

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PROCESSO DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NO CURSO DE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - Turma 2023**

**1) Questão para todas as áreas:**

(Leitura: Paim, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93p. (E-Book Interativo disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>.)

Leia a notícia a seguir:

**Maior rede de diálise do país ameaça suspender atendimento pelo SUS Setor privado supre 90% da demanda pública e enfrenta crise com fechamento e endividamento de clínicas.**

**Cláudia Colucci. Folha de S. Paulo. 5 de agosto de 2022**  
(<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/08/maior-rede-de-dialise-do-pais-ameaca-sus-pender-atendimento-pelo-sus.shtml>)

Em carta encaminhada na noite desta quinta (4) ao Ministério da Saúde, a maior rede de clínicas de diálise do país, a DaVita, pede uma reunião de emergência com o ministro Marcelo Queiroga e informa que o atendimento a 14 mil pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) está sob risco de ser interrompido.

O alerta da rede, que tem 91 clínicas e um centro de acesso vascular e atende a 350 hospitais no país, reflete uma grave crise que atinge uma área fundamental para o doente renal crônico. Na diálise, uma máquina filtra e limpa o sangue do paciente, fazendo parte do trabalho que o rim doente não pode fazer.

Cerca de 90% das clínicas de diálise que atendem ao SUS são privadas e recebem repasses do governo federal. Elas relatam que já vinham lidando nos últimos anos com valores defasados dos procedimentos, mas que nos últimos 2/7 meses, com a alta do dólar, o aumento do preço dos insumos e a inflação, o cenário foi ainda mais agravado.

A "pá de cal", nas palavras do nefrologista Yussif Ali Mere Júnior, presidente da ABCDT (Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante), veio nesta quinta, com a sanção do piso salarial da enfermagem, pelo presidente Jair Bolsonaro.

O projeto de lei foi aprovado pela Câmara dos Deputados em julho e fixa o salário base de enfermeiros no valor de R\$ 4.750. Técnicos em enfermagem devem receber 70% desse valor, e auxiliares de enfermagem e parteiros, 50%.

Segundo a ABCDT, haverá aumento de despesas com a criação do piso e não está prevista nenhuma contrapartida nos repasses aos prestadores de serviços do SUS. Isso tem

provocado protestos de várias entidades patronais da saúde, além de prefeitos e governadores.

Atualmente, as clínicas de diálise que prestam serviços ao SUS recebem R\$ 218,47 por sessão, depois de um reajuste em dezembro do ano passado de 12,5% na tabela. Mas de acordo com cálculos da ABCDT, o custo do procedimento é de R\$ 303, ou seja, há uma defasagem de 39%.

Com o piso da enfermagem, o setor estima que haverá um impacto adicional de R\$ 68 por sessão de diálise e reivindica que o Ministério da Saúde compense esse aumento de custo. O país tem cerca de 800 clínicas que atendem cerca de 150 mil doentes renais crônicos.

"Por mais que seja uma demanda justa da enfermagem, esse projeto de lei inviabiliza a continuidade de todo atendimento aos pacientes do SUS se não houver uma contrapartida", afirma Bruno Haddad, presidente da DaVita Tratamento Renal. Segundo ele, o piso vai gerar uma alta nos custos de R\$ 120 milhões anuais à rede.

Na carta encaminhada à Queiroga, Haddad afirma que se não houver uma solução imediata para o equacionamento dos custos, a rede, que atende 15% dos doentes em diálise no país, não terá como seguir com o atendimento ao SUS.

"O cenário é caótico. O governo tem uma dificuldade de entender o risco que esses pacientes renais estão correndo. Eles não podem ficar uma semana sem diálise. Se ficarem, morrem. Se a gente parar, eles [governos] não têm onde colocar esses pacientes do setor público", diz Haddad.

Nos últimos anos, ao menos 40 clínicas que atendiam ao SUS fecharam e muitas enfrentam sérias dificuldades financeiras, segundo a ABCDT. "Todas estão devendo, estão vivendo de [empréstimos] consignados. O pior é o desinvestimento das clínicas. As máquinas estão ficando velhas, começa a colocar em risco o tratamento do paciente, que, afinal, é a vida dele", diz Ali Mere Júnior.

Ele dá um exemplo do impacto da alta dos preços em um dos insumos essenciais no setor, o soro fisiológico, um dos itens que também enfrenta crise de desabastecimento.

"Precisamos de 2,4 mil frascos de soro por mês. Antes da pandemia, cada frasco custava R\$ 4, agora tem fornecedor pedindo R\$ 26", diz a médica nefrologista Viviane Elizabeth de Oliveira. Com as luvas descartáveis ocorre situação semelhante. Antes da pandemia, Oliveira pagava R\$ 17 a caixa. Na pandemia, subiu para R\$ 90 e hoje está em torno de R\$ 40.

A crise do setor ocorre em um momento em que o número de pacientes em diálise crônica no Brasil mais que dobrou, passando de 65 mil para 144 mil, entre 2005 e 2021, segundo o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Nos últimos dois anos, governos do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul passaram a destinar recursos próprios para complementar os repasses federais e garantir a continuidade dos serviços de diálise aos pacientes do SUS.

