

QUESTÕES PROVA ESPECÍFICA MESTRADO TURMA 2022

Ciências Sociais e Humanas em Saúde

1. A partir da leitura do artigo de Rosana Castro (2021), apresente as conexões entre negacionismo e necropolítica no Brasil, segundo a perspectiva da autora. Desenvolva a ideia de que a Covid-19 seja mais letal para negros e negras. **Valor: 3,0 pontos**

Gabarito:

Ref: Castro, Rosana. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 71-90, jan/abr. 2021.

P. 76: “Ações e omissões negacionistas provocaram uma profunda desarticulação de políticas de saúde e assistência, cujos resultados foram desigualmente distribuídos, tanto em seu alcance quanto em sua intensidade. Segundo dados do Ministério da Saúde, com registros feitos até 22 de agosto de 2020, somando-se pretos e pardos, temos 46.436 mortes de pessoas negras pela Covid-19, enquanto brancos totalizam 33.531 mortes [...] Análises sobre as razões para que a Covid-19 venha se mostrando mais letal para negros e negras apontam não só atitudes negacionistas do governo, mas, principalmente, os impactos do racismo na saúde”.

2. Com base na leitura do artigo de João Biehl (2021), explicitite seu entendimento acerca da ideia do autor de que a pandemia de Covid-19 seja uma calamidade crônica agudizada que assola o mundo inteiro, desestabilizando práticas biomédicas hegemônicas e revelando a precariedade dos sistemas de saúde pública. Aborde o tema da racialização no contexto pandêmico, explicitando o que seria necessário para o combate da vulnerabilidade e da racialização. **Valor: 3,0 pontos.**

Gabarito

Ref.: Biehl, João. Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 27, n.59, 2021.

P. 343: “Apesar de vivermos um momento por demais incerto, sabemos que a Covid-19 ilumina vulnerabilidades arraigadas em nossas sociedades (Diniz, 2016). Ela é um evento *acute-on-chronic*, ou *crônico-agudizado*, como Paul Farmer (2012, p.3) sintetizou ao se referir ao terremoto no Haiti em 2010 [.....]. Em sentido semelhante, também o conceito de racialização é fundamental para entendermos as desigualdades nas taxas de mortalidade pela Covid-19 e a sua codificação na literatura médica [...]. O combate à vulnerabilidade estrutural e à racialização requerem, como bem

dizem Jonathan Metzi e Helena Hansen (2014), não uma competência cultural, mas uma *competência estrutural* por parte dos profissionais preocupados com uma saúde integral de fato.

3. Apoiando-se no texto de Marcia Leite (2020), explique sua compreensão sobre o que a autora designa como “biopolítica da precariedade”, dando exemplos dos vários “dispositivos de governamentalidade” acionados no Brasil para gestão da vida e da morte. **Valor: 3,0 pontos**

Gabarito:

Leite, Márcia Pereira. Biopolítica da precariedade em tempos de pandemia. *DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*. Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia, 2020, p. 1-16.

p.3 Ele [Foucault] argumenta que não se trata de considerar que a biopolítica seja boa ou ruim, e sim de compreender que ela “é sempre uma política de vulnerabilidade diferencial (...), uma política que depende estruturalmente do estabelecimento de hierarquias no valor das vidas, produzindo e multiplicando a vulnerabilidade como meio de governar pessoas”

p.4 Mas também pondera que “fazer morrer” não significa apenas “o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição etc.” (FOUCAULT, 2002[1997], p. 306). Ou seja, o autor nos fala de um biopoder que opera também pela produção de vidas precárias, aquelas que não merecem atenção e políticas destinadas a reforçar sua capacidade produtiva e proteger sua existência. É neste sentido, entendo, que Lorenzini (14/04/2020) considera que a biopolítica é uma política de *vulnerabilidade diferencial*. Concordando com o autor e com sua leitura de Foucault, considero importante resgatar também Archille Mbembe (2016) para compreender a especificidade da biopolítica da precariedade e/ou da política de vulnerabilidade diferencial em um país em que, como em quase todo o Sul global, periferia colonizada do capitalismo, o “fazer morrer”, longe de ser uma excepcionalidade, como no Norte global (as “situações extremas” de que nos fala Foucault), é política corrente, política de governo, mais propriamente, nos termos de Mbembe, *necropolítica*, que não se evidencia apenas na pandemia, mas também em tempos de “normalidade”. Afinal, o Estado brasileiro sempre dividiu a população entre aqueles que devem viver e os outros que nem tanto... Em um certo sentido, sua prática corrente estruturou-se a partir de um corte entre os que *devem/têm* que viver e os outros, relegados, que *podem* morrer. Nem sempre operou em relação a estes pelo “fazer morrer”, embora tenha sido pródigo em fazê-lo quando os construiu como “inimigos” das cidades, do Estado e do país⁸. Uma outra modalidade de produzir essa forma diferencial de gestão das populações, encoberta pela zona cinzenta que o “fazer morrer” diretamente denuncia e desvela, é a organizar diferencialmente via políticas públicas no campo do biopoder. O “fazer viver”, produzindo para alguns — em nossos

