



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 2024

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 ou preta**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h30. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

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

ASSINATURA

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



INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015. Adaptado.

01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



03

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

04

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

05

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

TEXTO PARA A QUESTÃO 06.

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto. “Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”. Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

06

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

TEXTO PARA A QUESTÃO 07.

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

07

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

09

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

10

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

11

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



12

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

13

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

14

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

15

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não suggestionar a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



SAÚDE PÚBLICA / SAÚDE COLETIVA**16**

Considerando a relação entre o curso da atividade laboral e o processo saúde/doença, assinale em qual situação doenças podem ser qualificadas como relacionadas ao trabalho.

- (A) Se o curso de uma doença é antecipado, descarta-se a relação com o trabalho.
- (B) A relação com o trabalho está excluída nas doenças pré-existentes cujo curso é modificado.
- (C) São aquelas produzidas pelas condições de trabalho, cuja nocividade pode se estender para o ambiente geral.
- (D) Quando uma doença se agrava, desfaz-se a relação com o trabalho.
- (E) São aquelas sobrevividas em trabalhadores com vínculo formal segundo as leis trabalhistas.

17

Considerando as LER/Dort, cujos diagnóstico e tratamento constituem-se como um desafio para os profissionais da saúde, assinale a alternativa correta.

- (A) Na maioria dos casos, os exames laboratoriais constituem um padrão ouro.
- (B) Recorre-se aos exames por imagem para confirmar o quadro patológico.
- (C) É dispensável o conhecimento das atividades exercidas pelo trabalhador.
- (D) O adoecimento por LER/Dort está presente em quase todos os ramos e atividades produtivas.
- (E) Constata-se a predominância de formas agudas não sujeitas à cronicização.

18

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

- (A) Prioriza a efetividade em virtude da centralização de protocolos e condutas.
- (B) Procura considerar a constelação de determinantes de saúde, em vez de reduzir à enfermidade individual.
- (C) A essência da atenção primária é fundamentalmente simples, com foco em ações simplificadas e universais.
- (D) Constitui-se como retaguarda dos pronto-socorros no que diz respeito ao contato dos usuários do sistema de saúde.
- (E) Define-se por práticas orientadas pelo princípio da universalidade, descartando, portanto, a singularidade dos usuários.

19

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Considerando a atuação desses profissionais, assinale a alternativa correta.

- (A) As responsabilidades do NASF abarcam a população e a equipe de Saúde da Família.
- (B) Um dos objetivos é o aumento de encaminhamentos para psicólogos.
- (C) A gestão deve ser centrada no número de consultas dos profissionais.
- (D) O NASF é importante porta de entrada na gestão do cuidado.
- (E) Os indicadores de desempenho dos profissionais devem ser fixos e dimensionados individualmente.

20

Refletindo sobre a história da construção do Sistema Único de Saúde, autores como Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011) apontam que

- (A) o modelo de atenção em todos os níveis está adequado às mudanças demográficas e epidemiológicas.
- (B) a implementação do SUS tem sido complicada pelo subfinanciamento crônico.
- (C) a renegociação dos papéis público e privado no interior do sistema é rejeitada.
- (D) os desafios a serem superados são eminentemente técnicos.
- (E) o apoio estatal ao setor privado é desconsiderado como complicador.

21

Segundo estudiosos do tema, tais como Rolim e cols (2013), a construção da gestão pública do SUS tem enfrentado inúmeros obstáculos, entre os quais a cultura da submissão arraigada na maioria da população brasileira. Sobre a participação da sociedade civil no âmbito do SUS, os autores ressaltam que

- (A) a participação popular e o controle social em saúde têm pouca relevância social e política.
- (B) o controle social em saúde diz respeito ao controle do Estado sobre a política pública do SUS.
- (C) a adoção constitucional pelo SUS da participação popular como princípio foi procrastinada.
- (D) a institucionalização da participação da comunidade privilegia o caráter técnico do processo decisório.
- (E) a participação institucionalizada se expressa nos Conselhos locais, municipais e estaduais de saúde.