Outros estados, como Paraná, Minas Gerais e Distrito Federal, estão avaliando medidas semelhantes. São Paulo, porém, já informou ao setor que não tem condições de fazer a complementação.

Em cidades menores, a situação é ainda mais dramática. Em março, a única clínica de diálise de Conselheiro Lafaiete (MG), com 92% de pacientes do SUS, pediu ajuda à população para não fechar.

"Chegamos ao nosso limite de endividamento, tomando empréstimos junto a bancos para honrar os compromissos, principalmente, com nossos funcionários. As contas fecham com débito crescente a cada mês, estamos caminhando para a total insolvência", disse a clínica Santo Antônio em comunicado.

A Clínica do Rim de Vitória de Santo Antão (PE), que atende 100% de pacientes do SUS, recorreu a empréstimos bancários para quitar dívidas, folha de pagamento e 13º salário. Os médicos plantonistas foram reduzidos pela metade e a clínica diminuiu o número de exames complementares de imagem dos pacientes.

A clínica Clinefran, em Franco da Rocha (SP), também buscou empréstimos bancários, reduziu valores dos ganhos médicos. Investimentos em reforma predial ou aquisição de equipamentos não são feitos há mais de seis anos.

**Considerando as reflexões e informações do livro “O Que É o SUS” de autoria de Jairnilson Paim, responda:**

**a) A maioria do atendimento a pacientes que requerem hemodiálise no Brasil é paga pelo SUS mas é realizada por estabelecimentos privados. Os contratos entre entes públicos e privados para a oferta de cuidados à saúde podem ser acompanhados de vantagens e desvantagens para o SUS. Aponte aspectos positivos e negativos e comente a situação específica da hemodiálise.**

**Gabarito: Diversas alternativas para enfocar problema:**

1. O SUS fica refém dos serviços privados para a prestação de um serviço que é estratégico. Sem hemodialise pacientes com insuficiência renal morrem.
2. Os preços são apresentados como iguais aos custos, sem nenhuma alternativa a não ser aumentar o valor da tabela, inclusive mudanças salariais em estabelecimentos privados são consideradas responsabilidade governamental.
3. Equipamentos e insumos são importados e o país não tem soberania, inclusive para promover inovações
4. o numero de pacientes cresce em parte por mudanças demograficas e em parte pelo nao cuidado ou cuidado inadequado aos casos de doenças renais
5. poderia se diminuir o numero de pacientes acelerando acesso ao transplante.

**b) Comente o trecho “(...) governos do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul passaram a destinar recursos próprios para complementar os repasses**

**federais e garantir a continuidade dos serviços de diálise aos pacientes do SUS” com base na organização federativa do SUS.**

**Gabarito: Diversas alternativas para enfocar o problema**

1. conseqüentemente haverá menos recursos para outras atividades
2. conseqüentemente as empresas estão se articulando com instituições políticas locais (executivo e possivelmente legislativo)
3. conseqüentemente no limite haverá estados com maior acesso, desigualdade o acesso à hemodialise

Camargo, Kenneth Rochel. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na internet. IN:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/QLLygMBwpMFngpHvttQJdyw/?lang=pt&format=pdf>

Rochel de Camargo, Kenneth Here we go again: the reemergence of anti-vaccine activism on the Internet. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 2 [Acessado 25 Outubro 2021], e00037620. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00037620>>. Epub 31 Ago 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037620>.

## QUESTÃO GERAL ÁREA CSHS:

Apresente as principais hipóteses em torno das causas dos movimentos antivacina e discuta a vinculação com a medicalização. Explícite as principais possibilidades de enfrentamento da recusa à vacina, por profissionais de saúde.

p. 2 – Principais hipóteses: 1. As vacinas são vítimas do próprio sucesso – exemplo erradicação da varíola; 2. Incompreensões sobre os riscos da vacina – são superestimados e de não vacinar, que são subestimados; 3. Resistência antivacina tem um componente antiestablishment – conexão com interesses econômicos da indústria farmacêutica – exemplo do que Peter Conrad nomeia de motores da medicalização.

p. 5 - Enfrentamento por profissionais de saúde: a) medidas legais para coagir as pessoas serem vacinadas; b) oferta de informações de fontes corretas para corrigir a desinformação da Internet. Lembrar de que não se trata de um debate puramente racional, pois as emoções constituem elemento fundamental neste cenário.

## Questão geral

Observe com atenção a tabela abaixo, apresentada no artigo de autoria de Szklo (2015) e, em seguida, responda as perguntas formuladas.

