



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 2021**

22/11/2020

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. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
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

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, consequentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynnham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. Rev. Nutr. 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cáries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cáries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentífricos.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cáries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014”. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de "passar necessidades". De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

SAÚDE PÚBLICA/SAÚDE COLETIVA

16

Em vários lugares do SUS existem iniciativas de utilização da EPS como estratégia para implementar, de maneira participativa, determinadas linhas de ação, tais como trabalho sobre indicadores, humanização, implementação de ações programáticas e, inclusive, certas iniciativas de capacitação. Parte-se do pressuposto de que, somente desde a realidade local e da singularidade dos atores, é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano. Cada local tem produzido certos movimentos a seu modo. Há movimentos interessantes de construção de processos formativos pelos próprios municípios (inclusive de pequeno porte), em que se forjam redes de sustentação com base nas experiências acumuladas (Feuerwerker, 2014).

Deduz-se corretamente do texto que a EPS deve

- (A) conter temas variados para ser efetiva.
- (B) ser representativa da realidade territorial dos trabalhadores.
- (C) ter uma base curricular mínima nacional.
- (D) ser desenvolvida somente por municípios.
- (E) trazer temas novos para os trabalhadores.

17

Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva. (Feuerwerker, 2014).

Qual das alternativas a seguir **NÃO** apresenta um fundamento da gestão do trabalho?

- (A) Cuidar do modo coletivo como os serviços são produzidos.
- (B) Incluir todos os fabricantes no diálogo da produção.
- (C) Aumentar a produção para melhorar a vida individual e coletiva.
- (D) Vislumbrar sentidos e significados de palavras e atos no cotidiano dos serviços.
- (E) Estimular que o próprio ato de trabalhar desperte curiosidade nos produtores.

18

O subsecretário em Vigilância e Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES), Dario Ramalho, admitiu que pode ocorrer subnotificação em relação aos casos de COVID-19 em Minas. Ele disse que a secretaria trabalha com a estimativa de um para cada 10 casos. A afirmação foi feita durante entrevista coletiva com a presença do secretário de Estado de Saúde, Carlos Eduardo Amaral, nesta terça (26 de maio de 2020). "Dentro de uma lógica de vigilância, é natural supor que você tem um grau de subdetecção e um grau de subnotificação. Isso para qualquer patologia, em qualquer momento. Isso antes, durante e após o COVID. Para qualquer patologia, existem inúmeras pessoas lá fora, que nós não temos capacidade de fazer o diagnóstico de todas elas", pontuou Dario. Os sistemas de vigilância não precisam ser perfeitos para serem úteis.

Estado de Minas Gerais, 27/05/2020. Disponível em: <https://www.em.com.br/>. Adaptado. Acesso em: 21/07/2020.

Qual dos fatores abaixo **NÃO** determina limitações para o desempenho de sistemas de vigilância?

- (A) Tendência a notificar mais os casos de maior gravidade.
- (B) Inconsistência na definição de caso.
- (C) Omitir notificação por pressão governamental.
- (D) Fazer a vigilância ser mais ativa.
- (E) Falta de testes diagnósticos.

19

Assinale a alternativa que contenha apenas atributos da Atenção Primária em Saúde:

- (A) Continuidade da atenção dentro do sistema, ordenação do cuidado, seleção de clientela.
- (B) Acesso de primeiro contato, integralidade do cuidado, ênfase em doenças crônicas.
- (C) Competência cultural dos profissionais, ênfase na prevenção de doenças, participação comunitária.
- (D) Continuidade da atenção dentro do sistema, integralidade do cuidado, ordenação do cuidado.
- (E) Ordenação do cuidado, competência cultural dos profissionais, divisão do atendimento por ciclos de vida.

20

Profissionais de saúde da Paraíba denunciam que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão em risco com a nova medida de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) anunciada pelo Governo Federal para o começo de 2020.

Portal Correio, 25/10/2019. Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/>. Acesso em 21/07/2020.

Na prática, a Portaria 2979/19 pode levar à extinção e dificultar o acesso a profissionais de saúde, como nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais da educação física, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos, dependendo de como o gestor municipal escolher conduzir o investimento da verba da APS.