22

A Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS ratifica o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde no SUS. No que se refere aos objetivos, valores e diretrizes fundantes desta política, é correto sustentar que

- (A) o êxito da promoção da saúde depende da consolidação de práticas voltadas para indivíduos.
- (B) a gravidade do quadro epidemiológico no Brasil exige que as ações de promoção sejam centradas no adoecimento.
- (C) os saberes populares e tradicionais obstaculizam as ações de promoção baseadas em evidências científicas.
- (D) a cooperação e a articulação intrassetorial têm primazia sobre as ações territorializadas e intersetoriais.
- (E) a solidariedade é um dos valores fundantes no processo de efetivação da política de promoção da saúde

23

Segundo Rita Barradas Barata (2009), não há quem questione a existência das desigualdades sociais em saúde. No entanto, há divergências nas explicações para as diferenças encontradas. Segundo a autora, as desigualdades sociais em saúde

- (A) desaparecem nos países onde há sistemas nacionais de saúde com garantia de acesso.
- (B) tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade.
- (C) estão associadas a grupos de indivíduos portadores de herança genética deletéria.
- (D) são vinculadas a fatores de risco que favorecem problemas crônicos de saúde.
- (E) têm como principal causa o estilo de vida dos indivíduos.

24

Para Schraiber e Mendes Gonçalves (2006), a definição de necessidades de saúde é uma questão complexa. As pessoas que procuram os serviços de saúde trazem carecimentos e demandam intervenções. Sobre as práticas de saúde que consubstanciam tais necessidades, os autores afirmam:

- (A) São processos fisiopatológicos que marcam a complexidade tecnológica do trabalho em saúde.
- (B) A dimensão subjetiva das práticas em saúde é atributo da atenção hospitalar e materializa a inovação tecnológica
- (C) No trabalho em saúde existe uma cisão necessária entre o humano e o que é técnico-científico.
- (D) As situações assistenciais na Atenção Básica quase sempre podem ser consideradas como casos epidemiologicamente complexos.
- (E) A organização empresarial do trabalho em saúde fortalece a natureza pessoal da relação clínica.

25

O documento “Saúde Brasil 2017: Análise da situação de saúde” reúne um amplo conjunto de informações no sentido de orientar prioridades objetivando a redução da mortalidade pelos agravos analisados. Assinale a alternativa que se apresenta conforme as afirmações desse documento.

- (A) A taxa de mortalidade na infância relaciona-se aos óbitos de menores de 1 ano.
- (B) A OMS qualifica como adequado o intervalo entre 25% a 30% para as taxas de cesárea.
- (C) A cesariana é um procedimento cirúrgico de grande porte.
- (D) É considerado adequado o pré-natal com total de 6 consultas iniciado no 5º mês.
- (E) A análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos é prescindível para a redução das cesáreas.

26

Ao investigar a magnitude das causas de morte nas faixas jovens, incluindo a análise da mortalidade infantil e as causas externas nos adultos, o documento “Saúde Brasil 2017: Análise da situação de saúde” afirma:

- (A) Como causa de morte na faixa etária de 20 a 39 anos, no Brasil, as causas externas foram secundarizadas pelas doenças crônicas.
- (B) As causas externas têm sido responsáveis pelo maior percentual de óbitos na faixa etária de 5 a 19 anos, independente do sexo.
- (C) Os dados sobre nascidos vivos notificados ao Ministério da Saúde são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade.
- (D) Em virtude do progresso técnico-científico, a taxa de mortalidade infantil foi superada como indicador de condições de vida.
- (E) A taxa de mortalidade pós neonatal é calculada pelo número de óbitos de residentes de zero a 6 dias de idade/número de nascidos vivos de mães residentes) multiplicado por 1.000.

27

O documento “Saúde Brasil 2017: Análise da situação de saúde” aborda as Doenças tropicais negligenciadas-DTN, objetivando dimensionar a morbimortalidade provocada por esses agravos. Assinale a alternativa corroborada pelo documento.

- (A) As DTN estão superadas como problema de saúde pública no Brasil.
- (B) A sobreposição das DTN nas regiões do país foi suprimida.
- (C) A mortalidade por DTN no país reflete, em grande parte, a carga da doença de Chagas.
- (D) Em sua maioria, as DTN representam condições agudas que demandam cuidado longitudinal.
- (E) Por ser de fácil tratamento, a hanseníase foi excluída do rol das DTN.