**Tabela 3 - Mortalidade por câncer de pulmão/100.000 pessoas-ano segundo hábito de fumar e exposição a asbesto, 1971-2005**

Tabagismo	Exposição a asbesto <sup>a</sup>	Risco relativo	Risco atribuível em expostos a asbesto/100.000 <sup>b</sup>
Nunca fumaram	Baixa	1,0	Referência
	Elevada	12,1	31,0
Fumantes atuais	Baixa	1,0	Referência
	Elevada	7,8	555,2

Fonte: Szklo, Moyses Epidemiologia translacional: algumas considerações. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2015, v. 24, n. 1 [Acessado 17 outubro 2022], pp. 161-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100018>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100018>.

a) Sabendo que a taxa de mortalidade por câncer de pulmão na categoria de referência formada pela exposição baixa ao asbesto nos fumantes foi de 81,3 óbitos por 100.000 pessoas-ano, calcule e interprete o significado da taxa de mortalidade por câncer de pulmão entre os fumantes com elevada exposição ao asbesto (apresente os seus cálculos).

b) Explique o significado da medida do risco relativo de mortalidade por câncer de pulmão associado à exposição elevada ao asbesto entre os fumantes.

## Gabarito

**a) Taxa de mortalidade entre fumantes com elevada exposição ao asbesto =  
Risco relativo x Taxa de mortalidade entre fumantes com baixa exposição ao asbesto =  
7,8 x 81,3 = 634,14 óbitos por 100.00 pessoas-ano.**

**Entre cada 100.000 fumantes com elevada exposição ao asbesto acompanhados por um ano ocorreram, em média, 634,14 óbitos por câncer de pulmão.**

**b) O risco de morte por câncer de pulmão entre fumantes com elevada exposição ao asbesto foi 7,8 vezes maior em relação ao risco observado entre os fumantes com baixa exposição ao asbesto.**

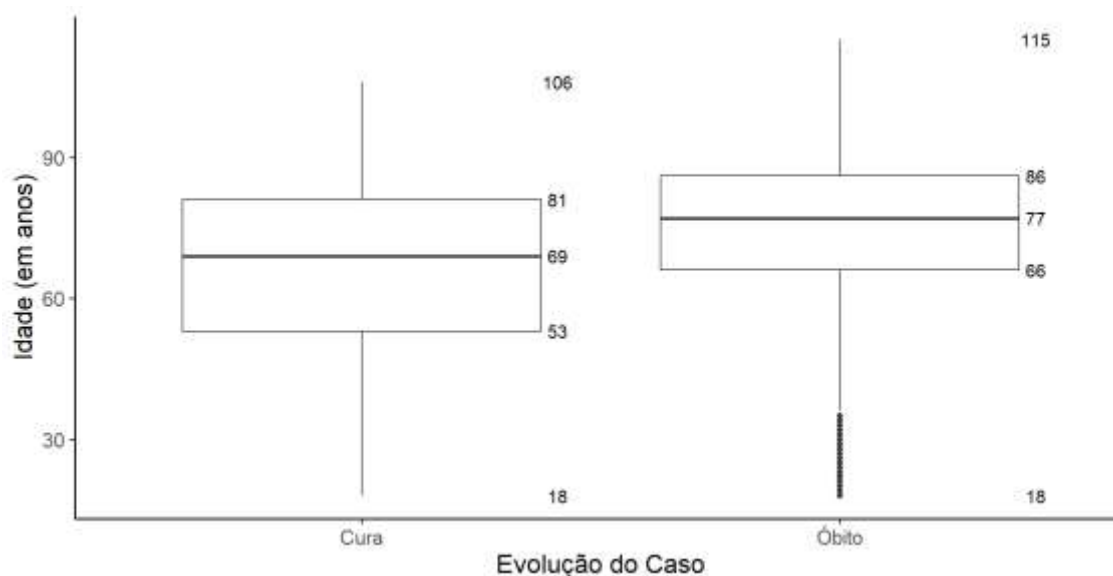


## Edital nº 594 - Mestrado 2023

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NO CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Área: Epidemiologia e Bioestatística

**Questão 1** Baseado na Figura 1, assinale como verdadeira (V) ou falsa (F) as sentenças a seguir e justifique as falsas.



Fonte dos dados: SIVEP-GRIPE, atualizado em 28/09/22

Figura 1: Distribuição da Idade (em anos) segundo a evolução dos casos notificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, janeiro a agosto de 2022

- (F) Apenas 25% dos casos do grupo “Óbito” tinham mais de 77 anos. **R: 50% dos casos do grupo “Óbito” tinham mais de 77 anos OU 50% dos casos do grupo “Óbito” tinham menos de 77 anos OU Apenas 25% dos casos do grupo “Óbito” tinham mais de 86 anos.**
- (V) Entre 53 e 81 anos, no grupo “Cura”, tinham 50% dos indivíduos.
- (F) A variável “Evolução do Caso” é quantitativa. **R: A variável Evolução dos Casos é qualitativa ou categórica.**
- (F) A distância interquartílica (DQ) da Idade do grupo “Óbito” é maior do que do grupo “Cura”. **R: Não, pois a DQ cura =  $81 - 53 = 28$  > DQ óbito =  $86 - 66 = 20$  OU a caixa do grupo óbito é menor do que a caixa do grupo cura.**
- (V) No grupo “Óbito” é possível observar casos notificados cujas Idades (em anos) são bem diferentes do conjunto de valores, podendo ser considerados *outliers*



**Questão 2** Em um país da África com uma população de 4 milhões de pessoas ocorreram 20.000 mortes durante o ano 2018. Dentre essas mortes inclui-se 3.000 óbitos por AIDS, 6.000 por doenças cardiovasculares, 4.000 por causas externas e o restante por outras causas. Considerando que havia 100.000 indivíduos com HIV positivo, sendo 30.000 com AIDS, responda (apresente os cálculos):

1. Qual foi a mortalidade proporcional por AIDS em 2018?
2. Qual foi a taxa de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes) em 2018?
- c. O que expressam as duas medidas calculadas?