Rede ECO-AB, 5/12/2019. Disponível em: <https://redeecoabms.ufms.br/>. Acesso em: 21/07/2020.

Que característica central deixaria de existir nos municípios, caso o NASF fosse extinto?

- (A) Agendamentos de atendimento individual da equipe multiprofissional feitos pela ESF.
- (B) Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde com as equipes da ESF.
- (C) Apoio matricial às equipes de referência da ESF.
- (D) Treinamento das equipes de ESF.
- (E) Supervisão das equipes de ESF.

21

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec foi criada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Comissão, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.

CONITEC. Disponível em: <https://conitec.gov.br/>. Acesso em 21/07/2020.

Em que caso a CONITEC **NÃO** estaria cumprindo sua missão precípua de fazer recomendações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis?

- (A) Quando ela assegura que as tecnologias previstas para uso na atenção à saúde sejam seguras e evitem danos à saúde.
- (B) Quando ela verifica se as tecnologias a serem incorporadas na atenção à saúde são eficazes e efetivas.

- (C) Quando ela analisa as relações entre os benefícios potenciais decorrentes do uso das tecnologias na atenção à saúde e nos contextos econômico-financeiros.
- (D) Quando ela faz recomendações por pressão de grupos econômicos ou políticos sem base em evidências científicas derivadas de estudos robustos.
- (E) Quando ela provê os formuladores de políticas e gestores em saúde com informações que auxiliem nos processos de decisão relacionados à alocação de fundos de pesquisa.

22

"O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. 'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terra, 1990).

Texto extraído de "Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção" de Dina Czeresnia.

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) A promoção trabalha com o centro da curva normal; a prevenção, com os extremos da curva normal.
- (B) A promoção visa mudança dos fatores de risco; a prevenção visa mudança dos determinantes.
- (C) A promoção almeja alterar situações de risco; a prevenção intervém em situações causais.
- (D) A promoção prioriza sua atuação com as equipes de saúde; a prevenção busca apoio na comunidade.
- (E) A promoção advoga mudanças nos protocolos clínicos, a prevenção advoga mudanças nas políticas públicas.

23

Contrária ao enfoque individual vigente na saúde na década de 1970, surgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade. A essa altura, na América Latina, essa observação já vinha sendo amplamente disseminada através dos trabalhos, por exemplo, de Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca, que introduziram importante evidência, resultante da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde. Obviamente, a reação do que na época era visto como o Terceiro Mundo não alcançou maior repercussão na evolução das práticas discutidas nos países centrais. No Sul, destacavam-se as causas sociais e, no Norte, discutiam-se possíveis abordagens individuais, sem que qualquer interação se viabilizasse entre os principais atores da época. A “Primeira Conferência Nacional de Saúde” (1981), no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava uma atuação sobre as iniquidades. Mais adiante, em 1984, também no Canadá, dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor da saúde e, com a ideia de “cidade saudável”, avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. Com essa motivação, foi planejada a Primeira Conferência Internacional da OMS sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, que se tornou marca importante na ampliação do conceito de saúde, assim como, no mesmo ano, a VIII Conferência Nacional de Saúde, aqui no Brasil, caminhava na mesma direção, criando as bases para o SUS.

Deduz-se corretamente do texto que a Promoção da Saúde

- (A) é um movimento exclusivo dos países do norte global.
- (B) vem marcada através dos tempos pela ampliação do conceito de saúde e do seu escopo teórico.
- (C) segue sendo um movimento ideológico sem qualquer crítica ao modo de estruturação da sociedade.
- (D) vem até os dias de hoje identificada com os problemas de saúde dos indivíduos.
- (E) é um campo de atuação exclusivo dos governos nacionais.

24

Sobre as desigualdades em saúde, é correto afirmar:

- (A) Não há teoria que explique as desigualdades sociais em saúde.
- (B) São diferenças entre indivíduos, grupos de indivíduos ou populações definidas segundo características de sua biologia, sexo e idade.
- (C) Não se encontra relação entre injustiça social e desrespeito aos direitos humanos expressos nas desigualdades em saúde.
- (D) A difusão das tecnologias médicas tende a reduzir as desigualdades em saúde.
- (E) Os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades nos perfis epidemiológicos de saúde e doença.

