenças infecciosas e a maior frequência de doenças crônicas não transmissíveis. Do ponto de vista das características do SUS, houve a ampliação considerável da atenção primária e, especificamente, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa dos Agentes Comunitários- PAC, assim como o impacto do programa nacional de imunização e do Programa de enfrentamento do HIV-AIDS. O SUS realizou um grande processo de descentralização. Contudo, os autores assinalam vários obstáculos e, nos últimos 10 anos, problemas de toda ordem se sucederam na trajetória de consolidação do SUS.

Neste contexto caracterizado pelos autores, descreva e analise o caso singular de Rebeca: uma mulher de 53 anos, residente em um município do interior do estado de São Paulo, cuja população estimada é de 200 mil habitantes e cujo IDH é de 0,822. Rebeca apresentou dor em um mamilo e, no autoexame, percebeu um pequeno volume na mama. Assim, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima de sua casa. Recebeu atendimento na recepção e a informação de que a agenda para consulta médica estava disponível em duas semanas. Agendada a consulta, Rebeca voltou para casa ainda insegura e preocupada com a dor. Após uma semana, acordou com a mesma dor no mamilo, mas agora com secreção. Imediatamente, dirigiu-se a um pronto socorro do hospital público mais próximo. Depois da triagem e da classificação de risco, foi imediatamente internada para tratamento cirúrgico necessário.

01

Diante dessa situação problema, quais as questões colocadas sobre acessibilidade, primeiro contato, atenção orientada à usuária, integralidade e coordenação da atenção?

02

Como pode ser qualificado o papel desempenhado pela Atenção Básica neste caso?

03

Como essa situação singular se insere no contexto macro de avanços e retrocessos do SUS analisado pelos autores?