**Gabarito**

**a.  $3.000/20.000 = 0,15$  ou 15%**

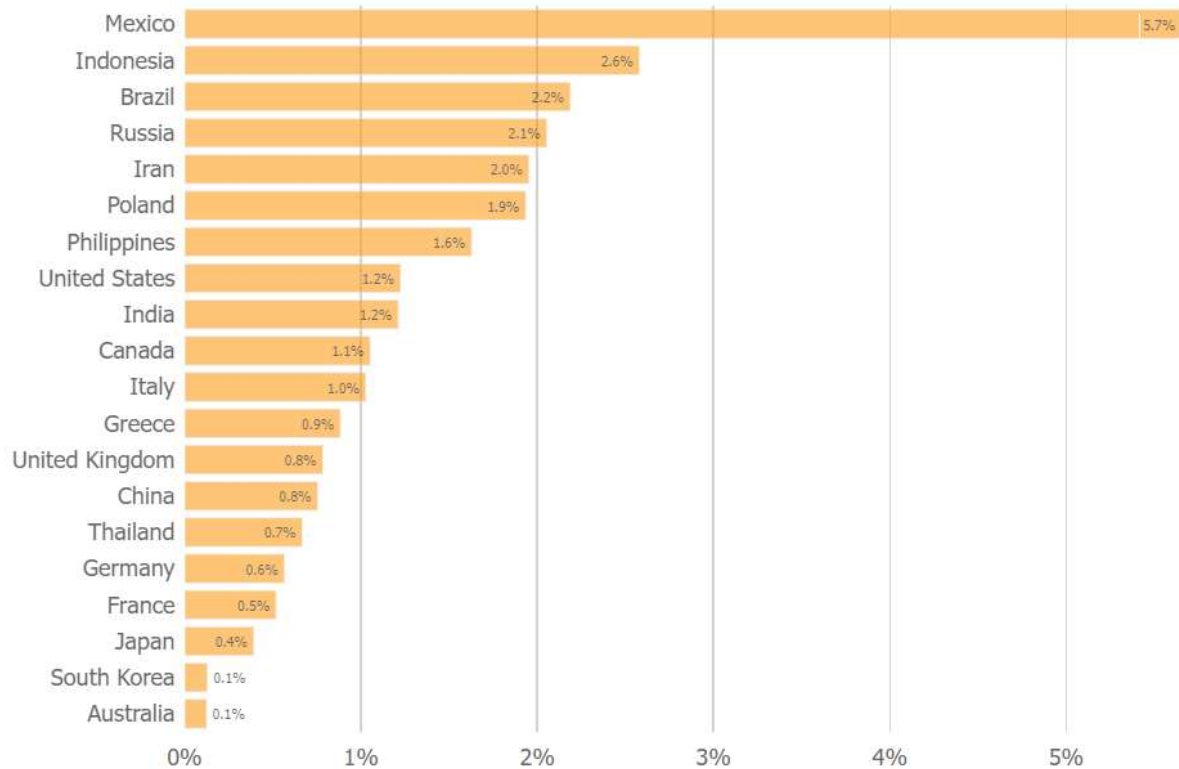
**b.  $(3.000/4.000.000) * 100.000 = 75$  óbitos por 100.000 habitantes**

**c. A mortalidade proporcional expressa qual foi a parcela do total de óbitos ocorridos no país X em 2018 causada pela AIDS. A taxa de mortalidade expressa o risco de morte por AIDS na população residente no país X em 2018.**





**Questão 3** - Observe o gráfico a seguir que ilustra a taxa de letalidade de COVID-19 em países selecionados. Explique o que é taxa de letalidade e descreva pelo menos dois motivos que poderiam explicar a expressiva variação desse indicador entre os países.



Fonte: Johns Hopkins University & Medicine (<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>). Acesso em: 19/04/2022

### Resposta

**Taxa de letalidade é uma medida de gravidade da doença, calculada dividindo-se o número de óbitos de determinada doença pelo número total de casos da mesma doença (no caso a COVID-19)**

**Refletir sobre a qualidade dos dados; número de testes realizados; políticas de prevenção adotadas; característica etária dos países; perfil de saúde das populações (países de média e baixa renda podem ter mais indivíduos jovens com doenças crônicas não transmissíveis, o que é um fator de risco para casos graves de COVID); condições higiênico-sanitárias; nível de desenvolvimento e acesso a serviços de saúde, etc.**



**Questão 4** No período de 2000 a 2011 a taxa de incidência de diabetes na Dinamarca aumentou cerca de 5% por ano, enquanto a mortalidade por complicações do diabetes caiu. O que se espera que ocorra com a prevalência de diabetes no mesmo período? Por quê?