25

Considere um recém-formado que está prestes a ingressar em uma Residência Multiprofissional em Saúde, mas vem de um processo eminentemente uniprofissional na graduação.

Qual desses desafios a literatura sugere como a melhor sobreposição de ações para que essa formação acadêmica possa evoluir de modo sustentável para um projeto de prática educacional interprofissional?

- (A) Desenvolver uma escuta generosa e solidária que aprofunde a comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais.
- (B) Produzir momentos comuns de interrelação e diálogo.
- (C) Preparação individual para a colaboração, estímulo à colaboração entre o grupo e melhoria dos serviços e a qualidade do cuidado.
- (D) Problematicar um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde.
- (E) Aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde.

26

A Saúde Coletiva tem DNA latino-americano. Emerge da reflexão crítica que se faz de teorias e práticas que a antecederam: projetos “preventivistas” e a medicina social. Configura-se como corrente de pensamento, movimento social e campo de práticas. São muitos os aspectos que podem ser retomados nessas três dimensões, inclusive a discussão do conceito de coletivo.

O que é singular nesse “novo cliente”, o coletivo, na Saúde Coletiva?

- (A) O coletivo é produto das relações sociais, ao qual os indivíduos se submetem como agentes ativos.
- (B) O coletivo é algo dinâmico e representa a dimensão dos movimentos sociais.
- (C) O coletivo é o conjunto das práticas do campo da Saúde Coletiva.
- (D) O coletivo é o que abrange várias pessoas ou coisas e significa estudo das populações.
- (E) O coletivo demanda quantificação para ser explicado.

27

Em 2000, o Professor Délcio da Fonseca Sobrinho, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, escreveu um capítulo de livro com um título bem curioso “Existimos?” - Anotações sobre o papel dos Departamentos de Medicina Social na formação dos médicos. In: PAULO SERGIO CARNEIRO MIRANDA; DÉLCIO DA FONSECA SOBRINHO; HELOISA SAMPAIO COSTA. (Org.). DMPS e Saúde Pública: Olhares singulares sobre a história. Belo Horizonte: UFMG - Faculdade de Medicina - DMPS, 2000, v., p. 202- 212. A resposta a essa pergunta era que o Departamento de Medicina Preventiva Social da Faculdade de Medicina da UFMG não existia para dentro da escola médica, na formação dos médicos, mas existia muito mais para fora da escola médica, apesar de estar localizado dentro do prédio da Faculdade de Medicina da UFMG.

Qual a motivação do título “Existimos?” desse capítulo do livro em relação ao campo da “Saúde Coletiva”?

- (A) A carga horária de Saúde Coletiva no currículo da FM/UFMG era insignificante em relação às disciplinas clínicas e cirúrgicas.
- (B) Os conteúdos da Saúde Coletiva não eram reconhecidos pelos estudantes como relevantes para a sua formação.
- (C) Os estudantes de medicina não viam a Saúde Coletiva como um campo de trabalho profissional após a graduação.
- (D) As três dimensões da Saúde Coletiva (corrente de pensamento, movimento social e campo de práticas) eram muito mais legitimadas na pós-graduação e na extensão, atividades universitárias que dialogam mais com a sociedade.

- (E) A Saúde Coletiva, ao priorizar a reflexão crítica das práticas em saúde, gerava resistência nos corpos docentes e discentes da Faculdade de Medicina.

28

No livro “Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde”, a Professora Rita Barradas já apontava: “Um problema de saúde com importância crescente e no qual a determinação das relações de gênero ocupa uma posição central é a violência. Por um lado, a violência urbana afeta de maneira desproporcional os homens; por outro, a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres. Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde.”

A respeito do assunto, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) As maiores taxas de mortalidade por violência urbana em homens jovens indicam maior risco destes de morrer por causas externas.
- (B) O numerador de uma taxa corresponde ao número de indivíduos que experimentam o evento de interesse.
- (C) O denominador de uma taxa corresponde ao número total de indivíduos na população de expostos ou em risco de apresentar o evento.
- (D) As taxas de mortalidade específicas não medem o risco de apresentar o evento estudado.
- (E) A comparação das taxas de mortalidade entre os sexos contribui para a análise da desigualdade de gênero.

