



Universidade de São Paulo

vencerás pela  
educaçãopró-reitoria de cultura  
e extensão universitária

Processo Seletivo dos Programas de  
Residência em Área Profissional da  
Saúde - USP 2026

#### Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo O**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, 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 5 alternativas cada uma, e **1** estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
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****01**Disponível em <https://www.instagram.com/>.

A expressão “por conta própria” contribui para o efeito persuasivo da peça ao

- (A) enfatizar o risco da autonomia mal informada, associando a ação individual a possíveis agravamentos do quadro clínico.
- (B) sugerir a existência de alternativas caseiras e autônomas para o tratamento de doenças, relativizando a orientação médica.
- (C) atribuir ao sujeito a responsabilidade exclusiva por sua condição de saúde, reforçando o discurso da culpabilização.
- (D) indicar que a automedicação é aceitável em contextos emergenciais, desde que haja experiência prévia com o remédio.
- (E) transferir para o leitor a responsabilidade institucional pela prevenção da doença, desobrigando o sistema público de saúde.

**Texto para as questões de 02 a 04**

**Bebê reborn:** o que há por trás do espanto?

Publicar vídeos de partos de bebê *reborn*, trocar fraldas, amamentar, dar nomes, cuidar — tudo isso virou tendência nos últimos tempos. O tema viralizou, gerando debates acalorados sobre a suposta infantilização do adulto, papéis de gênero e a banalização do cuidado real de um recém-nascido. Alguns dizem que o incômodo gerado por essas práticas se refere ao fato de vermos adultos brincando. Mas, quando se estuda o tema a fundo, percebe-se que o impulso de brincar permanece na vida adulta — apenas assume outros formatos. Ele está presente nas piadas entre amigos, nos jogos, nas criações artísticas, nos memes ou no montar legos. Por que, então, o cuidado com o *reborn* parece ultrapassar esse limite?

Talvez porque ele encene um tipo específico de vínculo — não qualquer um, mas aquele socialmente considerado o mais profundo e exigente de todos: o materno. Só que, nesse caso, o bebê não é um sujeito em formação. Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua. É o gesto de cuidar deslocado da presença real de um outro. E isso, por si só, já seria suficiente para causar desconforto. Mas talvez o desconforto maior esteja em algo que vai além. Vivemos tempos em que a fronteira entre fantasia e realidade está cada vez mais diluída. Criamos versões editadas de nós mesmos nas redes, montamos cenários para exibir afetos, performamos relações. O bebê *reborn* surge como símbolo extremo de um fenômeno que, em alguma medida, é familiar: um afeto cuidadosamente encenado para parecer real — e que talvez só se sustente porque pode ser controlado e exibido. Um afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo. E, ao mesmo tempo, sem risco, sem contradição, sem frustração.

Elementos dessa mesma lógica também aparecem em outro fenômeno contemporâneo: o de pessoas que desenvolvem vínculos afetivos com inteligências artificiais. Algumas se apaixonam. Outras compartilham segredos. Há quem trate a IA como terapeuta ou melhor amigo. Assim como o *reborn*, a IA apenas simula humanidade. Não sente dor, não se angustia, não ama. Apenas responde — com precisão e sem conflito. Ainda assim, nos relacionamos.

Tauane Paula Gehm. Revista Saúde. Maio de 2025. Adaptado.

**02**

No texto, o fenômeno dos vídeos sobre bebê *reborn* é utilizado como

- (A) evidência de uma prática infantilizante que deve ser reprimida.
- (B) idealização acrítica da maternidade como forma central de cuidado social.
- (C) substituição imediata dos vínculos reais por simulações digitais automatizadas.
- (D) prova do distanciamento crescente entre adultos e responsabilidades reais.
- (E) ponto de partida para uma reflexão mais ampla sobre afeto e performatividade.

**03**

Em “afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo”, o uso do termo “ajustado” indica

- (A) relação direta entre estética e expressão afetiva.
- (B) naturalização da beleza nos vínculos afetivos.
- (C) tendência espontânea à busca por harmonia emocional.
- (D) simulação de afeto moldada a padrões estéticos.
- (E) anulação do afeto por construções visuais agradáveis.

**04**

No trecho “Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua” (2º parágrafo), o termo “reciprocidade” contribui para

- (A) suavizar a crítica à ausência de vínculo afetivo, sugerindo equilíbrio emocional.
- (B) reforçar a ideia de que o cuidado encenado não envolve troca real entre sujeitos.
- (C) indicar que a relação com o *reborn* pode ser mais autêntica do que aparenta.
- (D) destacar que o bebê *reborn* impõe exigências similares às de um bebê real.
- (E) apresentar uma exceção à lógica da fantasia, mostrando que o vínculo pode evoluir.

**Texto para as questões de 05 a 07**

**Uma gordura contra a obesidade**

As reações do corpo humano à ingestão de dietas ricas em gorduras são complexas e marcadas por aspectos positivos e negativos. O coração é provavelmente o órgão em que os potenciais malefícios e benefícios dessa relação dual são mais conhecidos. Alguns tipos de ácidos graxos tendem a se depositar nos tecidos, elevar a pressão arterial e aumentar os riscos de problemas cardíacos. Esse é o caso das gorduras saturadas, encontradas na carne vermelha, em aves e derivados do leite integral, e das trans, produzidas a partir da modificação de óleos vegetais e usadas em grande parte dos alimentos processados industrialmente. Já outras formas de gordura, como as insaturadas, parecem contribuir para manter baixos os níveis de colesterol e da pressão e relativamente limpos os vasos sanguíneos.

Nas últimas duas décadas, uma relação igualmente intrincada com os diferentes tipos de gordura começou a ser esmiuçada em outro órgão vital – o cérebro. Novos estudos têm levantado indícios de que a obesidade, marcada geralmente por um consumo excessivo de gorduras saturadas e trans como parte de hábitos alimentares e de um estilo de vida pouco saudáveis, produziria uma inflamação contínua no hipotálamo. Os danos a essa região, que fica na base do cérebro e funciona como um sensor de nutrientes, levariam à morte dos neurônios responsáveis por controlar as sensações de fome e de saciedade e o gasto de energia. Assim, o mau funcionamento dos circuitos que regulam o comportamento alimentar – o indivíduo sente fome logo depois de uma farta refeição – contribuiria para perpetuar o ganho de peso. Esse é um dos efeitos deletérios possivelmente ocasionados pelo acúmulo de gorduras saturadas no sistema nervoso central.