país, os negros e os pobres urbanos, os trabalhadores rurais, os indígenas e os remanescentes de quilombos — uma biopolítica que os expõe “à morte, que multiplica para alguns o risco de morte”, como o próprio Foucault nos advertiu, via racismo institucional (LEITE, 03/07/2012). É isso que estou chamando de biopolítica da precariedade: “fazer viver” uns precariamente, expondo-os ao risco de morte, pela ausência do Estado, e “fazer morrer” outros, pela presença ativa do Estado.

p.9 No contexto da pandemia, governar os pobres pela biopolítica da precariedade significa também produzir “novos vulneráveis” e ampliar a vulnerabilidade de outros, como a população carcerária (MALLART e ARAÚJO, 29/04/2020), segmentos da população que têm cada vez menos condições de se proteger da morte, sobretudo quando a produção desta possibilidade é uma intencionalidade do Estado e seus operadores. A invasão de terras indígenas e quilombolas, permitida e quiçá estimulada pelo governo federal, assim como a retomada das remoções em quilombos, ocupações, favelas e periferias, em todo o território brasileiro, não nos deixa dúvidas acerca dessa intencionalidade.

p.10 Por fim, não posso deixar de registrar que, ainda que atualmente seja crescentemente naturalizada, legitimada e alimente a renovação ou a produção das zonas cinzentas de vulnerabilidade diferencial em nosso país, a gestão dos pobres nesta cidade, neste estado e neste país sempre se fez associando raça, classe, gênero e território de moradia na escolha e aplicação de seus dispositivos de governamentalidade.

4. Disserte sobre seu interesse no mestrado em Saúde Coletiva, em especial na área temática das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, destacando questões de investigação que te mobilizam.

Valor: 1,0 ponto

QUESTÕES SELEÇÃO MESTRADO

TURMA 2022

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA

1. O sarampo é uma doença viral aguda altamente contagiosa, considerada uma importante causa de mortalidade antes da introdução da vacinação em massa na década de 80 em todo mundo, especialmente entre crianças. A introdução da vacinação contribuiu para a redução das taxas de incidência e de mortalidade pela doença para baixos níveis em todas as regiões do mundo. Durante 2000–2018, o número de casos reportados no mundo diminuiu 59%, enquanto o de óbitos diminuiu 73% (Gastañaduy, P. A. *et al.* Measles in the 21st Century: Progress Toward Achieving and Sustaining Elimination. *Journal of Infection Disease*, 2021:224, Suppl 4).

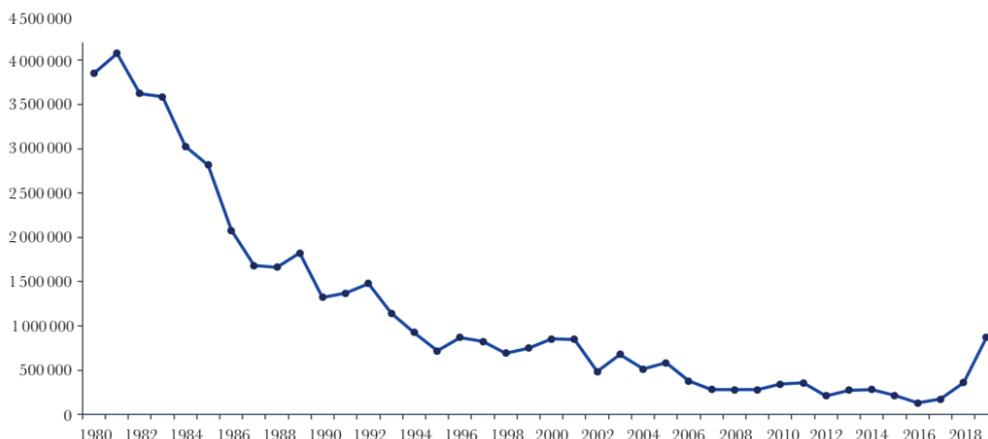


Figura 1. Número de casos de sarampo notificados em todo o mundo de 1980 a 2019.