29

O Ministério da Saúde iniciou no Rio Grande do Sul o chamado “inquérito epidemiológico” sobre a Covid-19. O estudo busca investigar a presença de anticorpos contra o novo coronavírus no corpo dos brasileiros. Segundo site do Ministério da Saúde, “um total de 18 mil pessoas já começaram a ser entrevistadas em todo o país e farão o teste rápido para o coronavírus. Em cada município, a pesquisa sorteará aleatoriamente 25 setores para coleta de dados. Em seguida, sorteará dez residenciais em cada setor e um morador de cada casa, totalizando 250 pessoas por município. Enquanto aguardam pelo resultado, os entrevistados também responderão a um questionário sociodemográfico e indicarão se estão sentindo sintomas característicos da COVID-19. Além disso, todos os participantes receberão orientações sobre assistência médica e isolamento social.” Trata-se de um estudo

- (A) seccional, porque todas as informações de cada indivíduo serão coletadas em um mesmo momento específico.
- (B) de coorte, pois se trata de um acompanhamento longitudinal ao longo do tempo.
- (C) ecológico, porque não se conhece a distribuição no nível individual da exposição e da doença.

- (D) experimental, porque há uma intervenção na comunidade.
- (E) caso controle, porque só investigará os doentes.

30

As pesquisas realizadas pelo IBGE que envolvem amostras de base populacionais para a realização de entrevistas individuais, como a POF – Pesquisa de orçamentos Familiares, a PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PNAD – Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios, e PNS – Pesquisa Nacional de Saúde, fornecem informações importantes para as políticas públicas e são realizadas periodicamente de forma transversal. Nesse sentido, é correto afirmar que essas pesquisas são estudos

- (A) de corte.
- (B) seccionais repetidos.
- (C) de intervenção.
- (D) caso controle.
- (E) ecológicos.

31

Os serviços de saúde precisam utilizar a informação dos sistemas de informação em saúde para o seu planejamento. Nesse sentido, são muito utilizados dados secundários dos sistemas nacionais de saúde. São sistemas de informação universais, ou seja, consideram todo o conjunto de informações de toda a população existente, **EXCETO**:

- (A) SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade.
- (B) SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos vivos.
- (C) SINAN – Sistema de Informações de Agravos sobre Notificação.
- (D) CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- (E) SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares.

32

O uso das informações em saúde existentes para a tomada de decisão no cotidiano dos serviços de saúde apresenta dificuldades relacionadas principalmente à(ao):

- (A) inadequação do uso de indicadores como o de mortalidade geral na comparação de populações com diferentes estruturas etárias, mesmo quando padronizado.
- (B) impossibilidade do uso de indicadores em função dos pequenos números que provocam instabilidade e erros sistemáticos nos indicadores.
- (C) fragmentação dos sistemas de informação, desagregação dos dados e disponibilidade em tempo adequado.
- (D) desestímulo com relação ao uso de informações não validadas e incorretas, com grandes períodos sem registros e subnotificação generalizada.
- (E) ausência de indicadores de situação de saúde e de uso de serviços nos sistemas que poderiam trazer contribuições.

33

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, indica ações organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si. São elas:

- (A) Regulação do sistema de saúde, da atenção à saúde e do acesso à saúde.
- (B) Regulação do setor público, privado e terceiro setor.
- (C) Regulação hospitalar, ambulatorial e de urgências.
- (D) Regulação de cadastros, contratos e credenciamentos.
- (E) Regulação, controle e avaliação e auditoria.

34

As filas de espera no SUS são reconhecidas como um importante problema desse sistema. Nesse sentido, foram organizados os Complexos Reguladores que, segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, são a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores. São atribuições dos complexos reguladores, **EXCETO**:

- (A) Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde.
- (B) Estabelecer e executar critérios de classificação de risco.
- (C) Executar a regulação médica do processo assistencial.
- (D) Cadastrar e contratar os serviços necessários para reduzir a fila.
- (E) Absorver os processos autorizativos e dos controles dos limites de utilização.

35

Carvalho e Cunha afirmam, em seu capítulo sobre a gestão da atenção à saúde no livro *Tratado de Saúde Coletiva* (2012), que “uma clínica que tenha uma compreensão ampliada do processo saúde doença e que tome como objetos de ação sujeitos singulares que vivenciam determinados sofrimentos, agravo ou doença demanda um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários”.