**Gabarito**

**A prevalência pode ser definida como “O número de pessoas afetadas numa população num determinado espaço de tempo dividido pelo número de pessoas na população no momento exato”**

**Espera-se que a Prevalência aumente uma vez que ocorreu aumento da incidência de diabetes e aumento da duração da doença (maior sobrevida). A relação entre incidência (I) e prevalência (P) pode ser definida como  $P = I \times \text{Duração}$**

## CSHS SELEÇÃO PARA MESTRADO TURMA 2023

### PROVA ESPECÍFICA

**- Aos candidatos: escolher duas (2) questões para responder.**

**- QUESTÃO 01 :**

Baseado em Brandão e Alzuguir (2022), desenvolva como a categoria de gênero pode contribuir ao campo da saúde coletiva, ilustrando sua resposta com exemplos.

#### **GABARITO**

Não indicamos gabarito porque a resposta pode explorar múltiplas possibilidades dentro da Saúde Coletiva. Se houver recursos, responderemos.

**- QUESTÃO 2:**

A partir da leitura do artigo de Andreia Vicente da Silva, Claudia Rodrigues e Rachel Aisengart, apresente seu entendimento do que seriam os ritos de morte e desenvolva as conexões entre tais ritos, contexto social e configurações da subjetividade na contemporaneidade.

#### **GABARITO**

Ritos de morte são rituais de passagem de uma situação a outra (de vivo a morto, por exemplo), para demarcação da morte de um membro de determinado grupo ou cultura. Cada contexto social configura seus ritos, de acordo com o sistema de crenças vigente que, por sua vez, modela as subjetividades. Nesse sentido, trata-se de uma via de mão dupla: as práticas transformam os ritos e seus significados, da mesma forma como os rituais modificam as práticas e sentidos atribuídos aos eventos associados à passagem de uma para outra condição.

**- QUESTÃO 3:**

De acordo com o texto Ferreira, J. Necropolítica, poder e significados da pandemia do coronavírus: uma abordagem antropológica. Sociedade e Cultura, v. 24, 2021, desenvolva o conceito de necropolítica e sua relação com a pandemia do coronavírus no Brasil.

#### **GABARITO SERÁ ENVIADO EM BREVE**

**- QUESTÃO 4:**

SILVA, Neide EmyKurokawa; VENTURA, Miriam; PARO, Cesar A. Potencialidades do quadro de vulnerabilidade e direitos humanos para os estudos e as práticas de prevenção às arboviroses. Cadernos de Saúde Pública 36 (9):e00213119, 2020.

O texto **Potencialidades do quadro da vulnerabilidade e direitos humanos para os estudos e as práticas de prevenção às arboviroses** faz críticas às “velhas soluções” para o “velho” problema das arboviroses. Quais as principais críticas e propostas apontadas?

## **GABARITO**

### **Críticas**

“Privilegiam campanhas de alerta contra o mosquito e convocam a população a vigiar/cuidar dos focos domésticos, reduzindo o entendimento sobre direitos e participação, subsumindo indivíduos e população a meros objetos das intervenções.”

““ditadura da urgência”, instaurada nos momentos epidêmicos em que o poder público renega qualquer discussão sobre o sistema de abastecimento de água.”

““crise de interpretação” dos mediadores (profissionais, técnicos, políticos) para compreender a fala dos membros da comunidade, decorrente de uma postura que não considera que os moradores da periferia sejam capazes de produzir conhecimento e de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, que possam, inclusive, auxiliar a própria avaliação dos mediadores sobre a mesma sociedade.

“O enfrentamento das arboviroses continua sendo hegemonicamente pautado no modelo médico assistencial e sanitaria campanhista, com ações governamentais centralizadoras, modelo comunicacional de caráter vertical, pouca articulação aos determinantes sociais de saúde e ausência de territorialização e mobilização social”

Propostas:

“Para fazer face a tais problemáticas, propõem repensar a participação popular no controle de endemias a partir de um processo de construção compartilhada do conhecimento que leve em conta os diversos saberes (os técnico-científicos e as experiências populares) e emerja da estruturação e do fortalecimento de redes sociais de apoio”

“Há também autores que advogam por novos modelos tecnológicos de organização do processo de trabalho e da atenção à saúde que se estruturam por meio da participação social, como a proposta da vigilância da saúde de base territorial”

Quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos

“Referido quadro pressupõe a articulação ativa entre teoria e prática, vislumbrando-se a retroalimentação contínua de elementos que tanto fomentam a (re)construção contínua de conhecimentos quanto de estratégias para as diferentes intervenções, considerando as experiências concretas dos indivíduos em interação. Além disso, permite a identificação dos sentidos práticos das experiências, ou seja, dos valores, temores, percepções em jogo, diante de quaisquer eventos que ameaçam a saúde, tendo em vista que esses modelarão distintos modos de responder a eles.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NO CURSO DE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - Turma 2023

