

## Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

*Linha de pesquisa: Abordagens sociológicas do processo saúde-doença*

**Questão 3: A partir do texto de MORGAN & ROBERTS (2012) “Reproductive governance in Latin America”, discorra sobre a centralidade dos dispositivos estatais que incidem na reprodução e como eles mobilizam as dimensões interseccionais de classe, gênero, raça, geração, nacionalidade, entre outras que atravessam corpos que gestam.**

**Gabarito:**

Em síntese, as respostas precisam abordar a concepção de governança reprodutiva, segundo proposta das autoras no texto referido (Morgan; Roberts, 2012, p.243), ou seja, as implicações macrosocietárias e microsocietárias que articulam iniciativas públicas, privadas, filantrópicas (sejam normas jurídicas, legislativas, da gestão pública no executivo de burocracias estatais, no âmbito do mercado de biotecnologias, entre outros) em contextos internacionais e locais, para fomentar a gestão biopolítica de corpos que reproduzem, desde o controle da fecundidade (quem pode parir...) até o cuidado e administração das maternidades possíveis (quem pode exercer o direito de ser mãe...), sempre em diálogo com os marcadores sociais da diferença que atravessam as condições sociais de existências destes grupos (classe social, raça/etnia, gênero, geração, nacionalidade, etc). Tais mecanismos instituem "regimes morais" e racionalidades políticas que regulam a reprodução, principalmente em contextos de precariedade social, tal como encontramos nos países da América Latina.

No contexto brasileiro, será possível abordar a centralidade dos dispositivos estatais que incidem na reprodução de diferentes modos, a exemplo, de implementação de políticas de planejamento reprodutivo que dificultam o acesso a métodos como o DIU de cobre, a laqueadura ou a contracepção de emergência no SUS, em detrimento de incentivos a métodos de longa duração hormonais (LARC), em aliança com o marketing farmacêutico e médico, principalmente para controle da fecundidade de mulheres pobres e negras, adolescentes, em situação de rua, etc.; implementação de políticas que dificultam o acesso ao aborto legal; tensões no âmbito jurídico e político para aprovar a descriminalização do aborto; escassez de políticas de cuidado à infância (ausência de creches públicas para as mães pobres; perda da guarda dos filhos por mães que não se enquadram nos pré-requisitos para uma maternidade socialmente aprovada, tal como usuárias de substâncias, em situação de rua, adolescentes em regimes de abrigamento, etc); entre outros. Em suma, essas ações adotam um viés aparentemente humanitário, privilegiando-se um discurso neoliberal do direito à escolha pelas mulheres (no caso da contracepção, por exemplo) ou da defesa da infância, da melhoria do bem-estar social, mas não amparado em políticas públicas estruturais e de proteção social para combate à pobreza e à desigualdade social, racial e de gênero. Assim, mecanismos por vezes coercitivos e autoritários são implementados sob o argumento da defesa dos direitos humanos e do desenvolvimento social de países pobres.

população-alvo do estudo. Deve ressaltar a importância de se estabelecer parcerias com instituições que tenham o registro de populações rurais como a EMATER, a Estratégia de Saúde da Família, e Prefeituras. Quais as estratégias de aleatorização e estratificação da amostra? A QUESTÃO DOS AGROTÓXICOS: O candidato(a) deverá discorrer sobre as estratégias de se obter informação sobre a exposição a agrotóxicos que melhor represente a exposição de fato ("real"). Vantagens e desvantagens de se utilizar questionários e biomarcadores para tal. AMOSTRAS BIOLÓGICAS: O candidato(a) deverá discorrer sobre os desafios de se obter amostras biológicas, como sangue e urina, em estudos de populações rurais. Seria importante mencionar a coleta de amostras em função da sazonalidade do uso de agrotóxicos.

### **Área de Políticas, Economia e Gestão em Saúde**

*Linha de pesquisa: Epidemiologia e Políticas Públicas*

**Questão 8: Considerando as referências de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) e Bahia (2018) responda as perguntas a seguir: (2,0 pontos para cada subitem)**

- a) Em que consistem modelos assistenciais e como estes se apresentam no Sistema Único de Saúde?
- b) Passadas três décadas de implantação do Sistema Único de Saúde e duas décadas da proposição de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) de um modelo de atenção com base na vigilância da saúde, a proposta se mantém atual? Justifique.
- c) Qual a relação entre planejamento e vigilância da saúde? De que forma os métodos e técnicas de planejamento e programação se aplicam na implementação da vigilância da saúde?
- d) Considerando a configuração atual do SUS, quais os avanços e quais os impedimentos para a efetivação da concepção ampliada da vigilância da saúde?
- e) Considerando os 30 anos do Sistema Único de Saúde, quais foram os maiores avanços e quais são os principais desafios?