Nesse contexto, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) Os projetos terapêuticos singulares e a clínica ampliada são conceitos e estratégias inovadoras para aproximar o cuidado da vida das pessoas.
- (B) A busca de autonomia para os usuários e a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção da vida constituem uma clínica ampliada.
- (C) A clínica ampliada considera, mesmo em situações aparentemente simples, uma percepção apurada e o reconhecimento da singularidade.

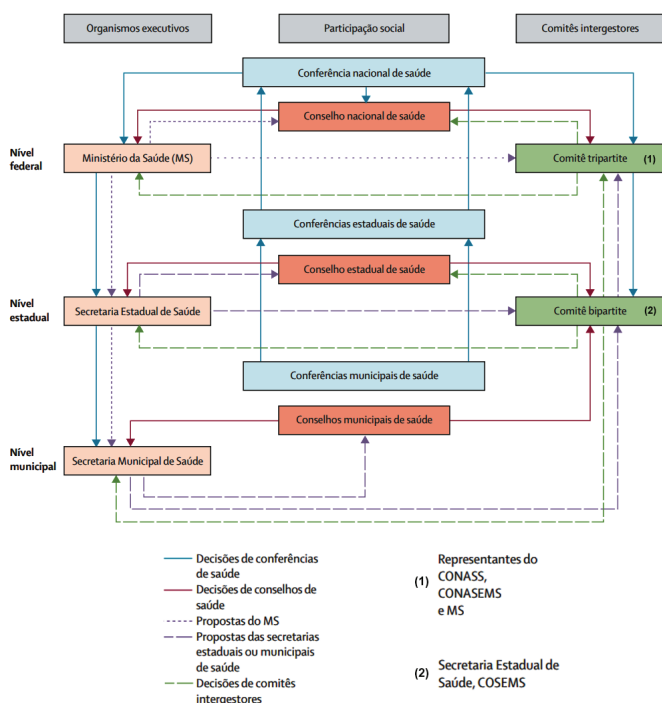
- (D) Em uma reunião da equipe, todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o doente e sua relação com a doença.
- (E) O Projeto terapêutico singular é feito para cada indivíduo pelos médicos e enfermeiros.

36

O planejamento em saúde é uma prática social e se constitui em um processo de transformação de uma situação em outra. São momentos de elaboração de um plano de saúde, **EXCETO**:

- (A) Análise de situação de saúde.
- (B) Definição de políticas e objetivos.
- (C) Identificação das estratégias.
- (D) Elaboração do orçamento.
- (E) Monitoramento de indicadores.

37



A figura acima, adaptada do artigo “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”, de Jairnilson Paim e cols. em 2011, indica que

- (A) os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos.
- (B) os conselhos e as conferências de saúde compõem a estrutura do SUS e também estabelecem as decisões tripartites.
- (C) a descentralização do SUS é um grande desafio e envolve basicamente os âmbitos municipal e nacional.
- (D) a governança em saúde no Brasil não amplia a participação e não avança nas responsabilidades institucionais.
- (E) a participação social e os mecanismos de pactuação interfederativa têm estruturas regionais.

38

Consta do artigo “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”, de Jairnilson Paim e cols. em 2011: “O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. Neste trabalho, examinamos o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde. Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde”.

Para efetivar um sistema universal de saúde e superar seus principais desafios são prioridades, **EXCETO**:

- (A) Ampliar, adequar e reestruturar o financiamento.
- (B) Rever a base normativa e segmentar o acesso.
- (C) Priorizar a atenção básica e organizar as redes de atenção.
- (D) Redefinir os papéis dos setores público e privado.
- (E) Ampliar a mobilização política e maior conscientização do direito à saúde.

39

A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) deve considerar classificação que combina a abordagem clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupar as doenças, segundo a contribuição ou o “papel causal” desempenhado pelo trabalho no adoecimento. A esse respeito, assinale a alternativa que apresenta corretamente o papel do trabalho e as doenças a ele relacionadas:

- (A) Trabalho como causa necessária: intoxicação por chumbo, silicose e asma.
- (B) Trabalho como fator contributivo, mas não necessário: a asma e silicose.
- (C) Trabalho como provocador de distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida: bronquite crônica, dermatite de contato alérgica, asma e doenças mentais.
- (D) Trabalho como provocador de distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida: doença coronariana, doenças do aparelho locomotor, câncer e varizes dos membros inferiores.
- (E) Trabalho como causa necessária: doenças do aparelho locomotor e varizes dos membros inferiores.