**05**

A relação entre as diferentes formas de gordura e os órgãos do corpo humano, tal como apresentada no texto, conduz o leitor a compreender que

- (A) os efeitos benéficos das gorduras no cérebro ainda estariam sendo mais bem compreendidos do que os efeitos no coração.
- (B) a oposição entre gorduras saturadas e insaturadas seria baseada em descrições figuradas e subjetivas.
- (C) a obesidade teria como principal causa a ingestão de alimentos ricos em gorduras trans e saturadas.
- (D) a atuação das gorduras no sistema nervoso central poderia afetar mecanismos fisiológicos que agravariam a obesidade.
- (E) os efeitos estéticos do consumo de gorduras estariam sendo priorizados em detrimento das consequências clínicas.

**06**

O uso do advérbio “geralmente”, no trecho “marcada geralmente por um consumo excessivo”, tem como principal efeito

- (A) mitigar a afirmação, reconhecendo que nem toda obesidade decorre dos fatores mencionados.
- (B) intensificar a argumentação científica ao indicar uma frequência estatística.
- (C) explicitar uma certeza absoluta sobre os mecanismos fisiológicos.
- (D) substituir o papel dos dados empíricos na exposição do problema.
- (E) indicar que a obesidade é um fenômeno invariável no tempo.

**07**

A utilização do termo “perpetuar”, no final do segundo parágrafo, confere ao texto uma

- (A) indicação de solução futura por meio da correção de hábitos alimentares.
- (B) conotação de continuidade inevitável e reforço da ideia de círculo vicioso na obesidade.
- (C) perspectiva irônica sobre os efeitos neurológicos da alimentação inadequada.
- (D) ruptura semântica com o discurso científico, em favor de uma linguagem mais literária.
- (E) relativização dos danos provocados pelo consumo de gorduras saturadas.

**Conhecimentos Gerais****08**

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. (...) 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. (...) A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 Maio, 2011.

Assinale a alternativa que melhor corresponde aos fatos históricos relativos à trajetória de criação do SUS.

- (A) Um aspecto essencial da Reforma Sanitária no Brasil foi a sua condução ter sido liderada por governos, partidos políticos e entidades internacionais, ignorando a participação da sociedade civil.
- (B) A implementação do SUS buscava reverter o quadro de desigualdades e exclusão do sistema de saúde anterior, que atendia trabalhadores formais e informais. A Lei 8.080/90 detalhou como esse sistema funcionaria.
- (C) Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde confirmou que a saúde é um direito do cidadão. Estabeleceu os princípios do SUS, focando na coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos diferentes níveis.
- (D) O movimento por uma reforma sanitária no Brasil desconsiderava a saúde como uma questão social e política. Essa visão destacava a importância de discutir a saúde científicamente.
- (E) A implementação do SUS começou em 1990, ano em que Fernando Collor de Mello foi eleito presidente, o primeiro escolhido pelo povo após o regime militar, que seguiu uma política neoliberal e focou na reforma da saúde.

**09**

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa que melhor define os seus fundamentos.

- (A) Visa a garantir a organização e o funcionamento de serviços de saúde de forma integrada e independente, de acordo com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.
- (B) Define a RAS como um sistema autônomo de serviços de saúde, que se organiza em diferentes níveis de atenção para garantir o acesso do usuário e fortalecer a atenção à saúde.
- (C) Estabelece princípios como a centralização da gestão, a regionalização das ações de saúde, a participação da sociedade e a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- (D) Reconhece a regionalização como uma diretriz fundamental do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, orientando a organização da RAS.
- (E) Contribui para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais integrado, mas pouco eficiente e resolutivo.

**10**

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 e caracteriza-se como uma política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) O acesso aos serviços é garantido pela apresentação de uma receita médica ou odontológica, elaborada conforme as leis vigentes, que deve incluir mais de cinco medicamentos do elenco.
- (B) A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos privados, complementarmente a aquisição dar-se-á no mercado público.
- (C) É realizado de maneira conjunta, com a participação do Ministério da Saúde e da Fiocruz, que cuida da execução por meio de acordos estabelecidos com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades privadas.
- (D) O Programa exige a presença de um farmacêutico responsável, a venda com receituário e o cumprimento das normas sanitárias e da legislação aplicada a estabelecimentos farmacêuticos.
- (E) Destina-se ao atendimento igualitário dos usuários dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daqueles que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos.

**11**

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Com a implementação do Plano Nacional de Humanização, trabalhou-se para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- (A) Diminuição das filas e do tempo de espera, com redução do acesso, além de atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.
- (B) As unidades de saúde devem investir na formação contínua da equipe de saúde e melhorar o ambiente de trabalho, fato que deve ajudar na interação entre trabalhadores e usuários.
- (C) As unidades de saúde precisam aumentar a participação ativa dos usuários sem levar em conta as redes sociais e familiares nas propostas de tratamento, monitoramento e cuidados em geral.
- (D) A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores através da participação coletiva na produção de saúde, sem interferência nos processos de gestão.
- (E) A identificação dos profissionais que cuidam dos usuários é prescindível, posto que a rede de serviços se responsabilizará pela atenção integral.

**12**

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Assinale a alternativa que melhor define a Residência Multiprofissional em Saúde.

- (A) Apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica divergente dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação.
- (B) Adequa-se às necessidades locais e regionais, constituinte de um processo de educação permanente em saúde que dificulta a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.
- (C) Essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem fora do sistema.
- (D) A formação “intercategorias” visa uma formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho, anulando os “níveis” específicos de saberes de cada profissão.
- (E) É considerada uma importante estratégia para a formação de profissionais qualificados para o SUS, promovendo a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a integração entre as áreas.

**13**

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revendo as diretrizes para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme essa portaria, a PNAB

- (A) define a atenção básica como a porta de entrada preferencial do SUS, com foco na atenção parcial à saúde da população, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- (B) busca garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, com o técnico de enfermagem podendo indicar tratamentos e acompanhar a população adscrita.
- (C) estabelece a composição da Estratégia de Saúde da Família, com a presença de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, como dentistas e técnicos de saúde bucal.
- (D) define as Unidades Básicas de Saúde como os locais de prestação de serviços de atenção básica, sem citá-las como espaços de educação, formação, pesquisa e inovação.
- (E) estabelece a carga horária máxima por categoria profissional e a necessidade de organização da jornada de trabalho para garantir o acesso, o vínculo e a continuidade do cuidado.