**Gabarito:**

- a. Modelos assistenciais: "formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O texto menciona os modelos médico assistencial privatista (atenção individual, curativista, hospitalocêntrico), modelo assistencial sanitário (campanhista, verticalizado, preventivista), modelos alternativos voltados para a qualidade de vida entre os quais o modelo fundamentado na vigilância da saúde (análise da situação de saúde, intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.
- b. Sim, mencionar a expansão da atenção primária à saúde por meio da estratégia de saúde da família e segmentação da vigilância, importância da vigilância como uma ação transversal em todos os níveis do sistema e a vigilância da saúde como base da estratégia de saúde da família.

*“A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo ‘vigilância à saúde’, definindo-se que esta ‘trabalha com conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa’. (...) e, ‘em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e, portanto, a distribuição desigual de agravos à saúde. Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade’<sup>34</sup>.” (Teixeira, Paim, Villasbôas, 1998)*

- c. *“Planejar a partir da identificação, descrição e análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde implica a definição dos objetivos, metas, ações e atividades que serão realizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados na área, com o estabelecimento dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos. Do ponto de vista metodológico, o planejamento e programação situacional em saúde tem-se fundamentado na chamada trilogia matusiana o PES, o MAPP e o ZOOP,49,50 originando propostas de Planejamento e programação local PPLS orientadas para a operacionalização da Vigilância da Saúde.”*

*“Na perspectiva técnica da implementação da vigilância da saúde, a metodologia do planejamento e programação poderia ser aplicada em distintos momentos com a seguinte seqüência lógica: a) análise da situação de saúde; b) desenho de situação-objetivo; c) desenho das estratégias; d) programação, acompanhamento e avaliação.”*

Com relação aos dois últimos itens mencionar os aspectos apresentados no texto de Bahia (2018), em especial os desafios políticos e “feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos”.

*Linha de pesquisa: Economia e Política de Saúde*

**Questão 9 (5,0 pontos):** O texto de Wagstaffe VanDoorslaer (2000) inicia com uma constatação sobre a preocupação dos economistas com equidade no campo da saúde. Para os autores, alguns economistas chegam a sugerir que a equidade tem precedência sobre a eficiência e reconhecem variações de posicionamentos sobre o tema e distintos níveis de interesse. Consideram que nos EUA, o crescimento de estudos sobre saúde e equidade poderia ser atribuído a políticas do país para melhorar a equidade na saúde, a partir do governo Clinton (início da década de 1990).

Considerando os desdobramentos dos posicionamentos sobre equidade leia a notícia divulgada no jornal *The Guardian* (destacada **abaixo**) e responda:

- Como você relataria a situação divulgada utilizando os conceitos de equidade, igualdade e eficiência? (2,5 pontos)
- O texto sugere diferenciais de cobertura pós-pandemia relacionados a governadores republicanos? Considera que situação similar ocorreu no Brasil durante e após a pandemia? (2,5 pontos)

\*\*\*

Para os que tiverem dúvidas sobre conteúdos:

*KKF (Kaiser Family Foundation)* é a fonte independente de pesquisa, pesquisas e jornalismo sobre políticas de saúde. Nossa missão é servir como uma fonte apartidária de informações para os formuladores de políticas, a mídia, a comunidade política de saúde e o público.

Medicaid oferece cobertura de saúde a milhões de americanos, incluindo adultos elegíveis de baixa renda, crianças, mulheres grávidas, idosos e pessoas com deficiência. O Medicaid é administrado pelos estados, de acordo com as exigências federais. O programa é financiado conjuntamente pelos estados e pelo governo federal.

Partido Republicano possui um viés mais alinhado ao pensamento político conservador ou liberal conservador (*liberal conservative*, como é denominado em inglês). Há, por parte dos republicanos, um apreço pelos princípios conservadores, como a defesa da propriedade privada, do livre mercado e da livre concorrência

\*\*\*

## **The Guardian**

***At Least 2 Million Children Have Lost Medicaid Insurance This Year (09 Nov 2023).***

**Noah Weiland**

*Many of the children were eligible for federal aid, experts said, but errors have been common as states “unwind” assistance from earlier in the coronavirus pandemic.*

*At least two million low-income children have lost health insurance since the end of a federal policy that guaranteed coverage through Medicaid earlier in the Covid-19 pandemic, according to new analyses by researchers at the Georgetown Center for Children and Families and KFF, a health policy research organization.*

*The figures, which are likely a significant undercount, represent one of the fastest and most dramatic ruptures in the American safety net since Medicaid went into law in 1965, experts say. Many of the children were qualified for federal assistance but lost it because of bureaucratic mistakes, such as missing paperwork or errors by state officials.*