QUESTÕES ESPECÍFICAS:  
ÁREA DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

**Questão 1 (1,7 pontos):**

(Referência: Paim, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe5, pp. 15-28. Dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/#>>

O texto de Jairnilson Paim faz um balanço dos desafios dos sistemas universais de saúde e do SUS em particular. Discutindo os dilemas do sistema público brasileiro, o autor destaca que “a problemática relação público-privada no sistema de saúde brasileiro expressa a contradição fundamental do SUS”. **Explique, com base no texto, como essa relação público-privada se expressa no conjunto do sistema de saúde brasileiro como síntese dos dilemas do SUS.** Destaque em sua resposta os elementos relativos: (i) à tensão entre a perspectiva da universalidade e a perspectiva de um sistema restrito à cobertura universal (UHC) combinada ao diversos acessos via mercado; (ii) à desigualdade de financiamento e gasto do SUS e dos serviços privados acessados por meio de planos ou desembolsos; (iii) ao conflito de interesses políticos entre bases sociais de apoio ao projeto do SUS universal e os bases sociais e empresariais com motivações distintas e muitas vezes contrárias a esse projeto.

**GABARITO:**

A questão remete a um trecho específico do texto, na seção “O sistema de saúde brasileiro e o futuro do SUS”, em que o autor analisa os dilemas do SUS após analisar o panorama dos sistemas universais no mundo. **Pede-se expressões da relação público-privada no sistema de saúde brasileiro. Em seguida, explicitar como tal relação sintetiza os dilemas do SUS. A resposta pode ser redigida de diversas maneiras, mas deve obedecer às duas partes, ressaltando os três itens pedidos.**

Expressões das relações público-privadas mencionadas:

- Crescimento concomitante do SUS e do setor privado assistencial (oferta de serviços e obtém recursos do SUS); e de modalidades mais novas (gestão por OSs, Parcerias Público-Privadas);
- Crescimento das empresas de planos e seguros de saúde;
- Força dos interesses políticos do setor privado da saúde no Congresso e influência no financiamento de campanhas eleitorais;
- Permanência ou fortalecimento de propostas que reduzem o caráter universal do SUS à Cobertura Universal, a um sistema para pobres etc.

- Subfinanciamento crônico e, mais recentemente, desfinanciamento do SUS (congelamento dos gastos federais com saúde no âmbito da EC n. 95/2016); o artigo exemplifica tanto com o orçamento do MS (menor que a receita bruta das operadoras de planos); gasto *per capita* do SUS e das empresas de planos
- Efeitos indiretos de reformas trabalhista, previdenciárias, administrativas sobre os trabalhadores do SUS;

**Espera-se que os candidatos ressaltem, ao levantar essas expressões,** (i) que a universalidade não é um consenso, que há disputas sobre o que deve ser o SUS - universal ou destinado a uma população sem cobertura de planos ou ainda um sistema de coberturas básicas bem delimitadas; (ii) que no Brasil o gasto privado supera o público e que isso é incompatível com a estruturação de um sistema universal, por concentrar recursos assistenciais e reforçar desigualdades de acesso; e (iii) que a existência de uma parcela significativa da população coberta por planos desmobiliza uma potencial base social de apoio, cria a aspiração ao consumo de serviços privados; e ainda que o fortalecimento de grandes empresas privadas da saúde amplia o raio de ação político desses interesses. E que, na combinação desses aspectos, se apresentam os dilemas da afirmação do caráter universal do SUS.

—

#### **Questão 2 (1,6 pontos):**

(Referência: Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. Poverty, health, and covid-19. **BMJ** 2021; 372 :n376 doi:10.1136/bmj.n376. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n376>>. )

Os autores deste Editorial do periódico *BMJ*, escrito em fevereiro de 2021, apontam os efeitos desiguais das crises econômica e sanitária associadas à pandemia de Covid-19 (no caso da Inglaterra) e apontam a necessidade de equacionar conjuntamente a dupla dimensão da crise: “The common framing of action as a trade-off between protecting health or protecting the economy is a false dichotomy: international evidence shows that the virus must be under control for the economy to recover. We need to protect the worse off in society from the adverse consequences falling disproportionately on them (...)”. **Apresente exemplos de como são apontados no texto os vínculos entre as condições socioeconômicas e as condições de saúde. Discuta a perspectiva de política de saúde abordada no texto e como forma de enfrentamento das desigualdades nas condições de saúde.**

#### **GABARITO:**

**Primeira parte da questão:** leitura e apresentação organizada dos vínculos apontados no texto.

O texto enfatiza condições de saúde de crianças. Os vínculos entre condições socioeconômicas tratam da determinação social do adoecimento (não de assistência) e versam sobre o período anterior à Pandemia - pobreza, população sem-teto, alimentação precária sobre saúde e a mortalidade; mas também cortes de gastos em serviços vitais preventivos nas populações mais necessitadas.