**14**

As unidades da atenção básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. (...) A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Considerando os indicadores necessários para o bom funcionamento das unidades de atenção básica, é correto afirmar:

- (A) Com uma boa estrutura, diminuem as filas nos pronto-socorros e hospitais, o uso excessivo de medicamentos e a utilização indiscriminada de equipamentos avançados.
- (B) Problemas de saúde menos frequentes devem ser tratados nas unidades básicas de saúde, permitindo que os ambulatórios e os hospitais desempenhem suas verdadeiras funções.
- (C) A Unidade de Saúde da Família proporciona assistência contínua em especialidades básicas, dispondo de uma equipe unidisciplinar para acompanhar as orientações da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.
- (D) O Posto de Saúde tem como objetivo fornecer assistência a uma população específica, seja de maneira planejada ou não, por um profissional de nível médio, com a presença obrigatória do médico.
- (E) A unidade mista oferece atendimento voltado para a atenção básica e integral nas especialidades básicas, incluindo serviços odontológicos e de outras áreas, mas não conta com internação.

**15**

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento, com um foco em equipes multidisciplinares e em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acerca dessa Portaria, é correto afirmar:

- (A) Aprimora a estratégia das equipes multiprofissionais, com aumento do cofinanciamento federal, inclusão de novas especialidades médicas e a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC).
- (B) Cria as equipes multidisciplinares (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, que são compostas por profissionais das mesmas áreas e atuam de forma integrada.
- (C) Estabelece três modalidades de equipes eMulti: Ampliada, Complementar e Estratégica, com cargas horárias iguais, mas diferindo na composição profissional.
- (D) Prevê incentivos financeiros estaduais para custeio e desempenho das eMulti, com o objetivo de fortalecer a APS.
- (E) Reduz a gama de serviços oferecidos e integra práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde e vigilância.

**Saúde Pública / Saúde Coletiva****16**

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à saúde (*PCATool-Brasil*) – *Primary Care Assessment Tool*, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) e o Programa de Avaliação para a Qualificação (PMAQ) do SUS representam diferentes estratégias e instrumentos instituídos e utilizados pelo Ministério da Saúde, buscando a incorporação periódica do processo de avaliação como uma estratégia fundamental para incidir na implementação de mudanças que qualifiquem os serviços de Atenção Básica (Castanheira et al, 2015). Na primeira fase de organização do PMAQ, observa-se

- (A) a adesão compulsória dos municípios mediante pactuação de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes dos serviços e gestores municipais junto ao Ministério da Saúde.
- (B) a adesão compulsória dos municípios mediante pactuação de compromissos e indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde a serem avaliados pelas equipes dos serviços e pelos gestores municipais.
- (C) a adesão voluntária dos municípios mediante pactuação de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes dos serviços e gestores municipais junto ao Ministério da Saúde.
- (D) a adesão voluntária dos municípios mediante pactuação de compromissos e indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde a serem avaliados pelas equipes dos serviços e pelos gestores municipais.
- (E) a adesão voluntária dos municípios mediante pactuação de compromissos e indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde a serem avaliados por equipes externas aos serviços contratadas para esse fim.

**17**

Articular teorias sociais da determinação do processo saúde-doença com os princípios da Atenção Básica (AB) é fundamental para a construção de políticas públicas efetivas (Barata, 2009). Nesse sentido, qual estratégia combina a teoria ecosocial com uma AB orientada para a redução das desigualdades?

- (A) Ampliação de programas de mapeamento genético voltados à identificação de grupos de risco específicos dentro da população geral.
- (B) Ampliação de redes de atenção focadas na oferta de procedimentos de alta complexidade como forma de reduzir barreiras de acesso.
- (C) Desenvolvimento de ações de saúde centradas na transformação das condições sociais e ambientais, associadas à oferta de cuidados contínuos.
- (D) Implementação de programas educativos que associem mudanças de comportamento individual à melhoria das condições coletivas de vida.
- (E) Realização de campanhas de prevenção orientadas por dados agregados de saúde, com enfoque prioritário em resultados biomédicos.

**18**

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe uma mudança de paradigma na gestão pública da saúde, incorporando a promoção da equidade, a valorização dos territórios e a articulação entre diferentes setores para o desenvolvimento de práticas sustentáveis (Brasil, 2018). À luz dessas diretrizes, qual ação reflete de maneira mais consistente os objetivos da PNPS?

- (A) Desenvolvimento de programas de promoção da saúde construídos de forma participativa e focados na redução das iniquidades sociais.
- (B) Elaboração de programas de promoção da saúde com base em análises epidemiológicas regionais, associando dados de morbidade a estratégias intersetoriais.
- (C) Estruturação de políticas de saúde com participação eventual das comunidades locais, após definição técnica das prioridades de intervenção.
- (D) Expansão de serviços de apoio psicossocial como parte de estratégias intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
- (E) Implementação de planos intersetoriais orientados para o desenvolvimento urbano independentes da integração com práticas comunitárias de saúde.

**19**

A proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu como resposta à necessidade de ampliar a resolutividade da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da ampliação dos recursos técnicos e da introdução de ações interdisciplinares e intersetoriais. No entanto, a incorporação desses núcleos ao cotidiano das equipes de Saúde da Família apresenta desafios relacionados à organização do processo de trabalho, à gestão e à integração dos saberes. Com base nas diretrizes do NASF, qual característica representa um limite concreto para a efetividade de sua atuação?

- (A) A definição das áreas de atuação dos profissionais do NASF segundo as prioridades de cada território e a pactuação com as equipes de referência.
- (B) A diversidade de formações e inserções institucionais dos profissionais que compõem os núcleos.
- (C) A fragmentação do processo de trabalho entre o NASF e as equipes de Saúde da Família, dificultando a construção de projetos terapêuticos compartilhados.
- (D) A incorporação de práticas integrativas e complementares como parte das estratégias de cuidado das equipes multiprofissionais.
- (E) A utilização do apoio matricial como método de articulação clínica e pedagógica entre os profissionais da Atenção Básica.

**20**

Os profissionais de Enfermagem representam a maior força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e foram a maior parcela de profissionais de saúde na linha de frente durante a pandemia de Covid-19. Nesse contexto, estudos epidemiológicos auxiliaram na compreensão dos fatores de riscos para o adoecimento de profissionais de Enfermagem, por exemplo: preocupações em se infectar, maior demanda de trabalho, impacto no cargo, preocupações relacionadas ao trabalho, observar colegas chorando e pensamento ruminativo estiveram associados ao estresse percebido no trabalho (Galleta et al., 2021). Sabe-se que essa conclusão foi obtida a partir de um estudo do tipo

- (A) caso-controle.
- (B) coorte.
- (C) ecológico.
- (D) intervenção.
- (E) seccional.