*It is not clear how many of these children have found new coverage in the more than seven months since the Medicaid rolls began shrinking, but at least one million are likely to still be uninsured, said Joan Alker, the executive director of the Georgetown center and a research professor at the university’s McCourt School of Public Policy.*

*The trend is accelerating: In the coming weeks, she said, new state numbers will probably show that three million children have lost coverage.*

*“This is an unprecedented situation,” Ms. Alker said. The unraveling, she added, “has the potential to increase the uninsured rate for children by the largest amount that we’ve seen in decades.”*

*Federal researchers forecast the crisis, estimating last year that more than five million children would eventually lose their health insurance through Medicaid or the federal Children’s Health Insurance Program as states tried to redetermine eligibility, a process health experts have called “unwinding.”*

*But the scale and speed of coverage losses among children has surprised even those who anticipated an upheaval. “This is not happening in a vacuum — states have the power to make choices,” said Senator Ron Wyden, Democrat of Oregon. “And they can either stand up for kids or they can basically walk away from them.”*

*In Lady Lake, Fla., about 50 miles northwest of Orlando, Christina Ragsdale’s children twice lost Medicaid insurance because of what she said were state enrollment errors. Her 13-year-old son, Aaron, went without his A.D.H.D. medication at school until a family member covered the out-of-pocket costs, which ran over \$1,000 for a monthlong supply, she said.*

(...)

*Some Republican governors have defended the unwinding, arguing that Medicaid programs are reverting to their intended shape and scope after enrollments soared earlier in the pandemic.*

*Over 70 percent of Americans who have lost Medicaid since April did so for procedural reasons, according to KFF. Through official letters and public and private coaxing, the Biden administration has implored state officials to follow federal guidelines and help Medicaid recipients through the process of establishing their eligibility.*

Gabarito/Expectativa de Resposta:

a) Como você relataria a situação divulgada utilizando os conceitos de equidade, igualdade e eficiência? (2,5 pontos)

I. Iniquidade em relação as crianças excluídas

II. Uma política para os mais pobres não é igualitária e mostra-se permeável ao ziguezague de coberturas/Instabilidade nas coberturas

III. A notícia não admite inferência em relação a eficiência, mas sugere que a equidade tem precedência sobre a eficiência.

**b) O texto sugere diferenciais de cobertura pós-pandemia relacionados a governadores republicanos? Considera que situação similar ocorreu no Brasil durante e após a pandemia? (2,5 pontos)**

A resposta admite sim e não

I. Sim, governos brasileiros (federal, estadual e municipal) foram mais ou menos sensíveis as recomendações de isolamento social e sim governos são mais ou menos sensíveis às prioridades da saúde.

II. Não, no Brasil tem SUS, Comissões Intergestoras etc. A influência de partidos políticos é menor “filtrada”.

III. Não, no Brasil não existe essa polarização partidária

Por exemplo política de segurança e política de saúde (prioridade para qual?)

**Questão 10 (5,0 Pontos):** Tendo como referência o texto de Jose Paulo Netto (Crise do capital e consequências societárias, 2012), **apresente e discuta as consequências da crise sistêmica do capital sobre o Estado e as políticas sociais. Dê exemplos relacionados às políticas de saúde.**

Gabarito: Espera-se que o/a candidato/a apresente o conceito de crise sistêmica do capital e suas principais expressões fenomênicas: crises financeiras, crescimento econômico medíocre, globalização– 1,5 pontos (2 pontos com exemplos). O/a candidato/a pode apresentar outras interpretações da crise sistêmica de forma qualificada, citando as referências

I) Espera-se que o/a candidato/a apresente e discuta as seguintes consequências:

a) Diminuição da ação reguladora do Estado – segundo Netto: “especialmente o encolhimento de suas “funções legitimadoras” (O’Connor): quando o grande capital rompe o “pacto”; que suportava o *Welfare State*, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais” – 2 pontos (3 pontos com exemplos).

II) Privatização, estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital, expansão do capital para todas as áreas produtivas -1 ponto (2 pontos com exemplos).

III) “Transferência, para a sociedade civil, a título de “iniciativa autônoma”, de responsabilidades antes alocadas à ação estatal (aqui, a multiplicação assombrosa de ONGs é emblemática); a minimização das lutas democráticas dirigidas a afetar as instituições estatais.” 1 ponto (2 pontos com exemplos).

IR) “hipertrofia da dimensão/ação repressiva do Estado burguês conjuga-se outra dimensão, coesiva e legitimadora: o novo assistencialismo, a nova filantropia “. Política social enfrenta apenas a indignação. 1,5 pontos (2 pontos com exemplos).



