

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



Profissão 12: Saúde Pública/Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

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: 2h. 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**01**

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiriam continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertezas de seus contornos. Há quem se interrogue mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conclamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443. Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

“A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias”, explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de “causa” o trecho:

- (A) “Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024”.
- (B) “Apesar de ambas as doenças serem virais”.
- (C) “como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor”.
- (D) “de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior”.
- (E) “assim como dos vírus da Zika e Chikungunya”.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevalectimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrimestral. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



SAÚDE PÚBLICA / SAÚDE COLETIVA**16**

O enfrentamento da excessiva fragmentação do processo de trabalho em saúde requer a produção de novas formas de gerir e organizar instituições de saúde. A proposta organizativa e gerencial para os serviços de diferentes densidades tecnológicas que considere a criação de vínculo entre trabalhadores e usuários, a constituição de espaços de cogestão, além do estímulo ao trabalho em equipe, é denominada de:

- (A) Acolhimento e Escuta.
- (B) Apoio Matricial.
- (C) Clínica Ampliada.
- (D) Equipe de Referência.
- (E) Projeto Terapêutico Singular.

17

A epidemiologia apresenta um amplo desenvolvimento na investigação científica, na capacitação profissional e nos serviços de saúde. Sua incorporação e seu crescimento nos serviços de saúde subsidiam diagnósticos de saúde e vigilância epidemiológica, interferindo nos processos assistenciais, de gestão e de organização dos serviços e das equipes. De que modo as bases epidemiológicas podem ser operadas como uma tecnologia leve nos serviços de saúde?

- (A) Como um recurso tecnológico pleno aplicado nas ações próprias da saúde pública, de caráter coletivo.
- (B) Como um recurso tecnológico que orienta a abordagem de problemas, contribuindo nas formas de organizar os processos de trabalho.
- (C) Como um recurso tecnológico que contribui para o saber estruturado sobre agravos endêmicos e epidêmicos.
- (D) Como um saber estruturado que informa sobre as características específicas das doenças, como períodos de incubação e transmissibilidade.
- (E) Como um saber estruturado que orienta metodologicamente a abordagem aos agravos de notificação compulsória.

18

De acordo com Starfield (2002), atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação são atributos da Atenção Primária. O potencial e o alcance de cada um dos atributos podem ser medidos pela abordagem capacidade-desempenho. A definição do potencial está relacionada a quatro elementos estruturais, enquanto a tradução do potencial, a dois elementos processuais. Para a tradução do potencial, um elemento do desempenho do serviço de saúde é:

- (A) Acessibilidade.
- (B) Continuidade.
- (C) Definição da população eletiva.
- (D) Reconhecimento de um problema.
- (E) Variedade de serviços.

19

“O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS.” (Paim et al, 2011. p.21). Diferentes estratégias têm sido implementadas para ampliação da cobertura e do escopo da atenção básica. Dentre essas, compreende-se que

- (A) a associação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família às equipes de saúde da família busca expandir a cobertura e o escopo da atenção básica, sem interferir no referenciamento regional.
- (B) a concomitância de modelos tradicionais e mistos de atenção básica vem favorecendo a expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família.
- (C) a implementação de diretrizes clínicas baseadas em evidências representou investimentos municipais e federais para expansão do Programa Saúde da Família.
- (D) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família partiram de uma política transversal destinada a populações mais carentes e de alto risco.
- (E) os encaminhamentos a serviços especializados são menos efetivos e possuem maior tempo de espera mesmo quando originados em unidades de saúde da família.

20

A implementação de processos avaliativos vem possibilitando o fornecimento de um conjunto de indicadores que possibilitam o diagnóstico situacional, o estabelecimento de metas e o fortalecimento do compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada. O projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica são exemplos da institucionalização da avaliação entre os serviços da Atenção Básica. A partir da análise da avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, é correto afirmar que a aposta tem se dado principalmente na avaliação de processos, possibilitando

- (A) medidas de aprimoramento da qualidade mais imediatas de governabilidade das equipes.
- (B) o reconhecimento de recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e da normatização do serviço.
- (C) a proposição de parâmetros comparativos com o cenário internacional.
- (D) o estabelecimento de nexos causais, como a assistência oferta e melhora dos desfechos clínicos.
- (E) a definição de indicadores de custo-efetividade da implementação de programas e políticas.