**21**

A análise da incidência como medida de ocorrência de agravos à saúde permite estimar o risco de adoecimento em uma população e deve considerar não apenas a contagem de eventos, mas o tempo de exposição e a natureza da população observada (Costa; Kale, 2009). Considerando esse enfoque, qual alternativa expressa as implicações da escolha da incidência como medida epidemiológica?

- (A) A incidência considera apenas os indivíduos suscetíveis ao agravo, o que torna essa medida limitada para populações com exposição heterogênea.
- (B) A incidência é apropriada para avaliar agravos crônicos em que a duração da doença interfere na frequência dos casos existentes.
- (C) A incidência é calculada a partir da razão entre os casos existentes e a população total em risco, independentemente da duração do estudo.
- (D) A incidência expressa a probabilidade de ocorrência de casos novos em uma população definida, levando em conta o tempo de observação dos indivíduos.
- (E) A incidência mede o número absoluto de casos novos de uma doença, permitindo avaliar a prevalência do agravo em determinado período.

**22**

Embora o senso comum associe o planejamento à burocracia ou à elaboração de documentos administrativos, Paim (2012) propõe que essa prática seja reinterpretada em termos mais amplos, envolvendo sua natureza política, histórica e institucional. No campo da saúde coletiva, o planejamento deve ser pensado como uma ferramenta de transformação das práticas e não apenas como um recurso técnico ou operacional. Com base nessa concepção, qual proposição expressa com maior fidelidade o papel do planejamento em saúde?

- (A) O planejamento pode ser utilizado como ferramenta de gestão que organiza os fluxos institucionais e contribui para o alinhamento entre diferentes esferas de atuação no sistema de saúde.
- (B) O planejamento pode assumir função administrativa ao apoiar a elaboração de instrumentos gerenciais, especialmente voltados à sistematização das ações programadas nos serviços.

(C) O planejamento pode favorecer a explicitação de compromissos coletivos e a qualificação das práticas institucionais, articulando dimensão técnica, política e ética das ações em saúde.

(D) O planejamento pode estar presente na formulação de intervenções focadas em ações assistenciais, mesmo quando não articula diretamente diretrizes estratégicas ou políticas públicas mais amplas.

(E) O planejamento pode ser mobilizado para orientar a execução de metas estabelecidas em instâncias superiores, especialmente em processos que envolvem pactuações intergovernamentais.

**23**

“Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular são conceitos e estratégias inovadoras e potentes para um projeto de mudanças das práticas de saúde.” (Carvalho; Cunha, 2012. p. 850). A articulação necessária para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular deve levar em consideração a/o

- (A) estabelecimento do diagnóstico que considere uma avaliação orgânica, psicológica e social do usuário.
- (B) negociação, junto ao usuário, de metas propostas de curto, médio e longo prazos.
- (C) pactuação da divisão de responsabilidades de cada profissional de saúde vinculado ao usuário.
- (D) reavaliação entre usuário e profissionais de saúde acerca da evolução e das correções necessárias.
- (E) valorização da singularidade e da qualidade dos vínculos entre os profissionais de saúde e usuário.

**24**

Os sistemas de vigilância em saúde pública são essenciais para detectar eventos adversos à saúde, orientar ações de controle e subsidiar políticas sanitárias. No entanto, sua avaliação deve considerar os diferentes atributos técnicos, os recursos disponíveis e a finalidade do sistema em cada realidade. Isso exige um equilíbrio entre dimensões como utilidade, sensibilidade e representatividade, sem perder de vista os limites institucionais e operacionais (Waldman, 2012). Nesse contexto, a adequação do uso desses critérios para a avaliação dos sistemas de vigilância pode ser observada na

- (A) alta sensibilidade dos sistemas de vigilância que garante sua efetividade na prevenção de agravos, desde que associada à ampla cobertura territorial e uniformidade dos protocolos diagnósticos.
- (B) flexibilidade de um sistema de vigilância que expressa sua habilidade de gerar dados completos e precisos a partir da estabilidade do fluxo de notificação entre os serviços de saúde.
- (C) representatividade de um sistema de vigilância que está vinculada à cobertura populacional, sendo validada pela homogeneidade na notificação dos agravos em todas as regiões monitoradas.
- (D) simplicidade do sistema de vigilância que corresponde à redução de variáveis analisadas e ao foco exclusivo nos agravos de maior magnitude epidemiológica.
- (E) utilidade do sistema de vigilância que está relacionada à sua capacidade de induzir ações oportunas e gerar informações para subsidiar medidas de controle e prevenção.

**25**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ser compreendida não apenas como uma estratégia de qualificação técnica, mas como um campo político e pedagógico comprometido com a transformação do trabalho em saúde. Essa concepção requer o reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos coletivos, a valorização dos saberes locais e a problematização das práticas institucionais (Feuerwerker, 2014). Com base nessa formulação, qual proposição expressa com maior fidelidade os fundamentos da EPS como política pública no Sistema Único de Saúde?

- (A) A adoção de abordagens por competências na EPS pode favorecer a reorganização do processo de trabalho em saúde, desde que contextualizadas às necessidades locais e articuladas aos objetivos institucionais.
  - (B) A consolidação da EPS requer diretrizes nacionais orientadoras capazes de garantir alguma padronização formativa em programas locais incluindo e valorizando a diversidade dos contextos territoriais.
  - (C) A EPS pode se estruturar por iniciativas formativas focadas na atualização técnico-operacional dos profissionais, priorizando metas institucionais definidas pelos serviços em seus planos locais de gestão.
  - (D) A EPS propõe processos de aprendizagem baseados na problematização do trabalho real, na interlocução entre saberes técnico-científicos e populares, e na negociação entre sujeitos implicados na produção do cuidado.
  - (E) A política de EPS pode ser fortalecida por ações de capacitação alinhadas às metas sanitárias pactuadas entre instituições formadoras, gestores e profissionais de saúde nos diferentes níveis do sistema de saúde.
- 

**26**

A avaliação de risco é amplamente utilizada nas decisões da vigilância ambiental, como metodologia técnico-científica baseada em etapas sistematizadas. Essa característica pode evidenciar dificuldades na incorporação de incertezas, desigualdades e valores presentes nos contextos de exposição (Brasil, 2004). Diante dessa crítica, importa reconhecer que, como base para decisões sanitárias, a avaliação de risco

- (A) assegura respostas tecnicamente consistentes, desde que baseada em dados cientificamente validados e passíveis de replicação.
- (B) oferece parâmetros para decisões em saúde ambiental, mas tende a operar com baixa responsividade em contextos complexos e marcados por conflitos sociais.
- (C) pode sustentar decisões sanitárias eficazes ao adotar indicadores robustos e evitar interferências valorativas externas ao campo técnico.
- (D) qualifica a vigilância ambiental ao substituir processos participativos por metodologias neutras, baseadas na melhor evidência disponível.
- (E) tende a limitar a sensibilidade das ações sanitárias, invisibilizando desigualdades e controvérsias nos territórios afetados.