## PROVA DE SELEÇÃO AO CURSO DE DOUTORADO (2024)

Edital nº 1216 de 29 de setembro de 2023 para Seleção ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Ano 2024, com a retificação publicada no Edital 1247 de 04 de outubro de 2023

Número de inscrição: \_\_\_\_\_

### FOLHA DE QUESTÕES

#### Área de Epidemiologia & Bioestatística

*Linha de pesquisa: Tendências e determinantes das doenças transmissíveis*

**Questão 1:** No texto “2020 Syndemic: Convergence of COVID-19, Gender-Based Violence, and Racism Pandemics”, os autores argumentam sobre a necessidade de utilizar a perspectiva sindêmica e interseccional para analisar a relação entre a epidemia de COVID-19, a violência de gênero e as iniquidades sociais e seus efeitos na saúde mental de mulheres.

**A partir da conceituação de sindemia e interseccionalidade apresentada no texto, discorra como tais conceitos podem contribuir para o estudo epidemiológico de doenças transmissíveis e de seu controle. Traga determinantes sociais do agravo/condição que você pretende estudar durante o doutorado para exemplificar.**

**Gabarito:** O/a candidato/a poderá discorrer que o conceito de sindemia e de interseccionalidade contribuem para o entendimento de como a exposição ao risco de doenças transmissíveis e suas consequências adversas são amplificadas pela co-ocorrência e interação de condições mórbidas pré-existentes com as desigualdades nos determinantes sociais das doenças, como pobreza, desemprego, violência estrutural, insegurança alimentar, ausência de redes sociais de proteção, discriminação e injustiças sociais baseadas na intersecção de marcadores sociais de raça/cor, gênero, classe, idade, etc. As desigualdades sociais tendem a aumentar o risco de exposição conjunta a agravos e doenças, devido a maior suscetibilidade e vulnerabilidade de segmentos socioeconomicamente desprovidos e desassistidos. As desigualdades baseadas nas identidades, posições e processos sociais demarcados pela raça/cor, gênero, classe, idade, orientação sexual, entre outras, se intersectam para dificultar ou restringir o acesso a informações e bens e serviços em promoção, educação e atenção em saúde entre indivíduos excluídos socialmente ou em situação de vulnerabilidade social. Inúmeras situações e



condições objetivas e subjetivas de existência, como as condições inadequadas de moradia, condições precárias ou inseguras de trabalho, baixa escolarização, situação de migração ou deslocamento forçado, estigma e discriminação sofrida baseada nas condições materiais, identidades e posições sociais dos indivíduos, impactam a saúde física, psíquica e os meios objetivos de obtenção de cuidados em saúde. Historicamente, formas de opressão sistêmicas tornam os indivíduos vulneráveis e em risco de co-exposição a agentes e condições mórbidas.

O/a candidato/a poderá, ainda, discorrer que a epidemiologia se beneficia ao incorporar um olhar sindêmico e interseccional no estudo dos determinantes e efeitos diretos e indiretos de doenças transmissíveis para a saúde dos indivíduos, identificando grupos e contextos de maior vulnerabilidade e de como são moldados pela presença de marcadores sociais da diferença, como idade, raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, etc, e de suas formas de expressão e vivência na sociedade. Estes, por sua vez, se intersectam na experiência subjetiva e concreta resultando em riscos e modos de adoecimento diferenciados para os respectivos segmentos populacionais, bem como no acesso diferenciado a bens e serviços sociais e em saúde e de sua consideração na proposição e implementação de políticas e medidas sociais de contenção, mitigação e prevenção de agravos à saúde. Uma epidemiologia comprometida em integrar um olhar sindêmico permite entender a interação entre doenças transmissíveis e os contextos de vida das coletividades, reconhecendo que o controle e prevenção dessas doenças devem abranger ações voltadas não apenas aos indivíduos, mas, principalmente, aos contextos sociais, estruturais, econômicos e políticos, como intervenções de mitigação da pobreza, de geração de empregos, de melhoria das moradias e da infra-estrutura sanitária urbana, de mobilização de redes de solidariedade e proteção, políticas de segurança alimentar, de transferência e redistribuição de renda, de ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde, etc.

Os estudos epidemiológicos podem identificar e descrever os caminhos ou mecanismos de interação das condições sociais e estados mórbidos em populações socialmente oprimidas. Estudos que considerem a análise interseccional de marcadores sociais, ou seja, que incluam teórica e metodologicamente em suas análises como raça/cor, etnia, gênero, identidade sexual, entre outros, interagem para explicar a exposição diferenciada a riscos de infecção, mortalidade, bem como ao acesso diferenciado a serviços e intervenções em saúde, e que investiguem modelos explicativos para esses fenômenos sindêmicos. Incorporem uma análise da distribuição e carga da doença de acordo com as posições (de privilégio e de opressão/marginalização) e experiências sociais de grupo de indivíduos, considerando tanto aspectos de diferença social e identidade interseccionadas (cor/raça, etnia, classe, orientação sexual, identidade de gênero, idade, condições atípicas, status migração, religião) quanto formas de opressão sistêmica (racismo, classismo, sexismo, homofobia/transfobia, etarismo, etc) em análises conduzidas no nível individual, bem como no nível de grupo ou multi-nível. Importância dos estudos epidemiológicos que incorporem tais perspectivas ao identificarem segmentos socialmente mais vulneráveis para implementar ações de prevenção, controle e assistência durante a (re)emergências de doenças transmissíveis que considerem os determinantes sociais em saúde, assegurando



que segmentos mais vulneráveis tenham acesso a formas de prevenção, proteção, recursos e assistência em saúde efetivos e livres de estigma e discriminação.