21

“A Comissão de Determinantes Sociais em Saúde define estes determinantes como o conjunto das condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham e que podem ser alteradas pela ação das políticas públicas” (Barata, 2009. p.99). No que se refere às políticas públicas, podem ser identificados três níveis de ação pública para redução das desigualdades. Dentre as alternativas a seguir, qual representa um exemplo de programa ou política pública brasileira de nível de atuação intermediário?

- (A) Programa Bolsa Família.
- (B) Programa Desenrola Brasil.
- (C) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
- (D) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- (E) Programa Nacional de Imunização.

22

O processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode ser organizado por meio de ferramentas tecnológicas destinadas ao apoio à gestão e apoio à atenção. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações efetivas na produção de saúde em um território que parta de uma área em situação de vulnerabilidade ou de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, além de focar a articulação de serviços de saúde e outros serviços e políticas sociais, caracteriza a ferramenta tecnológica denominada:

- (A) Gestão Compartilhada.
- (B) Pactuação do Apoio.
- (C) Projeto de Saúde no Território.
- (D) Projeto Terapêutico Singular.
- (E) Protocolos e Linhas de Cuidado.

23

Após ter sido vítima de violência no contexto do trabalho, Carla, 36 anos e enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde na zona centro-oeste do município de São Paulo, iniciou um quadro intenso de sintomas ansiosos e experiências de reviver a violência sofrida. O quadro relatado caracteriza o desenvolvimento de transtorno mental relacionado ao trabalho, classificado como Schilling I – Trabalho como causa necessária. Para o acolhimento dessa usuária-trabalhadora, espera-se que a/o profissional de saúde:

- (A) Atente-se à naturalização, à banalização e ao preconceito em relação ao sofrimento mental e o trabalho.
- (B) Estabeleça, por meio da anamnese ou história ocupacional, a relação entre trabalho e queixa apresentada.
- (C) Forneça, por meio da educação em saúde, orientações sobre direitos de saúde, previdenciários e trabalhistas da pessoa trabalhadora.
- (D) Proceda com a Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho.
- (E) Solicite, em parceria com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a inspeção do local de trabalho.

24

O desenvolvimento técnico-científico em torno dos modos de organizar o trabalho em saúde vem evoluindo ao longo dos anos, com destaque para as últimas duas décadas, e reflete o “reconhecimento de que o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional contribuem para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde” (Peduzzi et al., 2020. p.2). A modalidade de trabalho caracterizada por menores níveis de compartilhamento, de clareza de papéis e de interdependência das ações, e por necessidade de lidar com situações de atendimento com menor grau de imprevisibilidade, urgência e complexidade, é denominada de:

- (A) Colaboração.
- (B) Prática Colaborativa Interprofissional.
- (C) Trabalho em Equipe.
- (D) Trabalho em Rede.
- (E) Trabalho Multiprofissional.

25

Dados disponíveis no repositório da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) permite verificar que, no ano de 2022, a taxa de mortalidade pós-neonatal para o estado de São Paulo foi de 3,53. Qual a interpretação epidemiológica correspondente desse indicador?

- (A) para cada 1.000 nascidos vivos de zero a 27 dias de vidas, cerca de 3,53 faleceram no estado de São Paulo no ano de 2022.
- (B) para cada 100.000 nascidos vivos de zero a 27 dias de vidas, cerca de 3,53 faleceram no estado de São Paulo no ano de 2022.
- (C) para cada 1.000 nascidos vivos de 28 dias até um ano de vida, cerca de 3,53 faleceram no estado de São Paulo no ano de 2022.
- (D) para cada 10.000 nascidos vivos de 28 dias até um ano de vida, cerca de 3,53 faleceram no estado de São Paulo no ano de 2022.
- (E) para cada 100.000 nascidos vivos de 28 dias até um ano de vida, cerca de 3,53 faleceram no estado de São Paulo no ano de 2022.

26

Uma das estratégias de estudo epidemiológico pode ser a observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, conhecida como estudo seccional. Com os resultados de estudo seccionais é possível

- (A) acompanhar a evolução de uma doença por meio de instrumentos como recordatórios e histórico de saúde.
- (B) distinguir entre fatores de risco e os fatores prognósticos de evolução de uma doença.
- (C) identificar se uma determinada exposição é causa ou consequência do aparecimento de uma doença.
- (D) planejar e administrar ações de caráter preventivo, curativo ou reabilitativo em nível coletivo e individual.
- (E) testar hipóteses, por meio de estratégias analíticas, sobre vínculos causais entre eventos.