**27**

“O Pé-de-Meia é uma ação de grande relevância para mitigar alguns dos principais desafios do Ensino Médio brasileiro, etapa da Educação Básica que apresenta os resultados mais críticos em relação aos indicadores de frequência, abandono, evasão e conclusão.” (Todos pela educação, 2024. p.4). O referido programa vai ao encontro das recomendações do “VI Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável” (Brasil, 2022), que classifica as metas do “Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 4 - Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas as pessoas” como

- (A) ameaçadas e estagnadas.
  - (B) ameaçadas e insuficientes.
  - (C) estagnadas e satisfatórias.
  - (D) retrocesso e ameaçadas.
  - (E) retrocesso e satisfatórias.
- 

**28**

O trabalho infantil constitui uma violação dos direitos humanos e um entrave à realização de políticas públicas comprometidas com justiça social, igualdade de oportunidades e proteção integral da infância (Brasil, 2018). O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico propõe a erradicação do trabalho infantil como parte do esforço global por trabalho decente e crescimento sustentável. Considerando a articulação entre esses marcos, qual proposição expressa com mais precisão os desafios para a superação do trabalho infantil no contexto do desenvolvimento sustentável?

- (A) A ampliação do acesso a serviços educacionais e culturais representa uma estratégia relevante, mas insuficiente, se não articulada a ações sobre desigualdades e vulnerabilidades sociais.
- (B) A erradicação do trabalho infantil depende de ações multisectoriais que envolvam Estado, sociedade civil e setor produtivo na superação das causas estruturais da exploração precoce.
- (C) A inserção formal de adolescentes no mundo do trabalho pode ocorrer em contextos regulados, mas não responde aos princípios de trabalho decente previstos no ODS 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico.
- (D) A redução do trabalho infantil pode ser favorecida por políticas de inclusão escolar e qualificação profissional, desde que articuladas a programas de transferência de renda e proteção social.
- (E) A supressão do trabalho infantil exige ações integradas de proteção social, combate à desigualdade e reorientação do modelo de desenvolvimento, com base em justiça social e sustentabilidade.

**29**

"O enfoque em fatores de risco e a ênfase em mudanças comportamentais individuais têm demonstrado ser insuficientes para enfrentar as iniquidades sociais em saúde, uma vez que ignoram as condições estruturais que determinam os padrões de adoecimento." (Buss, 2020, p. 4725). Com base nesse enfoque, qual alternativa representa mais adequadamente a concepção contemporânea de promoção da saúde?

- (A) Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis com integração entre setores sociais e participação ativa das comunidades locais na definição das prioridades.
  - (B) Estímulo à formação de redes comunitárias de apoio à saúde, centradas principalmente na disseminação de práticas individuais de autocuidado.
  - (C) Fortalecimento de estratégias intersetoriais que promovam ambientes saudáveis e ampliem as condições de vida em diferentes territórios.
  - (D) Implementação de programas de educação em saúde voltados para a modificação de comportamentos de risco, com ênfase em campanhas informativas amplas.
  - (E) Organização de ações locais de vigilância epidemiológica com foco em fatores de risco, associadas a intervenções educativas de base clínica.
- 

**30**

No contexto da Atenção Básica, propõe-se que as necessidades de saúde não sejam concebidas como dados prévios à ação profissional, mas como construções simbólicas produzidas na relação com os usuários, exigindo análise situada, escuta qualificada e compreensão dos modos de viver (Schraiber; Nemes; Mendes-Gonçalves, 2000). Considerando essa perspectiva, reconhecer as necessidades de saúde implica

- (A) analisar os perfis de morbidade da população adscrita com vistas à reorganização do acesso e da alocação dos recursos assistenciais.
- (B) interpretar a experiência do adoecimento como fenômeno socialmente construído nas interações entre sujeitos e instituições.
- (C) organizar o cuidado segundo a estimativa de vulnerabilidades presentes no território, articuladas à lógica técnico-assistencial predominante nos serviços.
- (D) planejar o processo de trabalho com base nas demandas mais recorrentes, de acordo com os registros operacionais acumulados no serviço.
- (E) reconhecer as condições epidemiológicas e contextuais que atravessam os modos de viver e adoecer das populações no cotidiano do cuidado.

**31**

A escuta comprehende uma prática clínica e analítica que ultrapassa o acolhimento e a captação da demanda. Ela compõe o processo de construção do cuidado e permite que os profissionais acessem os sentidos atribuídos pelos sujeitos à sua experiência de adoecimento (Schraiber; Nemes; Mendes-Gonçalves, 2000). Com base nessa concepção, escutar as pessoas usuárias no cuidado em saúde significa

- (A) analisar os enunciados dos usuários conforme os agravos mais frequentes, otimizando os encaminhamentos internos da equipe.
  - (B) compreender a demanda como problemas assistenciais, orientando sua priorização com base na organização local do serviço.
  - (C) considerar os relatos trazidos como enunciados clínicos a serem compreendidos a partir de tecnologias leve-duras disponíveis.
  - (D) implementar a escuta como dispositivo de análise e interlocução que possibilite a negociação de sentidos e a produção compartilhada do cuidado.
  - (E) utilizar estratégias comunicacionais que favoreçam o vínculo entre usuário e equipe, apoiando a condução terapêutica no interior dos serviços.
- 

**32**

Apesar dos avanços institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, o sistema enfrenta desafios estruturais persistentes relacionados ao subfinanciamento, à segmentação da proteção social e à disputa por modelos de atenção e gestão. Ao mesmo tempo, são reconhecidas conquistas importantes na ampliação do acesso, na descentralização da gestão e na incorporação de tecnologias e estratégias de cuidado (Paim, 2018). Considerando essa análise crítica, qual proposição expressa com maior fidelidade a complexidade dos avanços e limites do SUS como política pública universal?

- (A) A consolidação do SUS exige o enfrentamento das desigualdades e das disputas por modelos de atenção, expressando contradições entre avanços institucionais e os limites oriundos do financiamento e da segmentação do sistema.
- (B) A estruturação do SUS permitiu a institucionalização de um sistema público nacional de saúde, baseado na descentralização e na regulação federal dos serviços, sem comprometer a autonomia dos entes subnacionais.
- (C) A expansão da cobertura da Atenção Básica consolidou um modelo assistencial centrado no cuidado longitudinal, com redução progressiva das desigualdades regionais em saúde.
- (D) A implementação de estratégias de regionalização e redes de atenção superou a fragmentação da assistência, garantindo maior equidade na distribuição dos recursos e dos serviços.
- (E) A integração do setor suplementar ao sistema público ampliou o escopo de cobertura do SUS e fortaleceu a lógica de complementaridade entre as redes pública e privada.