O/a candidato/a deverá trazer em sua argumentação determinantes sociais do agravo/condição que ele/a pretende estudar durante o doutorado para exemplificar.

*Linha de pesquisa: Ciência de Dados em Saúde Pública*

**Questão 2: Bases de dados administrativas isoladas, integradas ou vinculadas (*record linkage*) vêm sendo crescentemente empregadas na pesquisa e avaliação em saúde. A despeito das vantagens do uso dessas fontes de dados, Christen & Schnell (2023) no texto “Thirty-three myths and misconceptions about population data: from data capture and processing to linkage” apontam várias concepções equivocadas sobre características dessas fontes de dados que podem levar a resultados enviesados e não adequados à orientação de políticas públicas.**

**Descreva cinco aspectos apontados por esses autores relacionados às bases de dados administrativas (captura dos dados) que devem ser considerados quando do uso dessas fontes de dados para avaliação e pesquisa.**

**Gabarito:** O candidato deve responder cinco entre os aspectos listados abaixo.

(1) Cobertura populacional — deve ser identificada a população coberta pela base de dados. Mesmo para bases com cobertura teórica de 100% (ex. Censo populacional) deve-se avaliar se algum fator está operando fazendo que parte da população não esteja representada (ex. População sem domicílio fixo)

(2) Completude das variáveis — as variáveis devem estar preenchidas para todos os registros. Variação da completude, segundo período, local e características individuais devem ser avaliadas.

(3) A base de dados deve incluir apenas os indivíduos que atendam aos critérios de seleção. Por exemplo, pessoas falecidas antes do período de interesse devem ser excluídas.

(4) Não duplicidade de registros — em bases nas quais se espera uma única ocorrência de registro para cada indivíduo (ex: óbito) não deve se esperar mais de um registro por pessoa. Nas bases que admitem múltiplos registros (ex: hospitalizações) indivíduos com número de registros muito acima do esperado, devem ser avaliados.

(5) A base deve incluir apenas ocorrências reais — a base deve conter apenas registros válidos. Registros relativos a teste do sistema e fraudes potenciais devem ser identificados e retirados da base.

(6) As informações registradas devem ser verdadeiras, devendo a acurácia ser avaliada, buscando identificar se essa varia segundo características dos indivíduos, lugar e tempo.

(7) Para vinculação das bases (*record linkage*) deve-se considerar que nomes podem estar registrados com diferentes formas de grafia e que algumas características podem variar no tempo (ex. idade)

(8) Em estudos longitudinais deve se verificar mudança nos sistemas de codificação de campos ao longo do tempo (por exemplo, versões da Classificação Internacional de Doenças)

## Área de Saúde, Ambiente e Trabalho

*Linha de pesquisa: Dinâmicas no mundo do trabalho e Saúde do Trabalhador*

**Questão 4: Quais contradições poderiam ser citadas entre o discurso "trabalho-risco/trabalho-controle" e a perspectiva "Trabalho subjetividade/Saúde-Integralidade" para os encaminhamentos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador?**

Gabarito: Primeiramente, ainda há um forte predomínio da racionalidade da Saúde Ocupacional, na medida em que observamos o forte discurso do trabalho-risco e saúde-controle, já que encontramos na atualidade as estratégias de cuidado em saúde no campo do trabalho pautadas, em sua grande maioria, em dados epidemiológicos e prevenção de acidentes e doenças. Contudo, frente a esse predomínio, também encontramos as linhas de fuga do campo da Saúde do Trabalhador, a partir dos embates propostos nas CNST, apesar de, por vezes, terem se tornado fugazes nas discussões mais atuais. Ainda assim, elas somam forças ligadas aos mecanismos de resistência ao biopoder, que se encontram exatamente nas desarticulações entre as diferentes áreas do governo, como a divergência entre a PNSST do Ministério da Saúde e a PNSST do Ministério do Trabalho e Emprego. Nesse sentido, apesar das diferenças, são elas que irão construir novos rumos para a saúde do trabalhador no Brasil.