Dados disponível em

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidence measles.html.

A análise de um conjunto de observações sequenciais ao longo do tempo de uma determinada doença, antes e após uma intervenção, é útil para avaliar a efetividade daquela intervenção. Além de flutuações aleatórias, outros quatro aspectos devem ser observados na análise da evolução temporal das doenças. Descreva que aspectos são esses. (2,0 pontos)

Gabarito: Os candidatos devem mencionar os quatro tipos de variações temporais na ocorrência de doenças, e conceituá-los de acordo com a referência.

- Tendência secular ou histórica, se refere a análise das mudanças na frequência de uma doença (incidência, mortalidade etc.) por um longo período, geralmente décadas.
- Variações cíclicas não sazonais: variações na ocorrência de uma doença em um período maior que um ano;

- **Variações sazonais:** variação na ocorrência de uma doença, cujos ciclos coincidem com as estações do ano.
- **Variações irregulares:** refere-se a alterações inusitadas na ocorrência de uma doença, diferente do esperado.

2. A morte de mulheres em idade reprodutiva, em consequência de problemas ocorridos na gravidez, parto e puerpério, é considerada uma grave violação de direitos humanos por ser evitável em aproximadamente 92% dos casos. No contexto da pandemia de Covid-19, o risco aumentado de mortalidade materna tem sido motivo de preocupação e investigação. Um estudo com dados do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe) apontou que de 978 gestantes e puérperas diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Covid-19, 124 foram a óbito, o que representa uma taxa de letalidade de 12,7%. Embora os óbitos tenham sido associados a comorbidades pré-existentes, foram as falhas graves na assistência que chamaram atenção: 15% das mulheres não receberam qualquer tipo de assistência ventilatória, 28% não tiveram acesso a leito de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica (Souza, A.S.R., Amorim, M.M.R. Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 21 (Supl. 1): S257-S261, 2021). Sobre a mortalidade materna, responda:

- (a) Qual o principal indicador utilizado para monitoramento e vigilância da óbitos maternos e como é calculado? **(1,5 ponto)**
- (b) Descreva como a qualidade das informações usadas para seu cálculo pode influenciar sua real magnitude. **(1,5 ponto)**

Gabarito:

- (a) **Razão de Mortalidade Materna (RMM)**

$$RMM = \frac{\text{número de óbitos maternos da área A, no período P}}{\text{Número de nascidos vivos da área A, no período P}} \times 100.000$$

- (b) Além de problemas relacionados à cobertura do Sistema de Informações Sobre Mortalidade e à certificação da causa básica de óbito (declaração de óbito tem baixa sensibilidade para mortalidade materna), as estimativas de nascidos vivos também podem influenciar no cálculo da RMM. Assim, análises da tendência da mortalidade materna devem ser realizadas com cautela, considerando a variação da qualidade das estatísticas vitais em diferentes regiões e/ou períodos.

3. O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias foi criado no ano 2000 com o objetivo de monitorar a circulação de vírus influenza no Brasil. No ano de 2009, com a pandemia causada pelo vírus influenza A(H1N1) pmd09, foi implantada a Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), realizada em todos os hospitais do país

visando a notificação de casos hospitalizados ou óbitos. Em 2020, com a introdução e manutenção da circulação do SARS-CoV-2, o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – GRIPE) passou a incluir o registro de hospitalizações e óbitos por Covid-19. Considerando as características do SIVEP-Gripe mencionadas no enunciado, responda:

- a) Que indicador(es) de monitoramento da situação da covid-19 pode(m) ser obtidos com os dados do SIVEP? **(1,5 ponto)**
- b) Quais limitações para vigilância e resposta à Covid-19 o uso exclusivo do SIVEP como fonte de dados representaria? **(1,5 ponto)**

Gabarito:

- (a) Taxa de mortalidade por Covid-19, taxa de hospitalização e letalidade entre os hospitalizados.
- (b) A não representatividade de casos incidentes, não graves, o que inviabilizaria o cálculo da taxa de incidência da doença, por exemplo.