28

Nos últimos anos multiplicam-se os estudos que relacionam saúde ao meio ambiente. O documento “Vigilância ambiental em Saúde. Textos de epidemiologia” (2004) afirma que as questões referentes às relações entre saúde e meio ambiente devem ser pensadas como integrantes de sistemas complexos. Assinale a alternativa que está fundamentada por esse documento.

- (A) A vigilância dos poluentes no ambiente prevê a medição sistematizada das concentrações de agentes ambientais nocivos nos diferentes componentes do ambiente.
- (B) A implicação da vigilância ambiental está bastante desenvolvida no SUS, nas ações dos gestores estaduais e municipais.
- (C) Em saúde ambiental, reduzir o problema ao âmbito de uma disciplina aumenta a chance de êxito das intervenções.
- (D) O progresso tecnológico destituiu os processos produtivos como fontes de risco para o meio ambiente.
- (E) A introdução massiva de novas substâncias no mercado tem sido acompanhada pelo conhecimento de sua toxicidade.

29

Jairnilsom Paim (2012) pondera que existem justificativas político-institucionais para o uso do planejamento em saúde enquanto ação social. Segundo esse autor,

- (A) a origem do planejamento, enquanto ação social, expressa a busca de produzir bens e serviços com fins igualitários.
- (B) o processo do planejamento estratégico tem quatro momentos estanques: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.
- (C) a árvore de problemas e o fluxograma situacional são técnicas pertinentes ao momento tático-operacional.
- (D) pensamento estratégico é o modo estruturado de apresentação do planejamento como prática social.
- (E) os problemas que se referem ao estado de saúde podem ser qualificados como intermediários.

30

Ao pensar a gestão do cotidiano em saúde, estudos sugerem ferramentas conceituais e operativas que são orientadas visando arranjos organizacionais que possam atender necessidades de saúde nos planos individuais e coletivos. De acordo com Carvalho e Cunha (2012), na gestão da atenção à saúde,

- (A) o acolhimento pode ser considerado como uma tecnologia do encontro entre trabalhador e usuário e deve estar a cargo do pessoal de enfermagem.
- (B) as equipes de referência são uma proposta organizativa própria da assistência hospitalar.
- (C) o Projeto Terapêutico Singular se destina a indivíduos, pois busca a singularidade como elemento central de articulação.
- (D) a medicalização da vida tende a reduzir os problemas de saúde aos diagnósticos da biomedicina, aos exames e às medicações.
- (E) o êxito de um Projeto Terapêutico Singular é assegurado com base na metáfora do corpo como máquina.

31

As ações da Epidemiologia voltam-se para a identificação e intervenção sobre problemas que dificultam a melhoria da situação de saúde. Assinale a alternativa que está de acordo com o texto “Epidemiologia em serviços de saúde” (Tratado de Saúde Coletiva, 2012).

- (A) A estratégia preventiva de alto risco de base individual é recurso suficiente para proteger pessoas suscetíveis.
- (B) Nos serviços de saúde, o uso da Epidemiologia se restringe às ações de promoção e prevenção.
- (C) Aponta-se a necessidade de se passar de uma *Epidemiologia de quem* (perfis epidemiológicos) para uma *Epidemiologia do quê* (agravos no indivíduo).
- (D) O questionamento do conceito de vulnerabilidade levou ao desenvolvimento do enfoque de risco.
- (E) A articulação Epidemiologia-informação pressupõe que a informação é essencial ao trabalho cotidiano nos serviços.

32

A análise epidemiológica de uma situação de saúde é uma ferramenta importante para compreender e monitorar a saúde da população. Assinale a alternativa que está em consonância com as metodologias, técnicas e indicadores explanados no texto de Drumond Jr (2012).

- (A) Os coeficientes de mortalidade geral ou por doenças crônicas degenerativas são adequados para comparar todo o tipo de populações.
- (B) No que concerne às Unidades Básicas de Saúde, podem ser comparados números absolutos de eventos em áreas de abrangência de diferentes bases populacionais.
- (C) Em contraste à Epidemiologia descritiva, a Epidemiologia analítica permite a interpretação dos fenômenos.
- (D) É necessária a ocorrência de mais que um único caso de doença ou morte inaceitáveis para desencadear investigação a respeito.
- (E) As desigualdades nas condições de vida podem ser evidenciadas pela distribuição de casos segundo ocupação, escolaridade, raça/cor, local de moradia, entre outros.