Observamos que, ao longo da construção da Política, há uma disputa de racionalidades entre os discursos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, que são visualizadas, inclusive, nas infindas terminologias dedicadas à Política - PNST, PNSST 1, PNSST 2. Mesmo assim, nas análises das estratégias de cuidado, observamos a predominância da lógica: trabalho-risco/saúde-controle, sob um viés epidemiológico. As estratégias, em sua maioria, são focadas em aspectos legais, financeiros e patológicos.

Desse modo, ao pensarmos na proposta de articular o campo da integralidade com a Saúde do Trabalhador, encontramos a construção de discursos que nos fizeram formular a perspectiva de trabalho-subjetividade/saúde-integralidade, mas também trabalho-risco/saúde-controle, uma vez que isso atravessa paradigmas de saúde. Assim, vigora a concepção de essencialidade do trabalho como parte da natureza humana, confluindo em processos de subjetivação pautados pelo olhar de que o trabalho é base do processo social e moral, e que ele é meio de adoecimento e sofrimento, e não de potência de vida.

Nesse sentido, o processo de saúde no contexto laboral encontra-se pautado em estratégias biopolíticas de transformar a atividade laboral em risco que deve ser vigiado e medicalizado. Não significa afirmar que não há uma importância em se preocupar com o campo dos acidentes e adoecimentos nos contextos de trabalhos, considerando a

relevância da prevenção. Porém, a problemática está em nos resumirmos a tal contexto e desconsiderar os processos de subjetivação do trabalhador envolvido, seu modo de andar, sua estética de existência. Com isso, visualizamos um binário que se formou na carência de atenção básica em ST: por uma vertente, temos a luta dos sindicatos pela aquisição de planos de saúde privada e monetarização dos riscos, e por outra vertente temos uma política pública de saúde do trabalhador ligada apenas ao âmbito da fiscalização e punição, vinculada à Vigilância em Saúde.

É fundamental analisar as conquistas da emergência da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e seus efeitos, suas racionalidades e lacunas, o quanto foi implementada e quais os paradoxos que apresenta. Os modos de produção e gestão da subjetividade e da saúde do trabalhador abrem um relevante campo de estudos a explorar e a pensar em termos do que se busca e se constitui como cuidado da saúde do trabalhador.

Com isso, a articulação entre saúde do trabalhador e a gestão do cuidado em saúde nos traz a possibilidade de trazer à tona a necessidade de participação dos trabalhadores em geral, não restrita somente ao campo sindical ou das lutas trabalhistas em nível jurídico, mas principalmente na compreensão de que os mesmos lutem pelo direito à saúde, na integralidade da atenção nos serviços do SUS. Deve-se buscar pela integralidade como direito de todos.

A criação de linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador em Unidades Básicas de Saúde ou mesmo a criação de Unidade de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador nos permite inserir esse tema cada vez mais no campo da saúde pública no Brasil e diminuir a dispersão dos milhares de casos de sofrimento dos trabalhadores que ficam no nível do não dito, do oculto.

*Linha de pesquisa: Qualidade de vida e saúde mental sob a perspectiva da Análise de Redes Sociais*

**Questão 5: Com base nas premissas propostas sobre o Florescimento Humano e a Teoria de Análise de Redes Sociais, discorra sobre a relação destas abordagens com o ambiente e a qualidade de vida.**

Gabarito: Importante: como se trata de uma questão para verificar a capacidade de correlacionar os temas dos artigos e a saúde pública (SC), visando a construção de uma temática interdisciplinar (de minhas pesquisas), não há trechos específicos nos artigos, definidos como corretos. Entretanto, listei alguns trechos e parágrafos que, por resumirem a ideia, lhes ajudará nessa tarefa de corrigir temas que não lhe são afins. Mantive-os em inglês para facilitar a identificação dentro dos respectivos artigos (ARS e Florescimento).

Quanto às premissas básicas:

Premissa básica do Florescimento Humano

*(2) Purpose in life, a central component of human flourishing that addresses the extent to which individuals perceive their lives as having goals and meaning, is potentially one such protective factor*

*(8) At the highest level, there may be a sense of calling, vocation, or mission, which itself will often generate, organize, and prioritize various purposes. While there have been some (though relatively few) rigorous empirical studies of purpose, there has been almost no study of a sense of mission, the highest level of the hierarchy, either as an exposure or as an outcome*

### **Premissas resumidas da ARS**

*Network analysis, then, is the field that concerns itself with relational data and research questions. More specifically, the network paradigm has four important features (51): 1. Network analysis is a structural approach that focuses in part on patterns of linkages between actors; 2. it is grounded in empirical data; 3. it makes frequent use of mathematical and computational models; and 4. it is highly graphical.*

### **Para a discorrer sobre a relação com o ambiente e a qualidade de vida**

#### **Florescimento humano e Senso de missão evidenciando a relação/aplicação/importância para o campo da prevenção na SP/SC.**