27

A Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, criada em 2010, por meio do Decreto Estadual nº 56.061 de 02/08/2010, tem por finalidade a regulação da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, visando promover a equidade do acesso, garantindo a integridade da assistência ao paciente do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo – SUS/SP, no âmbito de sua área de abrangência. Em alinhamento à Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, a CROSS é um modelo de:

- (A) Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade.
- (B) Complexo Regulador Estadual.
- (C) Complexo Regulador Inter-regional.
- (D) Complexo Regulador Municipal
- (E) Complexo Regulador Regional.

28

“Os sistemas de vigilância são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças que ocorrem em situações inusitadas, monitorizar e avaliar riscos de saúde e intervenções.” (Waldman, 2012. p.505). A despeito da sua importância para ações de vigilância em saúde, os sistemas possuem limitações que comprometem seu desempenho. Uma dessas limitações se refere à falta de homogeneidade na identificação de tendências, grupos e fatores de risco. Notificações focadas em casos de maior gravidade ou aqueles que evoluem para hospitalização são exemplos dessa limitação, que se denomina:

- (A) Baixa representatividade.
- (B) Baixa utilidade.
- (C) Falta de oportunidade.
- (D) Inconsistência na definição de caso.
- (E) Subnotificação.

29

“Os avanços tecnológicos obtidos nas últimas décadas, principalmente nas atividades industriais e de agricultura, têm contribuído para a introdução de novos agentes químicos nas águas e solos, resultando em graves impactos sobre o ecossistema, principalmente sobre os organismos vivos.” (FUNASA, p. 44). Considere que, no processo de territorialização da área adscrita de sua Unidade Básica de Saúde, foi identificada uma quantidade considerável de atividades de metalurgia e galvanoplastia. A monitorização dos efeitos sobre a população deve considerar que ocorre a liberação de poluentes,

- (A) como aldeídos, levando ao risco de reações alérgicas e risco de carcinogenicidade.
- (B) como asbesto ou amianto, levando ao risco de pneumoconiose e ação carcinogênica.
- (C) como hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, levando ao risco de câncer pulmonar e câncer de pele.
- (D) como metais pesados – chumbo, cádmio, cobre etc., levando ao risco de alterações no Sistema Nervoso Central e no sangue.

- (E) como particulados, levando ao risco de inflamação crônica do epitélio respiratório.

30

A participação popular na gestão pública de saúde vem sendo construída como uma importante ferramenta de democratização das organizações por meio de uma série de práticas que efetivem o controle social. Os Conselhos de Saúde são espaços privilegiados para a prática do exercício da participação e do controle social. Há diferentes perspectivas teórico-políticas que analisam as posições e os debates em torno dos Conselhos de Saúde e do controle social, contudo, aquela que torna o controle social incompatível ao contexto político corresponde à

- (A) perspectiva teórico-política do aparato institucional, que compreende os Conselhos como espaço das ações do Estado para controlar a sociedade.
- (B) perspectiva teórico-política estruturalista althusseriana, que compreende os Conselhos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público.
- (C) perspectiva teórico-política gramsciana, que compreende os Conselhos como arena de conflitos, em que diferentes grupos estão em disputa.
- (D) perspectiva teórico-política neoconservadora, que compreende os Conselhos como incompatíveis com a democracia representativa.
- (E) perspectiva teórico-política neo-habermasiana, que compreende os Conselhos como espaço consensual, em que diferentes grupos estão em convergência por meio de pactuações.

31

O planejamento estratégico situacional procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação, problemas esses que podem ser orientados pelas necessidades dos indivíduos e das populações, e/ou do sistema de serviços. Enquanto processo, são identificados quatro momentos fundamentais desse planejamento. Espera-se que, no momento estratégico, ocorra o processamento

- (A) do acompanhamento e avaliação.
- (B) da prestação de contas e supervisão.
- (C) da coerência, da factibilidade e da viabilidade.
- (D) da árvore de problemas e do fluxograma situacional.
- (E) das forças, fraquezas, oportunidade e ameaças.



32

Em uma análise das práticas decorrentes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, é possível diagnosticar uma lacuna representada pela

- (A) formação e educação, representando a participação de professores e estudantes da saúde.
- (B) gestão do cuidado, representando a participação de gestoras e gestores dos serviços de saúde.
- (C) gestão das políticas de saúde, representando a participação de tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas.
- (D) produção do cuidado, representando a participação de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde.
- (E) produção de projetos compartilhados, representando a participação de usuárias e usuários dos serviços de saúde.