40

Analise o caso a seguir: “Ao realizar uma visita domiciliar, um ACS identificou a seguinte situação: Sr. José, tratorista, 36 anos, negro, com ensino fundamental completo, assalariado, com carteira de trabalho assinada numa empresa de Agronegócio, sofreu um acidente de trabalho, que resultou numa fratura exposta da perna direita. Precisou ser internado no hospital regional, onde passou por cirurgia. Recebeu alta, com recomendação de ficar afastado do trabalho por, no mínimo, 90 dias. Sr. José informou ainda que, dentre 30 colegas, outros dois também tinham sofrido acidente de trabalho nos últimos meses”. (*Caderno de atenção básica de saúde do trabalhador e trabalhadora*, 2018)

O ACS apresentou essa situação para discussão na reunião semanal da eSF, sendo acordados a necessidade dos seguintes encaminhamentos, **EXCETO**:

- (A) acompanhar a evolução do trabalhador acidentado.
- (B) verificar se houve notificação no Sinan.
- (C) verificar se houve emissão da CAT.
- (D) reunir-se com a equipe de vigilância em saúde e do Cerest regional no sentido de investigar os acidentes de trabalho ocorridos na empresa.
- (E) reunir-se com a equipe do hospital regional para auditar o prontuário.

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

Esse caso traz situações enfrentadas nos serviços de Atenção Básica (AB) do SUS no Brasil, na vigência da pandemia da COVID-19. Representam desafios relacionados com a gestão do cuidado, a gestão do trabalho e a gestão no território. Essas situações foram extraídas de dois artigos: (1) “Atenção básica vê 'terceira onda' de doentes atingindo o sistema de saúde”, de autoria de Fernando Canzian (repórter da Folha), publicado na Folha de São Paulo, em 26 de abril de 2020; (2) “No sul global, cidades formam última linha de defesa contra Covid-19”, escrito por Robert Muggah (diretor de pesquisa do Instituto Igarapé) e Miguel Lago (diretor-executivo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde), publicado na Folha de São Paulo, em 13 de maio de 2020.

Leia as situações apresentadas e depois responda às três questões.