33

Drumond Jr (2012) discute a utilização do monitoramento no setor saúde e a atuação da vigilância epidemiológica no SUS, bem como as afinidades e diferenças entre esses dois campos de conhecimento e prática. Segundo o autor,

- (A) o caráter pontual do monitoramento é a principal diferença em relação à vigilância.
- (B) o monitoramento é um instrumento exclusivo da saúde pública.
- (C) o monitoramento é um instrumento frágil para identificar prioridades para políticas.
- (D) a vigilância epidemiológica acompanha e produz informações para aprimorar o controle das doenças.
- (E) a vigilância epidemiológica restringe a responsabilidade dos serviços de saúde sobre as condições de vida.



34

Na portaria 1.559, de 01/08/2008 do Ministério da Saúde, que rege a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, estão estabelecidas diferenças entre as atribuições de três áreas. Assinale a alternativa que corresponde aos dispositivos dessa portaria.

- (A) A Regulação dos Sistemas de Saúde está sob responsabilidade plena dos gestores municipais de saúde.
- (B) A Regulação do Acesso à Assistência é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.
- (C) A Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelo nível federal de gestão do SUS.
- (D) A Regulação do Acesso à Assistência executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas de saúde.
- (E) A Regulação da Atenção à Saúde define as diretrizes da regulação dos sistemas de saúde.

35

A educação interprofissional (EIP) na saúde é considerada, por autores como Marina Peduzzi (2013), como um componente essencial de uma ampla reforma no modelo de formação profissional. Assinale a alternativa que corresponde ao pensamento da autora.

- (A) A interdependência entre as áreas profissionais pode reduzir a efetividade das respostas face aos problemas complexos de saúde.
- (B) A flexibilidade dos papéis profissionais deprecia os conhecimentos específicos de cada área e debilita a prática nos serviços de saúde.
- (C) A operacionalização da Educação interprofissional pode apresentar dificuldades e acarretar dúvidas e tensões no interior das equipes de saúde.
- (D) A articulação das ações e a colaboração dos profissionais de diferentes áreas requerem o apagamento das especificidades de cada área.
- (E) A transdisciplinaridade diz respeito à interação entre disciplinas a partir do reconhecimento de posições comuns em relação a um mesmo objeto complexo.

36

Sobre a formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da educação interprofissional (EIP) na saúde, assinale a alternativa que é advogada pela autora Marina Peduzzi (2013).

- (A) Nas iniciativas de formação profissional, a construção na perspectiva da EIP já se constitui realidade no contexto brasileiro.
- (B) Considerando a formação em serviço, na modalidade residência multiprofissional, a contradição em relação à inclusão da formação médica foi superada.
- (C) No campo da interação entre profissionais já formados, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem dificultado a implantação da EIP.
- (D) No Brasil, a formação dos profissionais de saúde é majoritariamente uniprofissional e pautada no modelo de ensino por disciplinas e na racionalidade biomédica.
- (E) Em virtude das características do processo saúde-doença, a formação dos profissionais de saúde, mesmo que uniprofissional, sempre será interdisciplinar e interprofissional.

37

Com relação ao trabalho em equipe na saúde, assinale a alternativa que é defendida pela autora Marina Peduzzi (2013).

- (A) No que diz respeito à discussão sobre as disciplinas, o uso crescente dos prefixos multi, inter e trans denota um forte consenso sobre a precisão dos conceitos.
- (B) A mudança demográfica e o envelhecimento da população impõem que os serviços de saúde se organizem com base na especialização dos profissionais.
- (C) O protagonismo dos usuários no cuidado pode ser estabelecido, considerando que há simetria na relação com os profissionais de saúde.
- (D) O trabalho em equipe constitui uma das configurações contemporâneas da divisão social do trabalho em saúde.
- (E) No setor da saúde, houve superação da divisão social do trabalho como expressão da cisão entre as partes 'mais intelectuais' e 'mais manuais'.