*Sense of mission was positively associated with all psychological well-being outcomes, use of preventive health care, and several volunteering outcomes in a monotonic pattern. Moreover, the top (versus the bottom) level of mission was possibly associated with fewer depressive symptoms, although the association did not reach the  $P < 0.05$  level after accounting for multiple testing. There was little association, however, between mission and other behavioral or physical health outcomes (Table 2). We also examined sense of mission in relation to cessation of binge eating, smoking, binge drinking, and drug use, and all of the associations were close to null (Web Table 5). When the primary sets of models were reanalyzed without adjustment for religious service attendance, results were similar but the magnitude of associations was somewhat larger (Web Appendix 2, Web Table 6). Further, the stratified analyses suggested that the strength of the associations between mission and almost all psychological wellbeing outcomes, depressive symptoms, and some behavioral and volunteering outcomes increased with frequency of religious service attendance (Web Appendix 2, Web Table 7).*

### **Análise de Redes Sociais**

*Finally, network description can focus on the overall structure of the network. Network-level statistics provide insight into how connected a network is or how flat or hierarchical the relationship structure is. Analyses of public health systems often report network-level results because they are typically examining collaboration in a group of agencies (84, 115).*

*Analysis of transmission networks represents a common use of network analysis in public health. Transmission networks are social systems that structure the flow of some tangible element. Here the emphasis is on what flows between actors in a network. There are two*

*major types of transmission networks studied in public health: disease transmission networks and information transmission networks.*

*Public health has long recognized the importance of relational characteristics in understanding disease and health. The role of close physical contact in communicable disease outbreaks and the influence of peers on adolescent smoking and substance use are two notable examples. However, although public health has often adopted an ecological framework that recognized the importance of relational information, only relatively recently have scholars utilized a more explicit network analytic approach. Our review suggests that the use of network analysis in public health falls into three broad categories: transmission networks, social networks, and organizational networks (see Figure 5). This organization is not based on particular network analytic methods or theory per se; rather, it reflects how public health researchers have utilized network analytic tools to address public health problems.*

*Information transmission networks. In public health, like other fields, social networks facilitate the dissemination of information. A central goal of health communication and health education is to devise efficient and effective ways to translate and disseminate health information to practitioners, communities and consumers, which could reduce disease risk and promote health. These fields are making greater use of network analytic methods to shape how health information is transmitted through and to health consumers.*

*Linha de pesquisa: Saúde materno-infantil e poluentes ambientais*

**Questão 6: Elabore uma proposta preliminar de um projeto com o objetivo de investigar a exposição materno-infantil a poluentes ambientais, destacando os seguintes pontos: 1) população de estudo – faixa etária e os motivos para escolha da mesma; 2) desenho metodológico – motivos para escolha do mesmo; 3) definição dos poluentes a serem investigados – motivos para escolha dos mesmos; 4) medidas de avaliação da exposição; 5) definição dos desfechos primários a serem estudados.**

**Gabarito:** o candidato deve responder aos cinco itens, cada um valendo 2 pontos, no total de 10 pontos que vale a questão.

**Respostas:**

- 1) Criança, adultos, gestantes, etc
- 2) Coorte, caso-controle, etc
- 3) Metais, agrotóxicos, plastificantes, etc; sua relação com o desfecho que quer investigar.
- 4) Análise das concentrações destes poluentes nas matrizes biológicas; ou questionário investigando possíveis fontes de exposição.
- 5) Peso, audição, crescimento, diabetes, etc.

*Linha de pesquisa: Impacto da exposição a substâncias químicas, em especial agrotóxicos e desreguladores endócrinos, sobre a saúde humana*

**Questão 7: O artigo intitulado "Exposure to pesticides and the associated human health effects" descreve o estado da arte sobre os agrotóxicos e seus impactos sobre a saúde humana. Com base no referido artigo: 1. Defina agrotóxicos e detalhe seus diferentes critérios de classificação; 2. Discorra sobre 2 dos efeitos à saúde abordados no artigo.**