4. As medidas de posição ou tendência central podem ser influenciadas pelo grau de assimetria da distribuição populacional dos dados, e consequente assimetria verificada na amostra. Essa influência pode não ser boa, pois pode deixar a medida de posição pouco representativa do conjunto de dados. Essa informação pode ser levada em conta na hora de escolher a medida de posição mais adequada para cada caso.

- (a) Quando não há valores extremos recomenda-se o uso de qual medida de posição? **(1,0 ponto)**
- (b) Em caso de haver valores extremos ou discrepantes, devemos usar qual medida de posição? **(1,0 ponto)**

Gabarito:

- (a) Média.
- (b) Mediana ou moda.

Questões para seleção do Mestrado - SAT

Questão 1

“As crianças são particularmente suscetíveis aos poluentes ambientais por estarem mais expostas às contaminações exógenas, pelas suas características comportamentais e pelo fato do seu organismo encontrar-se ainda em processo de desenvolvimento.” (MAZOTO *et al*, 2011)

Discorra sobre as características comportamentais e fisiológicas que fazem com que as crianças sejam mais suscetíveis aos poluentes ambientais conforme descrito pelos autores no trecho acima.

Gabarito

Espera-se que o aluno disserte sobre os diferentes estágios de desenvolvimento infantil, o comportamento específico de cada estágio e características fisiológicas relacionadas que as tornam mais suscetíveis a intoxicação devido a poluentes ambientais.

É necessária a leitura das páginas 42 a 45 e quadro 1 do artigo de referência *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2011, 10 (1), 41-50

Questão 2

De que forma a Epidemiologia pode ser usada na pesquisa em saúde ambiental e na vigilância em saúde ambiental?

Gabarito

Espera-se que o aluno disserte sobre a aplicação epidemiologia e seu método para a saúde ambiental e vigilância em saúde ambiental

É necessária a leitura do artigo “Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental”, *Ver. Bras. Epidemiol*, vol 6, n2, 2003

Questão 3

Artigo: VanderWeele, T.J. On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, vol.114, p.8148-8156, 2017.

O artigo trata de seis domínios de prosperidade que servem como indicadores de prosperidade humana. Escolha e comente três destes domínios que são apontados no estudo.

Questão 1

Leia o resumo do artigo de autoria de Jacob Assa and Cecilia Calderon intitulado “Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures”. Com base no número de casos e mortes por covid-19 no Brasil discuta a pertinência deste trabalho para a compreensão do contexto nacional.

Resumo

A pandemia do novo coronavírus e a doença infecciosa que ele causa (COVID-19) tiveram diferentes trajetórias ao redor do mundo, com países experimentando diferentes taxas de infecção, incidência de casos e mortalidade. Este processo simultâneo, porém, heterogêneo, representa um experimento quase-natural para compreender algumas das razões para a variabilidade de respostas para uma mesma emergência sanitária. Este trabalho considera a privatização da saúde como um dos principais determinantes para explicar a diferenciação de padrões. Usamos um conjunto de dados de corte transversal abrangendo do 147 países com dados atualizados disponíveis. Ao controlar variáveis como renda per capita, desigualdades no status de saúde e várias outras variáveis intervenientes, evidenciamos que um aumento de 10% nas despesas privadas com saúde corresponde ao incremento de 4,3% nos casos e 4,9% na mortalidade relacionada ao COVID-19. A globalização também tem um pequeno efeito positivo na prevalência de COVID-19, enquanto a oferta hospitalar (em leitos por 1.000 pessoas) está significativamente associada à redução da mortalidade por COVID-19. Os resultados sugerem cautela em relação às políticas que privatizam os sistemas de saúde para aumentar a eficiência ou o crescimento da capacidade instalada no curto prazo, pois a presença do setor privado assistencial reduz o potencial de preparação dos países a longo prazo para estabelecer estratégias de controle de pandemias. (June 2020 Working Paper 08/2020 Department of Economics The New School for Social Research. disponível em [NSSR WP_082020.pdf \(economicpolicyresearch.org\)](https://www.nssr.nyu.edu/wp/082020.pdf)

Gabarito

É uma questão para testar a capacidade de reflexão crítica

Capítulo 12 - o SUS aprovado na Constituição não foi implementado tal como concebido originalmente.

Outra alternativa concordar ou discordar do trabalho considerando que sim existe um forte setor privado na saúde no Brasil ou que o SUS respondeu sim mas estava no seu pior contexto etc.

Questão 2

Leia o trecho do artigo “Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia” de Gastão Wagner de Souza Campos para a partir de reflexões disparadas pelo autor analisar as questões colocadas posteriormente.