Durante a Pandemia, se apresentam de forma renovada: trabalhos manuais, mal pagos e precários foram mais expostas ao vírus, habitantes de áreas de residências mais povoadas

e de pior qualidade também estiveram mais risco, e maiores taxas de infecção implicaram maiores perdas de emprego e renda. **Particularmente para crianças:** a manutenção de crianças em casa em famílias mais pobres durante períodos de isolamento social penalizou especialmente as famílias mais pobres, a elevação das transferências foi temporária, enquanto despesas adicionais se tornaram permanentes (e insuficientes para compensar a perda de alimentação escolar); crianças sofreram impacto imediato sobre a saúde mental, a perda de aprendizado das crianças tende a ter impacto no longo prazo sobre suas futuras qualificação, emprego e renda.

**Segunda parte da questão: a perspectiva da política de saúde é: há uma falsa dicotomia entre economia e saúde. O exemplo da situação das crianças durante a Pandemia sugere preferência por abordagens integradas de política econômica e de saúde.** Políticas de transferência de renda ampliadas devem ser mantidas e medidas para dar suporte às crianças mais atingidas no aprendizado, acesso a tecnologias digitais, centros de saúde, suporte à recolocação no mercado de trabalho etc. Uma vez estabelecida a relação entre a desigualdade social e de saúde, em particular entre pobreza e saúde, o artigo sugere a necessidade de lidar conjuntamente com o problema do desemprego, pobreza e os problemas de saúde advindos ou piorados no contexto da Pandemia. A reintrodução de medidas de austeridade tendem a colocar maior peso nas populações já em desvantagem, ampliando desigualdades.

---

### Questão 3: (1,7 pontos)

(Referência: Almeida. C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. IN: GIOVANELLA, L., et al. orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85-7541-349-4. Cap. 25.)

A agenda de reforma dos sistemas de serviços de saúde que ganha força no contexto do que se convencionou chamar de neoliberalismo, hegemônico na condução dos países capitalistas após os anos de 1980, estava centrada numa ampla agenda política para a mudança de paradigma da intervenção do Estado na área social.

A partir dos elementos contidos na agenda neoliberal para o setor saúde, discuta as estratégias baseadas na competição regulada e na introdução de mecanismos de mercado nos sistemas públicos de saúde.

Dê um exemplo de reformas na gestão de unidades públicas de saúde no Brasil após 1990 orientadas por essas estratégias. Justifique.

### GABARITO:

O texto de referência apresenta os principais elementos da agenda neoliberal na saúde na página 1192: Mudança de paradigma da intervenção do Estado na área social (incluída a saúde)

Princípio

Passar da produção direta de serviços para provisão num ambiente regulatório apropriado: formulação de políticas que se baseassem em subsídios à demanda (e não à oferta) e que levassem em consideração a questão dos custos.

#### Premissas

- Afirmação da inerente ineficiência do Estado (ou dos serviços estatais) e necessidade de enxugamento das unidades estatais.
- Busca de incentivos empresariais para alcançar uma reação mais apropriada entre oferta e demanda, ou entre impostos e benefícios, ou ainda entre consumidor e serviços.
- Reorganização dos serviços de saúde: superar a racionalização fiscal e desenvolver nos sistemas de saúde a capacidade de se adaptar a um entorno mais competitivo e dinâmico.
- Redefinição do papel do Estado: Separar as funções de financiamento e provisão de serviços: Estado coordenador e regulador, mas não provedor. Introduzir mecanismos de competição nos sistemas: novos mecanismos de repasses de recursos.

#### Principais pontos da agenda de reforma

- Eficiência gerencial.
- Responsabilização dos profissionais e dos usuários dos serviços com os gastos.
- Resposta às preferências do consumidor (livre escolha).
- Reequilíbrio da alocação de recursos entre o governo (nos seus diversos níveis) e o mercado (setor privado).

A autora na p. 1200 apresenta as características da competição administrada:

- É um arranjo organizacional de um mercado trilateral (composto por consumidores, planos de saúde e organizações responsáveis pela atenção) na área de saúde administrado de forma a induzir a competição de preços entre planos de seguro e ampliar a cobertura da assistência médica.
- As organizações de atenção gerenciada seriam os atores desse 'novo' mercado, e a competição administrada se refere às regras do jogo que organizam e determinam o seu funcionamento, controladas pelos responsáveis pelo jogo.
- A ênfase restritiva calcada na contenção de custos, na diminuição da livre escolha dos usuários e na abolição dos pagamentos por unidade de serviços e reembolsos, substituídos pelo financiamento per capita, pode trazer muita insatisfação da clientela.

A introdução de mecanismos de mercado nos sistemas públicos de saúde (p. 1207 e 1208) apresenta uma lógica de gestão econômica, centrada na introdução dos princípios de economia de escala e de competição no sistema público de saúde.

#### Lógica do modelo

- Introdução de mecanismos competitivos entre prestadores e compradores de serviços no sistema público de saúde, mediante contratos para repasse de recursos orçamentários (para atenção primária e hospitais).
- Mudança do estatuto jurídico das instituições públicas (ex.: transformação em empresas públicas ou trusts), que deveriam atuar num ambiente competitivo e sob o marco regulatório do contrato.
- Separação de funções de provisão e financiamento, com fortalecimento do papel regulador do Estado.
- Estabelecimento de economia de escala na compra dos serviços necessários para atender à demanda e às necessidades dos consumidores (que não são os usuários, mas os compradores de serviços).