Gabarito: RESPOSTA: 1. Agrotóxicos são substâncias químicas utilizadas para o controle de organismos vivos que o homem entende que representam risco à produção agrícola e à saúde pública. 2. CÂNCER: A associação entre agrotóxicos e câncer já foi reportada por muitos estudos. Entre os cânceres citados na literatura como associados a exposição a agrotóxicos, podemos citar: bexiga, meningioma e outros tumores cerebrais, mama, tireóide, ovário, e tumores hematológicos. ASMA: Vários estudos clínicos e epidemiológicos relataram uma associação entre a exposição a agrotóxicos e sintomas de hiperreatividade brônquica e asma. A exposição a pesticidas pode contribuir para a exacerbação da asma por irritação, inflamação, imunossupressão ou perturbação endócrina. DIABETES: Evidências científicas emergentes sugerem que o diabetes deve ser afetado pela exposição a poluentes ambientais. Suspeita-se que a exposição a pesticidas, particularmente organoclorados e metabolitos, confere um risco mais elevado de desenvolvimento de diabetes tipo 2 e suas comorbidades (Azandjeme et al., 2013). Uma revisão sistemática da literatura indicou uma associação positiva entre diabetes e concentrações séricas de vários poluentes (como dibenzodioxinas e dibenzofuranos policlorados (PCDD/Fs), PCBs e vários pesticidas organoclorados (DDT, DDE, oxilordano, trans-nonacloro, hexaclorobenzeno, e hexaclorociclohexano)) (Jaacks e Staimez, 2015). No entanto, houve limitações substanciais dos conjuntos de dados, uma vez que a maioria dos estudos eram transversais. Apenas alguns estudos abordaram o viés de seleção e o efeito de variáveis de confundimento. A maioria das estimativas apresentaram intervalos de confiança excepcionalmente amplos. DOENÇA DE PARKINSON (DP): Estudos epidemiológicos sugerem que a exposição ocupacional a pesticidas pode aumentar o risco de doença de Parkinson (DP). Os principais agrotóxicos suspeitos de aumentar o risco de desenvolvimento de DP são paraquat, maneb, mancozeb, rotenona, e inseticidas organofosforados. EFEITOS COGNITIVOS: Apesar das evidências experimentais crescentes que ligam a exposição a agrotóxicos a doenças neurológicas, dados epidemiológicos sobre os efeitos neurocomportamentais da exposição crônica a pesticidas são limitados. Suspeita-se que a exposição a agrotóxicos produza efeitos adversos sobre o quociente de inteligência, memória de trabalho e raciocínio perceptual. Especialmente os inseticidas organoclorados (p,p'-DDE, trans-nonachlor, and hexachlorobenzene). B. Discorra livremente sobre o artigo "Estudos epidemiológicos ocupacionais em área rural: desafios metodológicos". Inclua necessariamente em sua resposta os seguintes aspectos do artigo: Seleção da amostra; A questão dos agrotóxicos; Amostras biológicas. SELEÇÃO DA AMOSTRA: O candidato(a) deve relatar os desafios de se obter uma amostra representativa da

população-alvo do estudo. Deve ressaltar a importância de se estabelecer parcerias com instituições que tenham o registro de populações rurais como a EMATER, a Estratégia de Saúde da Família, e Prefeituras. Quais as estratégias de aleatorização e estratificação da amostra? A QUESTÃO DOS AGROTÓXICOS: O candidato(a) deverá discorrer sobre as estratégias de se obter informação sobre a exposição a agrotóxicos que melhor represente a exposição de fato ("real"). Vantagens e desvantagens de se utilizar questionários e biomarcadores para tal. AMOSTRAS BIOLÓGICAS: O candidato(a) deverá discorrer sobre os desafios de se obter amostras biológicas, como sangue e urina, em estudos de populações rurais. Seria importante mencionar a coleta de amostras em função da sazonalidade do uso de agrotóxicos.

### **Área de Políticas, Economia e Gestão em Saúde**

*Linha de pesquisa: Epidemiologia e Políticas Públicas*

**Questão 8: Considerando as referências de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) e Bahia (2018) responda as perguntas a seguir: (2,0 pontos para cada subitem)**

- a) Em que consistem modelos assistenciais e como estes se apresentam no Sistema Único de Saúde?
- b) Passadas três décadas de implantação do Sistema Único de Saúde e duas décadas da proposição de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) de um modelo de atenção com base na vigilância da saúde, a proposta se mantém atual? Justifique.
- c) Qual a relação entre planejamento e vigilância da saúde? De que forma os métodos e técnicas de planejamento e programação se aplicam na implementação da vigilância da saúde?
- d) Considerando a configuração atual do SUS, quais os avanços e quais os impedimentos para a efetivação da concepção ampliada da vigilância da saúde?
- e) Considerando os 30 anos do Sistema Único de Saúde, quais foram os maiores avanços e quais são os principais desafios?

**Gabarito:**

- a. Modelos assistenciais: "formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O texto menciona os modelos médico assistencial privatista (atenção individual, curativista, hospitalocêntrico), modelo assistencial sanitário (campanhista, verticalizado, preventivista), modelos alternativos voltados para a qualidade de vida entre os quais o modelo fundamentado na vigilância da saúde (análise da situação de saúde, intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.
- b. Sim, mencionar a expansão da atenção primária à saúde por meio da estratégia de saúde da família e segmentação da vigilância, importância da vigilância como uma ação transversal em todos os níveis do sistema e a vigilância da saúde como base da estratégia de saúde da família.