**33**

Nunes (1994) propõe compreender a Saúde Coletiva como um campo de saber e práticas que articula dimensões políticas, epistemológicas e institucionais. Diferenciando-se da Medicina Preventiva e da Medicina Social, a Saúde Coletiva afirma-se como prática teórica, corrente de pensamento e movimento social, com base em uma crítica histórica às limitações da formação médica e à estrutura do sistema de saúde. Considerando essa formulação, qual proposição expressa com maior coerência os fundamentos que constituem a Saúde Coletiva enquanto campo autônomo e crítico?

- (A) A conceituação de Saúde Coletiva tem sido associada a práticas assistenciais voltadas ao cuidado coletivo, reforçando a dimensão organizacional dos serviços como principal estratégia de resposta aos problemas de saúde da população.
  - (B) A conformação da Saúde Coletiva como campo crítico resulta da articulação entre produção de conhecimento, análise das práticas sanitárias e engajamento político, sendo marcada por tensões com o modelo biomédico e pela valorização do coletivo como categoria analítica.
  - (C) A consolidação da Saúde Coletiva articula práticas institucionais e produção científica voltadas à gestão da atenção à saúde das coletividades, com ênfase em abordagens epidemiológicas e na organização racional dos serviços.
  - (D) A institucionalização da Saúde Coletiva representa o amadurecimento das estratégias técnico-operacionais da saúde pública tradicional, voltadas à racionalização da assistência e à expansão da cobertura básica.
  - (E) A Saúde Coletiva atualiza a tradição da medicina social ao concentrar-se na prevenção do adoecimento e no planejamento da atenção à saúde por parte do Estado, fundamentando-se em indicadores epidemiológicos das condições de vida da população.
- 

**34**

As transformações no cuidado em saúde e a complexidade das demandas da população impõem desafios à organização do trabalho nos serviços. Nesse cenário, a interprofissionalidade é apontada como meio para fortalecer práticas colaborativas, superando a fragmentação entre saberes e promovendo espaços de negociação e corresponsabilidade entre os profissionais (Peduzzi et al., 2013, 2014). Para tanto, importa aos trabalhadores da saúde reconhecerem que a prática interprofissional

- (A) consolida-se quando os papéis dos profissionais são definidos por área de atuação, favorecendo a delimitação das responsabilidades no interior da equipe.
- (B) efetiva-se pela distribuição complementar das atividades específicas, articulando diferentes especializações em resposta às necessidades do cuidado.
- (C) estabelece-se na equipe quando os procedimentos são aplicados conforme fluxos previamente estabelecidos, contribuindo para a racionalização das ações coletivas.
- (D) fortalece-se quando as decisões clínicas são coordenadas por agentes de maior domínio assistencial, assegurando coerência nas condutas.
- (E) operacionaliza-se por meio da articulação entre distintos saberes profissionais, sustentada por trocas comunicativas e pela interlocução nos processos de trabalho.

**35**

Em uma equipe de atenção primária, reuniões semanais são realizadas para discutir casos e planejar ações. Todos os profissionais participam dos encontros, apresentando suas avaliações, mas a execução das ações tende a seguir protocolos definidos por cada categoria profissional, com pouca elaboração coletiva dos planos de cuidado. A convivência cotidiana entre os membros é cordial e favorece a troca de informações (Peduzzi et al., 2013, 2014). Considerando os conceitos de trabalho em equipe e interprofissionalidade, qual interpretação melhor expressa as características dessa dinâmica?

- (A) A ausência de conflitos aparentes e a comunicação interprofissional confirmam a integração dos saberes e a superação dos núcleos profissionais.
  - (B) A comunicação entre os profissionais favorece a integração técnica do trabalho, reduzindo as hierarquias e possibilitando decisões compartilhadas na equipe.
  - (C) A prática em equipe revela colaboração limitada, marcada pela cooperação e troca de informações, além de baixo grau de integração entre os núcleos profissionais.
  - (D) A prática em equipe caracterizada pela clínica ampliada e gestão compartilhada, baseada na pactuação horizontalizada das decisões tomadas na equipe.
  - (E) As práticas desenvolvidas demonstram superação dos núcleos profissionais, com construção de planos de intervenção fundamentados na prática interprofissional colaborativa.
- 

**36**

Entre os dispositivos que qualificam a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, destaca-se sua dimensão pedagógica no cotidiano das equipes da Atenção Básica. Essa dimensão implica promover a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e favorecer a transformação das práticas profissionais, em especial a partir das estratégias de apoio matricial. Com base nas diretrizes do NASF, qual situação exemplifica com mais precisão essa função pedagógica?

- (A) Apoio às ações intersetoriais realizadas em parceria com instituições externas, voltadas à promoção da saúde, com foco prioritário nas demandas do território.
- (B) Coordenação de reuniões de equipe voltadas para avaliação dos indicadores de produtividade das equipes da Atenção Básica.
- (C) Implementação de protocolos clínico-assistenciais definidos previamente nos contratos de gestão estabelecidos pelo município.
- (D) Promoção de espaços coletivos de análise de caso e problematização das práticas com base nas necessidades do território.
- (E) Realização de atendimentos clínicos compartilhados nas unidades de referência conforme a demanda dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

**37**

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (Ministério da Saúde, 2025). Considerando a Portaria n. 1559, de 1º de agosto de 2008, os PCDT são exemplos de atividades que integram a dimensão da Regulação

- (A) da Atenção à Saúde.
  - (B) de Sistemas de Saúde.
  - (C) do Acesso à Assistência.
  - (D) dos Fluxos Assistenciais.
  - (E) dos Protocolos de Ordenamento Assistencial.
- 

**38**

Rolim (2013) destaca que, apesar dos avanços legais instituídos pela Constituição de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde, a efetivação da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios práticos, relacionados tanto às condições objetivas de exercício da cidadania quanto às contradições históricas do controle social. Considerando essa análise, propõe-se que as tensões que envolvem o controle social no contexto da gestão participativa em saúde se devem à/ao:

- (A) democratização da gestão pública em saúde que requer a construção de processos participativos que fortaleçam o vínculo entre os conselhos de saúde e os diferentes segmentos da sociedade civil.
  - (B) efetividade do controle social que pressupõe a ocupação dos espaços institucionais por representantes da sociedade civil, mesmo diante de disputas e contradições inerentes ao Estado democrático.
  - (C) fortalecimento do controle social que depende do reconhecimento institucional da diversidade de movimentos sociais e da ampliação de sua influência nas decisões de gestão pública.
  - (D) participação popular que se organiza prioritariamente por meio da adesão a campanhas públicas de mobilização social e da atuação em projetos governamentais previamente definidos.
  - (E) processo de controle social que ocorre de forma indireta, via representação parlamentar, reduzindo a necessidade de envolvimento direto da população nos espaços de gestão.
- 

**39**

A efetivação da participação social e do controle social na saúde do trabalhador constitui um desafio estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o arcabouço legal estabeleça conselhos e conferências como espaços institucionais para o exercício desse princípio, práticas históricas de exclusão política, desconhecimento de direitos e fragmentação da mobilização social ainda limitam a atuação popular (Brasil, 2018). À luz dos limites históricos e institucionais da participação social na saúde do trabalhador e da trabalhadora, assinale a alternativa que melhor expressa os sentidos atribuídos à participação e ao controle social no campo da saúde.

- (A) A institucionalização da participação social garante a representação equilibrada dos interesses dos usuários e trabalhadores nos processos decisórios do SUS.
  - (B) A qualificação da participação popular pode ser alcançada com a ampliação da estrutura dos conselhos e maior periodicidade das conferências municipais.
  - (C) A efetividade do controle social depende da superação dos conflitos entre os conselhos de saúde e os gestores públicos, priorizando a mediação institucional dos interesses em disputa.
  - (D) A construção do controle social exige a valorização da organização autônoma da sociedade civil e o fortalecimento de sua presença nas decisões sobre o cuidado com os trabalhadores.
  - (E) A democratização da gestão do trabalho em saúde ocorre prioritariamente por meio da presença de representantes da categoria profissional nos espaços deliberativos do sistema de saúde.
- 

**40**

Starfield (2002) destaca que sistemas de saúde organizados a partir da atenção primária forte estão mais bem posicionados para reduzir desigualdades sociais em saúde. Considerando essa perspectiva, qual alternativa melhor expressa a maneira como a Atenção Básica contribui para a equidade?

- (A) Atendimento fundamentado nas necessidades identificadas no território, com articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.
- (B) Desenvolvimento de unidades especializadas de acesso livre para a população, reforçando a autonomia dos usuários na definição de seus fluxos de cuidado.
- (C) Estruturação de fluxos de acesso que reforcem o papel das unidades básicas como ponto inicial da atenção, em articulação com os demais níveis de cuidado.
- (D) Implementação de estratégias de saúde pública que priorizem intervenções de base biomédica como suporte às ações da Atenção Básica.
- (E) Organização dos serviços de saúde a partir do atendimento a condições agudas, com referência pontual para outros níveis de atenção quando necessário.

## Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas de 01 a 03.

"Partimos [...] do pressuposto de que um dos principais empecilhos ao desenvolvimento da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial. A modificação desse quadro é essencial para a efetivação do SUS, pois entendemos que apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho a vida e o sofrimento dos indivíduos e das coletividades representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros." (Carvalho; Cunha, 2012, p. 837).

Considere que você trabalha em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada em um município com 430.000 habitantes, distribuídos em uma área de 30,7 km<sup>2</sup>, 100% urbanizada. Possui uma das mais altas densidades demográficas do país, com 11,8 hab/m<sup>2</sup>. A população é caracterizada como relativamente jovem, na faixa etária entre 28 – 45 anos. Mais de 20% da população apresenta vulnerabilidade social alta ou muito alta, sendo que 12% da população vivem em aglomerados urbanos subnormais. Essa UBS opera com o modelo da ESF, sendo constituída por três equipes de Saúde da Família, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal e cinco Agentes Comunitárias de Saúde. A UBS tem sob sua responsabilidade mais de 15.000 pessoas que residem em sua área de abrangência, presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 07:00 às 17:00. As equipes de saúde da família recebem por dois dias na semana o suporte de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Básica em que trabalham as categorias profissionais de psicologia, serviço social e nutricionista. A UBS é gerida por uma Organização Social de Saúde que estabeleceu processos de gestão do trabalho pactuados segundo indicadores quantitativos de produção individual e coletiva, além disso, está em processo de implantação de acreditação da qualidade. Esse modelo de gestão tem repercutido no processo de trabalho que passou a ser caracterizado por uma preocupação excessiva sobre alcançar as metas de produção, intensificação da fragmentação do processo de trabalho, ausência de ações extramuros e de reuniões de equipe. Após a pandemia de COVID-19, a quantidade de afastamentos por causas osteomusculares e por sofrimento mental tem aumentado. Observa-se também um aumento na violência sofrida pela equipe oriunda da população.

No território de abrangência, há uma escola estadual de ensino fundamental II e ensino médio, uma escola municipal de ensino fundamental I, uma creche municipal, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Há um centro de convivência mantido pelas lideranças locais organizadas em uma cooperativa pertencente a comunidade do bairro. O município conta com três Centros de Atenção Psicossocial, uma Unidade de Pronto Atendimento, um Ambulatório Médico de Especialidades, um Centro Especializado em Reabilitação, uma equipe de Consultório na Rua, um Centro Especializado em Odontologia e um Centro de Testagem e Acolhimento/Centro de Referência.

### Questão 01 (3,0 pontos)

Analise como o modelo de atenção à saúde está relacionado aos problemas intermediários e terminais, ou seja, aqueles que se referem, respectivamente, às características do processo de trabalho e às condições de vida da população.

### Questão 02 (3,0 pontos)

Como os pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde e do Controle Social podem interferir nos problemas terminais caracterizados no estudo de caso?

### Questão 03 (4,0 pontos)

Construa uma proposta de intervenção voltada para o enfrentamento da realidade local incluindo as ações de produção e de gestão do cuidado em saúde.

#### Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero textos que desrespeitarem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

RASCUNHO

NÃO SERÁ  
CONSIDERADO  
NA CORREÇÃO

v2



Universidade de São Paulo



**Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026**

12/10/2025

**Profissão 12 – SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA**

Prova O	
01	A
02	E
03	D
04	B
05	D
06	A
07	B
08	C
09	D
10	D
11	B
12	E
13	C
14	A
15	A
16	C
17	C
18	A
19	C
20	E
21	D
22	C
23	E
24	E
25	D
26	E
27	D
28	E
29	A
30	B
31	D
32	A
33	B
34	E
35	C
36	D
37	A
38	B
39	D
40	A

**Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026**

**12/10/2025**

**Profissão 12 – SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA**

**RESPOSTAS ESPERADAS**

**Questão 01 (3,0 pontos)**

Os problemas intermediários correspondem características do processo de trabalho (meios) da Unidade Básica de Saúde (UBS) que podem ser observados: (1) No modelo de gestão adotado pela Organização Social de Saúde, verticalizado, ligado às metas do contrato de gestão e que leva à redução da produção cuidado a uma lógica quantitativa e uniprofissional. Longe de ser apenas um recurso administrativo, as OSS respondem a um processo maior de desmontes dos sistemas de proteção social. Trata-se de uma forma de privatização e expansão do setor privado de saúde respaldada pelo próprio Estado em seus níveis de governo. (2) Sobre essa dificuldade ressalta-se ainda o processo de acreditação que submete os processos de trabalho vivos, orgânicos e criativos à lógica da qualidade total, distanciando os meios de produção do cuidado do seu fim, melhorar as condições de vida e de saúde da população adscrita. (3) Outra característica observada no funcionamento desse serviço refere-se à falta de espaços coletivos de discussão entre os trabalhadores como, por exemplo, ausência de reuniões de equipe e o pouco contato entre a Equipe Multiprofissional de Atenção Básica e a equipe de Estratégia Saúde da Família. (4) Um quarto problema se refere ao adoecimento que estão submetidos os trabalhadores e as trabalhadoras. Os problemas terminais estão relacionados às condições de vida da população a descrita esse território, as características sociodemográficas, econômicas e as condições de habitação que são elementos que interferem no processo saúde pela interpretação da determinação social. Observa-se também uma escassez de serviços intersetoriais, reduzidos há uma unidade do centro de referência da assistência social e a equipamentos da educação notas e ausência de equipamentos de lazer, de cultura, de esporte, de planejamento urbano e de segurança pública. Por fim ressalta-se a relação direta entre os problemas terminais e intermediários explicitados neste estudo de caso, a organização do trabalho na saúde fragmentada em si mesma e desarticulada do território, provoca um distanciamento por parte dos trabalhadores da produção de cuidado que deveria estar implicada na melhoria das condições de saúde e de vida da população que por sua vez expressa essa problemática por meio de comportamentos de violência contra o trabalhador da saúde.

**Questão 02 (3,0 pontos)**

No caso descrito, devemos inicialmente entender o contexto em que os problemas relacionados às condições de vida e saúde ocorrem. Marcado por desigualdades, esse território aponta uma população relativamente jovem, sendo que 20% dela vivem em situação de alta vulnerabilidade social. Sabemos que as desigualdades sociais implicam em diferenças que coloca alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter saudável. Resgatar os pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde e do Controle Social significa recolocar no centro do cuidado as pessoas usuárias como participantes ativas e intervenientes sobre os problemas intermediários, bem como, reativar estratégias e formas de produção de saúde que se articulem em níveis individual e coletivo, exercitando a cooperação intra e intersetorial. Nesse sentido, o planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, fundamentada no reconhecimento dos contextos locais e suas diversidades, fortalece a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e garantia dos direitos humanos e da justiça social. Tomar a intersetorialidade como centralidade é compreender que não será possível enfrentar os problemas apontados apenas a partir do setor da saúde. Por parte da promoção da saúde, observa-se ainda o compromisso com a gestão democrática, participativa e transparente, fortalecendo a corresponsabilidade dos sujeitos e coletividades nos diferentes espaços institucionais do governo e da sociedade civil. Um caminho para a efetivação das ações de promoção à saúde potencializadas pelo controle social pode ser realizada em parceria com a associação de bairro utilizando o espaço do centro de convivência para compartilhar com as lideranças locais os problemas intermediários que atravessam o processo de trabalho dessa unidade básica de saúde. Esse encontro com a população pode potencializar o espaço do conselho gestor da unidade e a busca pelo conselho municipal de saúde, buscando



Universidade de São Paulo



vencerás pela  
educação



pró-reitoria de cultura  
e extensão universitária

**Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026**

**12/10/2025**

estratégias que possam representar luta por melhores condições de trabalho e de vida que articula trabalhadores e pessoas usuárias na construção de estratégias que de fato vão ao encontro das necessidades de saúde. Os espaços de troca e de pactuação coletiva, realizadas organicamente e situadas no território, podem inclusive atuar no enfrentamento das situações de violências vividas pelos profissionais de saúde desse serviço.

**Questão 03 (4,0 pontos)**

O PES é bastante utilizado no planejamento na área da saúde nos diferentes níveis de atenção e, portanto, suas premissas podem ser adotadas no caso apresentado. Considera-se as articulações entre o presente e o futuro e entre o necessário e o possível. Nesse método, consideramos que todos aqueles que formulam, também planejam, o que coloca a necessidade de muita articulação, diálogo e interação com os participantes. Com esse objetivo, os trabalhadores têm a oportunidade de identificarem os problemas relacionados ao estado de saúde (problemas terminais) da população adscrita (principais agravos e necessidades de saúde decorrentes do processo de determinação social) e os problemas relacionados ao serviço de saúde (problemas intermediários), como gestão e organização do trabalho. Os quatro momentos do PES podem fortalecer processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), nesse sentido, propõe-se que: (1) No momento explicativo, os trabalhadores possam identificar e explicar os problemas atuais com os quais lidam no dia a dia, diversas ferramentas podem ser utilizadas aqui, como por exemplo, a árvore de problemas. (2) No momento normativo, espera-se que definam objetivos, metas, atividades e recursos necessários para colocar em prática o que deve ser feito para enfrentar a realidade desenhada no momento 1. Define-se o plano de intervenção e o caminho a ser seguido. Deve-se pensar nas ações e nos programas concretos que visem alcance dos resultados. (3) No momento estratégico, ocorre a definição entre o que deve ser feito e o que pode ser feito, considerando a reflexão sobre oportunidades, fortalezas, ameaças e fragilidades. Deve-se analisar os recursos (políticos, financeiros, administrativos) necessários e/ou disponíveis para cada ação. (4) O momento tático-operacional corresponde a pactuação do plano de ação e sua operacionalização com o devido acompanhamento que foi estabelecido no momento normativo. Deve-se implementar as ações previstas incluindo cronograma, responsáveis e participantes, bem como, monitorar e avaliar utilizando estratégias participativas, a fim de adequar e ajustar os rumos da condução do planejamento. Por fim, ressalta-se que a associação entre PES e EPS requer um processo participativo, de gestão compartilhada e com o envolvimento dos diversos atores que estão envolvidos no trabalho em saúde – gestão, trabalho, controle social e formação.