Agentes de saúde pública em várias regiões do Brasil alertam para uma “terceira onda” que vai se sobrepôr aos dois maiores problemas já enfrentados pelo sistema: o aumento dos pacientes graves pela Covid-19 e a falta de pessoal e de equipamentos de segurança —que atinge a maior parte dos profissionais. Com milhões de consultas e cirurgias canceladas devido ao coronavírus, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), com 47,7 mil equipes no país, prevê novo estresse no sistema nas próximas semanas diante da falta de acompanhamento de pacientes crônicos, sobretudo de hipertensos/cardíacos e dos diabéticos. “Uma coisa é deixar pacientes 15 dias sem acompanhamento. Outra é um ou dois meses”, afirma Rita Borret, presidente da Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro. Afastada do trabalho por suspeita de infecção pelo coronavírus, Borret afirma que as consultas normais em muitas unidades de saúde cariocas foram “destruídas a zero”, e que o município tem falhado em equipar os postos com celulares para que os profissionais possam tentar realizar atendimentos à distância. “Na epidemia, os agentes comunitários também não estão conseguindo mais circular tanto nas comunidades, perdendo o acompanhamento de casos crônicos”, diz. Segundo ela, apenas casos de pré-natal, tuberculose e hanseníase têm sido atendidos com mais frequência. Em Uberlândia (MG), a médica Natália Madureira, responsável por um público de 5.000 pessoas em uma unidade básica, afirma que a prioridade no atendimento aos casos da Covid-19 vem produzindo interrupções em muitas unidades por falta de pessoal e equipamentos de segurança. Pouco antes de falar com o jornal Folha de S. Paulo, Madureira havia mandado para casa um paciente com transtorno bipolar, em pleno surto psicótico, que há dias não consegue atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade. “O funcionamento das unidades depende da estrutura, mas quase tudo o que não for demanda urgente está sendo fechado ou direcionado para a Covid-19”, diz ela. “O sistema já era congestionado antes, com filas de meses para atendimento. Com a Covid, muitos casos graves são mandados para casa”, diz. Segundo Pessoa, os kits de testes disponíveis para coronavírus na capital pernambucana ainda não atendem nem a metade da demanda. Uma das saídas buscadas em algumas cidades e Estados é a adoção de “duas portas” no sistema: uma para a Covid-19 e a outra para voltar a atender pacientes crônicos. Isso, no entanto, nem sempre tem sido possível devido à falta de pessoal e estrutura. Segundo Denize Ornellas, diretora de Comunicação da SBMFC, as equipes nos hospitais já trabalhavam no limite antes da epidemia, o que limita a possibilidade de divisão do pessoal. Agora, muitos também estão adoecendo no trabalho. Em muitos Estados, as equipes têm tentado ampliar os atendimentos via redes sociais e aplicativos de vídeo, o que nem sempre ocorre devido à limitação do acesso a telefones e internet ou pela falta de familiaridade dos pacientes com esses meios. Outra dificuldade é que os próprios doentes crônicos, sobretudo os mais velhos, têm evitado procurar as unidades de saúde temendo ser contaminados pelo coronavírus. Além da falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e dos atrasos na chegada de kits para testes, há relatos de que a divulgação de seus resultados, quando existem, chegam a demorar quase três semanas. Na unidade de Rodrigo Lima em Brasília, que atende 25 mil pessoas com outras equipes, chegaram até agora apenas dois kits para testes. Na segunda (21), o governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha (MDB), anunciou que o plano é retomar a maior parte das atividades econômicas até 4 de maio. Apesar da redução das consultas em ambulatórios, em estados onde o número de infectados é menor e o sistema ainda tem folga nas UTIs, há um esforço para manter o acompanhamento de doentes crônicos.

As cidades têm gestão sobre o trabalho de vários profissionais de saúde. Os municípios podem, devem e geralmente fazem uso de seus vastos reservatórios de dados sobre a saúde, demografia e economia para orientar suas políticas de saúde; isso inclui mapear áreas particularmente vulneráveis, especialmente bairros e comunidades com alta densidade de pessoas idosas, imigrantes, sem-teto, usuários de drogas e trabalhadores informais. Os ACS encontram-se geralmente em melhor posição para realizar visitas a pacientes em áreas de difícil acesso, inclusive em comunidades informais onde outros servidores do Estado não podem entrar. Os ACS, ainda, estão bem posicionados para lutar contra campanhas de desinformação ou *fake news* disseminadas rapidamente pelas mídias sociais ou por outras mídias —precisamente porque mantêm relações próximas e de confiança com os residentes atendidos, suas palavras podem ser mais convincentes do que mensagens enviadas por rádio ou pelo *WhatsApp*. Isso significa que estão em uma posição ideal para levar a essas populações campanhas de saúde adaptadas para suas realidades locais. Muitas pessoas em situações de vulnerabilidade simplesmente não têm a opção de praticar o autoisolamento e, consequentemente, estão mais

expostas à infecção e à evolução severa da doença. É essencial que a alocação de recursos seja direcionada às áreas mais atingidas pelo vírus, com populações mais vulneráveis, e que ela seja intensificada, com vistas a reduzir o número de óbitos. É necessário que tomadores de decisões façam bom uso dos recursos municipais para otimizar suas políticas de luta contra o vírus. Assim, poderão reduzir as demandas sobre hospitais e UTIs, economizando recursos escassos, mas principalmente salvando vidas.

01

Diante da situação apresentada, que aspectos deveriam ser abordados e priorizados em relação à gestão do cuidado dos usuários nos serviços de AB?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

02

Diante da situação apresentada, quais iniciativas poderiam ser adotadas para a gestão do trabalho em saúde que minimizassem os afastamentos de profissionais de saúde por motivo de doença e que assegurassem maior tranquilidade e motivação para os que permanecessem no trabalho?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

03

Como a UBS poderia ampliar sua atuação no território com a ajuda de toda a equipe de saúde e não somente do ACS? Que ações poderiam ser desenvolvidas na gestão do território?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