“A construção de outra racionalidade gerencial em saúde dependerá de uma reconstrução crítica em vários planos, o da política, da sociabilidade, da gestão e mesmo da epistemologia. Dentro disto, esse artigo defende a necessidade de também gestar-se outro paradigma para a gestão em saúde. Um paradigma que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde. Há vários pesquisadores investigando e experimentando reformas no processo de produção de conhecimentos e no trabalho em saúde. A construção de um novo paradigma em gestão beneficiou-se bastante com o esforço para articular saberes sobre a subjetividade com temas ligados ao trabalho em saúde. Vale também ressaltar o esforço para introduzir a razão e o agir comunicativos habermasianos na gestão e no planejamento em saúde. (...) Insere-se dentro desse movimento, voltado para a construção de uma nova racionalidade gerencial, que valorize a autonomia dos trabalhadores e usuários, a discussão sobre clínica ampliada e sobre a busca da integralidade e de novas formas de cuidado no trabalho em saúde.

Parece-me que a incorporação destes novos conceitos depende de reformas organizacionais e também do processo de trabalho voltadas para ampliar a democracia institucional. É nesse sentido que venho sugerindo a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários. Há alguns conceitos e arranjos organizacionais que possibilitam - não garantem - a cogestão do trabalho em saúde. Entre eles, vale destacar o esforço para se combinar graus autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e, mesmo, eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional.

Ao contrário do que recomenda a racionalidade gerencial dominante, seria conveniente assegurar à equipe de referência responsável pelo caso a condução do projeto terapêutico, com a indicação de internação, acesso a exames ou a especialistas; ou seja, o grosso da "regulação" deveria depender da equipe, reservando-se aos "reguladores" papel de ordenação e de coordenação. Dentro dessa lógica, a construção de diretrizes, protocolos e campos de cuidado obedeceriam a estratégias dialógicas de busca de consenso e envolvimento das equipes (agir comunicativo e cogestão). O novo modelo de gestão sugere que usuários e clínicos façam parte da gestão em todas suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores. Assegurar também ao paciente/usuário a condição de sujeitos com autonomia e poderes relativos: cogestão do projeto terapêutico; almejar-se não somente a produção de saúde, mas também considerar a autonomia do usuário como critério de qualidade (antídoto contra medicalização, consumismo e dependência).” Disponível em: Ciênc. saúde coletiva 15 (5) • Ago 2010 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>

Como você analisa a perspectiva de adoção de um modelo de cogestão com o advento da modalidade de “Contratos de Gestão com Organizações de Sociais da Saúde – OS ou OSS”?

Como ficam as questões da autonomia dos trabalhadores em relação aos seus trabalhos e da gestão em relação aos compromissos do Sistema Único de Saúde e suas definições constitucionais?

Gabarito:

Espera-se que o candidato seja capaz de discutir a fragilização dos aspectos de autonomia do trabalho diante de contratos instáveis, visto que os contratos das OS são renovados anualmente e tem prazo máximo de execução o período de 60 meses. Por outro lado, a direção das instituições passa a ser responsabilidade das OS e não mais da Gestão do SUS. Acrescente-se a estes fenômenos a “pejotização” das relações produtivas e um acréscimo de dificuldades para a construção de mesas para as negociações que seriam as bases de um sistema de regulação da atenção à saúde.

As opiniões podem ser divergentes, mas devem se sustentar e demonstrar a capacidade de dialogar com a oferta que nos faz o autor do artigo.

Questão 3

Dentre as reflexões apontadas na bibliografia acerca do Sistema Único de Saúde, estão aquelas relativas aos *desafios* para a sua sustentação política e sua sustentabilidade financeira e de recursos assistenciais. Para compreender tais questões, é preciso não olhar apenas para o SUS, mas também para o sistema de saúde brasileiro em sua totalidade, como nos dados apresentados na **Tabela 1**. Reflita sobre como os desafios mencionados se relacionam, pensando os problemas de sustentação política pela ótica dos usuários e dos serviços que acessam e pensando os do financiamento à luz das desigualdades entre público e privado e entre entes da federação.