38

Sobre os conceitos de prevalência, incidência, mortalidade e letalidade, é correto afirmar:

- (A) A incidência de pessoas vivendo com HIV no mundo foi de 38,4 milhões em 2021
- (B) A prevalência de AIDS em indivíduos com mais de 13 anos de idade em um período de tempo é dada pela notificação dos casos de AIDS.
- (C) A letalidade é referida a um problema de saúde específico em relação com todas as causas de morte.
- (D) A magnitude da mortalidade por uma doença em uma dada população é função de sua incidência e letalidade.
- (E) A incidência é usada nos estudos de doenças cujo início é de difícil detecção, como os transtornos psiquiátricos.



39

Com base na trajetória histórica e conceitual da construção da Saúde Coletiva como campo de saber e prática, qual das alternativas é corroborada pela análise desenvolvida por Everardo Nunes (1994)?

- (A) A Medicina Preventiva, a Medicina Social e a Saúde Pública são campos de saber e prática indistintos entre si.
- (B) A Saúde Coletiva constituiu-se como um somatório de programas de instituições formadoras cujos referenciais eram preventivistas e da Saúde Pública.
- (C) Ao introduzir as Ciências Humanas no campo da saúde, a Saúde Coletiva traz para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política.
- (D) A produção de conhecimento por meio das Ciências Sociais foi a principal vertente que deu origem à Saúde Coletiva.
- (E) A apreensão do social e do coletivo impossibilita que a Saúde Coletiva se engaje com as manifestações particulares desse mesmo coletivo.

40

Sobre a trajetória e desafios do Movimento da Reforma Sanitária e do SUS, assinale a alternativa que corresponde ao pensamento desenvolvido pela autora Laura Feuerwerker (2014).

- (A) Por contarem com recursos de poder e governabilidade, no SUS apenas os que detêm o poder estão aptos a planejar.
- (B) No Movimento da Reforma Sanitária brasileira, a questão da democracia se constituía como reivindicação secundária.
- (C) Acumulando avanços e experiências exitosas, o SUS real corresponde à proposta almejada pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira.
- (D) Na saúde suplementar, o direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos.
- (E) No neoliberalismo, as políticas sociais viabilizam-se pela desigualdade e pelo empreendedorismo, noção legitimada pelo princípio da equidade do SUS.



ESTUDO DE CASO

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

Segundo a autora Rita Barradas Barata, “o sistema de reprodução social dos diferentes grupos inclui o padrão de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações [...] acoplam-se aos padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe” (Barata, RB. 2009, p.24). Ainda segundo a autora, “as desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades” (Barata, RB. 2009, p.24).

As questões que se seguem propõem uma situação-problema, para a qual as equipes da Atenção Básica podem oferecer respostas em vários níveis.

Uma Unidade Básica de Saúde-UBS situa-se em uma cidade de grande porte (entre 500 mil a 1 milhão de habitantes). Sua área de abrangência conta com aproximadamente 30 mil moradores. Está distante cerca de 5 km de um hospital geral/Pronto Socorro/ambulatório de especialidades. Na área há também um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III, um Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, uma escola municipal de ensino fundamental I e II. Nessa UBS trabalham quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família-ESF, duas das quais têm sob sua responsabilidade áreas de grande vulnerabilidade social. O quadro de pessoal passa por instabilidades particularmente com relação à permanência dos profissionais. Há fila de espera para acesso aos serviços da UBS e também para consulta de várias especialidades. A UBS está sob gestão de uma entidade qualificada como Organização Social - OS, exigindo o cumprimento de metas.

01

Como as equipes dessa UBS poderiam proceder para a elaboração e implementação de um plano de ação em saúde orientado para a identificação e o enfrentamento das desigualdades sociais? Em sua resposta, aponte quais dados e indicadores de saúde seriam necessários reunir e produzir para que a equipe conheça a situação de saúde da população que vive, trabalha e circula na sua área de abrangência, bem como apresente as questões, no que concerne às condições de vida e trabalho, que precisam ser investigadas e desenvolvidas para instrumentalizar ações de saúde.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



02

Segundo o texto do prof. Jairnilson Paim, "Planejamento em saúde para não especialistas", no planejamento em saúde há distinção entre problemas intermediários e terminais. Exemplifique quais problemas, dessas duas modalidades, são mais frequentemente encontrados na Atenção Básica e que respostas poderiam ser oferecidas.

03

Como os desafios encontrados nessa população e território podem ser superados?



Residência Profissional 2024
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