33

A operacionalização da promoção da saúde se constitui por uma diversidade de estratégias e ações, subjacente a um conceito que vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais. A articulação entre promoção da saúde e a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável foi promovida a partir da

- (A) Conferência de Bangkok.
- (B) Conferência de Helsinque.
- (C) Conferência de Nairobi.
- (D) Conferência do México.
- (E) Conferência em Shangai.

34

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Para a concretização de ações nos serviços, o profissional de saúde deve considerar como estratégia:

- (A) Promoção da mobilidade segura.
- (B) Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos.
- (C) Práticas corporais e atividades físicas.
- (D) Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados.
- (E) Articulação e cooperação intrassetorial e interssetorial.

35

A compreensão da saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica, exercitada sobretudo a partir da segunda metade da década de 1970, deve-se à incorporação de referenciais que estruturaram teoricamente esse campo. O referencial que demarca as contribuições para o campo da saúde coletiva é/são

- (A) a economia e sociologia da medicina.
- (B) a perspectiva crítico-construtivista.

- (C) a vertente marxista.
- (D) a teoria psicossocial
- (E) as teorias desenvolvimentistas.

36

Tomar a Atenção Primária segundo sua complexidade tecnológica implica

- (A) desvalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido.
- (B) evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços.
- (C) sustentar uma visão predominante da cisão entre o técnico-científico e o subjetivo.
- (D) tomar a complexidade tecnológica do trabalho enquanto complexidade científica das patologias.
- (E) valorizar o cuidado produzido a partir do somatório de atos especializados.

37

“O acompanhamento das taxas de mortalidade na infância pode ser entendido como oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária [...]” (Brasil, 2018. p.62). Desse modo, o planejamento e o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da mortalidade na infância podem ser informados por meio de análises de tendência da taxa de mortalidade na infância, infantil e seu componentes, cuja característica, entre os anos de 1990 e 2015, no Brasil foi o

- (A) alcance da redução da Taxa de Mortalidade Infantil em todas as unidades federativas, contudo, a maior taxa de redução foi identificada nos estados do norte e nordeste.
- (B) alcance da redução da Taxa de Mortalidade Infantil em todas as unidades federativas, contudo, a maior taxa de redução foi identificada nos estados do sul e sudeste.
- (C) alcance da redução da Taxa de Mortalidade Infantil em todas as unidades federativas, contudo, a maior taxa de redução foi identificada nos estados do centro-oeste.
- (D) alcance da redução da Taxa de Mortalidade em menores de 5 anos no Brasil em todas as regiões, contudo, a menor redução foi observada no período pós-neonatal e neonatal precoce.
- (E) alcance da redução da Taxa de Mortalidade em menores de 5 anos no Brasil em todas as regiões, contudo, a redução não foi observada no período neonatal tardio e de 1 a 4 anos.



38

O entendimento das desigualdades sociais em saúde pode ser amparado teoricamente e se expressa na distribuição do estado de saúde das pessoas. A compreensão do processo saúde-doença que se fundamenta na incorporação pelos organismos humanos dos aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto nos quais os indivíduos vivem e trabalham é conhecida como teoria

- (A) da determinação social.
- (B) ecossocial.
- (C) estruturalista.
- (D) materialista
- (E) psicossocial.

39

“A educação profissional corresponde a um processo de socialização no qual os estudantes passam a criar uma identidade com a profissão escolhida, os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos.” (Peduzzi et al., 2013). A formação profissional no Brasil vem sendo caracterizada, sobretudo, como

- (A) interprofissional, com escassas iniciativas de prática colaborativa na graduação e pós-graduação.
- (B) multiprofissional, com numerosas iniciativas de educação interprofissional na graduação e pós-graduação lato sensu.
- (C) multiprofissional, com escassas iniciativas de educação interprofissional na graduação e pós-graduação lato sensu.
- (D) uniprofissional, com numerosas iniciativas de educação interprofissional na graduação e pós-graduação lato sensu.
- (E) uniprofissional, com escassas iniciativas de educação interprofissional na graduação e pós-graduação lato sensu.

40

A Educação Permanente em Saúde, interpretada como estratégia de gestão, implica considerar

- (A) o espaço do trabalho morto, privado por excelência, que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde.
- (B) o espaço do trabalho morto como intervenção sobre o trabalho vivo, atuando a partir de saberes tecnológicos que operam lugares previamente estruturados.
- (C) o mundo do trabalho como o meio do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador com o seu próprio agir produtivo.
- (D) os saberes estruturados enquanto projetos políticos de atenção à saúde em disputa cotidiana nos e dos estabelecimentos de saúde.
- (E) os recursos disponíveis e vigentes como formas de enfrentar um problema concreto que produz o incômodo necessário para pedagogias construtivistas.