Exemplos de reformas no Brasil orientadas pela lógica neoliberal:

a) Organizações Sociais são entidades autônomas da sociedade civil que disputam contratos de gestão de unidades públicas de saúde. O órgão público se abstém de administrar diretamente estas unidades e estabelece mecanismos de competição entre as OS através de editais. Há a separação entre o financiamento e a prestação de serviços. A administração pública centra em uma função regulatória.

b) Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e empresas estaduais e/ou municipais similares como a EMSERH (Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares). Os hospitais universitários federais que eram administrados diretamente pelas universidades passam a sê-lo por uma empresa pública que estabelece contratos de gestão com as universidades. Na justificativa, há referências a maior flexibilidade deste modelo em relação a prestação direta pelo Estado, quanto a gestão de pessoas. Ao contrário das Os não há competição entre diferentes empresas.

c) Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde ADAPS. Organizada como Serviço Social Autônomo, ou seja, um modelo autônomo de gestão de direito privado sem fins lucrativos que firma contrato de gestão com o Ministério da Saúde, órgão financiador. Há a possibilidade de captação de recursos financeiros para além do provimento estatal. Há a possibilidade de ocorrer uma dupla terceirização: a implementação da política de Atenção primária de saúde é terceirizada para a ADAPS, e a ADAPS terceiriza a prestação contratando o setor privado com ou sem fins de lucro.

**1ª. Questão: Quantos às perspectivas** para R/E na SC no artigo de Gomide & Moreira-Almeida, 2022, o que os autores consideram caber à Saúde Coletiva?

**Gabarito:**

Perspectivas para R/E na SC À SC cabe não se limitar a ditames teóricos, necessitando expandir horizontes analíticos. Cabe abrir espaço em revistas, evitando posturas restritivas. Cabe ingressar no avançado cenário de outras sub-áreas, assumindo a parte que lhe pertence, participando do panorama internacional , considerando a R/E e S como instrumento de minimização aos problemas de saúde, em especial, à saúde mental, mesmo que o coping negativo de fato também exista (Trudel-Fitzgerald et al., 2019; Idler et al., 2019). A participação religiosa poderia ser considerada nas abordagens que se preocupam com o sentido mais amplo (VanderWeele, 2017; Alves & Seminotti, 2009), cabendo à SC, como protagonista das políticas públicas de saúde, o incentivo a investigações, superando recorrentes dificuldades (Long et al., 2019).

**2ª. Questão: Com base no conceito de Flourishing apresentado no artigo de TaylerVanderWeele, descreva as medidas de “florescimento” humano apontadas pelo autor, comentando sua relação com a aplicabilidade para as políticas públicas de saúde direcionadas à saúde ambiental.**  
(valor 1, 25 ponto).

**Gabarito:**

De acordo com a referência indicada (VanderWeele, 2017),o candidato deve:  
- Indicar e descrever as medidas indicadas pelo autor separando as medidas de bem-estar subjetivo das medidas mais atuais e amplas sobre bem-estar psicológicos.

**3ª. Questão: Yinger al apresentam o conceito de senso de missão e saúde associando-o a qual (ais) tipo(s) de situação e como este lhe parece ser útil para a área da saúde ambiental?**  
(valor 1, 25 ponto).

**Gabarito:**

De acordo com a referência indicada na questão (Chen et all, 2019), o candidato deve:  
- descrever os tipos de situação relacionados ao senso de missão apontados pelos autores que se encontram no texto (apontadas no subitem “Assessmentofsenseofmission”), fazendo uma relação com aplicação e utilidade para a área da saúde ambiental.  
- Esta segunda parte da resposta apontará o entendimento do candidato quanto a amplitude da área. Espera-se que ele faça a conexão entre os mais diversos fatores exposição tradicionais da S.A, tento quanto inclua neste “rol” outras questões relativas

ao contexto de vida das pessoas inerentes a elas (vida urbana, estresse, estilos de vida, etc).

**4ª. Questão: Por que a R/E tem sido considerada como protetora à saúde, segundo Gomide & Moreira-Almeida (2022)?**

**Gabarito:**

A religiosidade/espiritualidade (R/E) tem emergido como variável consistentemente associada a diversos desfechos em saúde (VanderWeele, 2017). Sendo esta relação, em geral, mais positiva que negativa (VanderWeele, 2017a), tem sido apontada como aliada aos estados de resiliência e felicidade (VanderWeele, 2017b), indicando serem protetoras para a saúde. Assim, a R/E tem sido apontada como um fator de relevância para o melhor entendimento da dinâmica saúde-doença nas populações (Oman, 2018; Ransome, 2020; Idler et al., 2019), carecendo mais atenção da saúde coletiva e epidemiologia (Oman, 2018; Ransome, 2020), principalmente diante do aumento dos transtornos mentais decorrentes do contexto global do covid-19 (OPAS/OMS, s.d.; OPAS/OMS, 2020).