ESTUDO DE CASO

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

Você foi selecionado para atuar como trabalhador da saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que se insere em uma região que abrange uma área de 42,80 km², com uma população aproximada de 474.659 habitantes e densidade demográfica de 11.090 habitantes/km². Na população, predomina a faixa etária de adultos e jovens (30 a 39 anos), seguida de pessoas idosas (60 a 75 anos). Nessa região, cerca de 12,8% da população vivem em setores de alta vulnerabilidade social, que se reflete em alguns indicadores, discriminados a seguir:

- Saúde*: Gravidez na adolescência: 12,02; Mortalidade Materna: 221,85; Mortalidade infantil: 30,93; Tempo médio (dias) para consultas na atenção básica: 49; Mortalidade por COVID: 8,12 (proporção de óbitos por COVID-19 em relação ao total de óbitos – fórmula: nº de óbitos por COVID-19/nº total de óbitos x 100).
- Habitação*: Famílias em atendimento habitacional provisório por situação de risco e emergência: 100 (Fórmula: Número de famílias em atendimento habitacional provisório (Auxílio Aluguel) por situação de risco e emergência/Número de famílias beneficiárias de Auxílio Aluguel x 100).
- Trabalho e Renda*: Taxa de oferta de emprego formal, por dez habitantes participantes da população em idade ativa (PIA), por distrito: 4,67 (Fórmula: Número absoluto de empregos formais na data de referência ÷ PIA (População em Idade Ativa) - Habitantes com idade igual ou superior a 15 anos, conforme Projeções Populacionais por faixas etárias para o ano de 2020, segundo distrito x 10)
- Educação*: Proporção (%) de matrículas no Ensino Básico em escolas públicas e conveniadas em relação ao total de matrículas, por distrito: 100 (Fórmula: Número de matrículas no Ensino Básico em escolas públicas e conveniadas ÷ Número total de matrículas no Ensino Básico x 100)

A UBS, de modelo misto, conta com cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe de modelo tradicional que agrega as especialidades médicas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Além dessas equipes, há duas equipes de saúde bucal, uma equipe do Programa de Acompanhante de Idoso (PAI) e uma Equipe Multiprofissional de Atenção Básica (EMAB), recentemente instituída, com as categorias profissionais Serviço Social, Educador Físico, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutricionista e Psicologia. A UBS é gerida por meio de uma Organização Social de Saúde (OSS) implementando processos de gestão do trabalho por meio de indicadores quantitativos de produção individual e coletiva. Os contratos de trabalhos são distintos: celetistas 40h, 30h e 20h, e pessoa jurídica 30h e 20h para casos da categoria médica. Há dificuldade de fixação de trabalhadores de categorias profissionais de ensino superior, caracterizando alta rotatividade profissional que se associa a uma quantidade expressiva de afastamentos por licença médica por causas osteomusculares e de adoecimento psíquico. No que se refere à participação social, há o conselho gestor de saúde com representação de todos os segmentos, mas com baixa atuação.

Na região da Supervisão Técnica de Saúde em que se insere a UBS, há outros equipamentos de saúde e serviços: 16 UBS, quatro UBS-AMA (Atendimento Médico Ambulatorial) Integrada, um Centro Especializado de Odontologia (CEO), um Hospital Dia, dois Centros Especializados de Reabilitação (CER), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/Centro de Referência (CR)/DST/Aids, duas equipes de Consultório na Rua e quatro Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD).

*Dados retirados do Mapa da Desigualdade 2023. Fonte: Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade. São Paulo, 2023. Disponível em <https://institutocidadessustentaveis.shinyapps.io/mapadesigualdadesaopaulo/>.



Questão 01

Estabeleça um diagnóstico situacional do território da UBS, explicitando a relação deste com os pressupostos da determinação social do processo saúde-doença.

Questão 02

Correlacione o contexto de micropolítico do trabalho na referida UBS, articulando-o ao contexto macropolítico do Sistema Único de Saúde e às metas propostas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.



Questão 03

Construa um plano de intervenções para o enfrentamento da realidade local, considerando ações voltadas para o cuidado em saúde e para a gestão do cuidado.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