Tabela 1: Gasto Corrente com Saúde no Brasil (% PIB) e Gasto Público por ente federado no Brasil (% Gasto Público) – 2000-2018 (anos selecionados)

		2000	2002	2003	2006	2007	2010	2011	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde Total (% PIB)	Público	3,5	3,7	3,5	3,5	3,5	3,6	3,5	3,7	3,8	4,0	4,0	4,0
	Privado	4,9	5,0	4,7	4,7	4,7	4,4	4,3	4,7	5,1	5,3	5,5	5,5
	Total	8,3	8,7	8,2	8,3	8,2	7,9	7,8	8,4	8,9	9,2	9,5	9,5
Gasto Público por nível (Gasto Público) (%)	Federal	60	53	51	48	48	45	46	43	44	43	44	43
	Estadual	19	22	23	24	24	26	25	26	25	25	25	25
	Municipal	22	26	26	28	28	29	29	31	31	32	31	31
	Total	100											
	*Federal/PIB	2,1	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7

Fonte: Gasto Corrente com Saúde do Brasil como % do PIB: World Health Organization - Global Health Expenditure Database. Perfil do Gasto Público: 2000-2007: Piola e outros. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, N. 1846. Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, 2013.; Anos 2010-2018: Elaboração Própria com dados do SIOPS e do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do Governo Federal.

Gabarito

O enunciado destaca dois níveis de análise: desigualdade entre gasto público e o gasto privado; e os esforços relativos dos entes federados no gasto público com saúde total. **Portanto é fundamental que, na resposta, o candidato passe por esses dois níveis.**

Do ponto de vista dos problemas de sustentabilidade política, observa-se: prevalece o gasto privado sobre o público (mesmo quando aumenta o gasto como % do PIB); neste sentido, há grande peso relativo do gasto com saúde através de planos e seguros de saúde (por empresas ou famílias) ou do desembolso (vinculado ao poder aquisitivo) – gasto com provedores privados. Esse perfil faz com que o SUS não tenha a dimensão, do ponto de vista da população atendida e da provisão de bens e serviços, de um verdadeiro sistema universal com apoio do conjunto da população. (Alguns candidatos poderão também sugerir uma chave igualmente válida, complementar, de que a maior importância relativa de estados e municípios acaba deslocando pressões políticas para o atendimento das necessidades de saúde e estruturação do SUS para estes entes federados).

Do ponto de vista dos problemas de financiamento, o primeiro ponto é destacar a estabilidade de uma estrutura em que o gasto privado supera o público – portanto, em que o financiamento do sistema público é inferior à capacidade de levantar fundos para desembolso e para financiamento de planos de saúde. É desejável que o candidato discuta a inadequação desta estrutura com um sistema universal de saúde pela comparação internacional e a longevidade desta situação e as consequências para o sistema público. O segundo ponto é como o financiamento do SUS foi sustentado por esforços maiores de estados e municípios. O candidato se destacaria ao apontar a queda da participação do governo federal e discuti-la à luz de restrições ao gasto social (como o arcabouço mais longo do Plano Real, como superávits primários, DRU, LRF etc., até mudanças mais recentes, como EC N. 95, Regimes de Recuperação Fiscal etc.).

PROVA ESPECÍFICA DA LINHA SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIAS

- 1) De acordo com os autores Hunt e Eisenberg (2010), há uma alta prevalência de problemas mentais entre estudantes universitários. Descreva e comente os fatores de risco apresentados pelos autores.
(Valor da questão=2pontos)

- 2) De acordo com Botega (2014), como se caracterizam os meios utilizados para o suicídio?
(Valor da questão=2pontos)

- 3) Segundo Pacheco et al. (2017), descreva os fatores associados aos problemas mentais encontrados nos estudantes de medicina do Brasil.
(Valor da questão=2pontos)

- 4) Conforme o artigo de Torales et al. (*The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health, 2020*), comente as consequências da pandemia de COVID-19 na saúde mental das populações.
(Valor da questão=2pontos).

- 5) Baseando-se no texto sobre a análise epidemiológica do suicídio no Brasil (1980 a 2006), explique as distribuições das taxas de suicídio encontradas nas regiões brasileiras.
(Valor da questão=2pontos)

RESPOSTAS

- 1) Referencia1, pagina 4: Justin Hunt, Daniel Eisenberg. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. Journal of Adolescent Health: 46 3–10, 2010.
- 2) Referência 5, páginas 232 e 233: Neury José Botega. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP: 25 (3): 231-236, 2014
- 3) Referencia 6, página 374: Joao P. Pacheco, Henrique T. Giacomini, Wilson W. Tam, Tassia B. Ribeiro, Claudia Arab,Italla M. Bezerra,1 Gustavo C. Pinasco. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Revista Brasileira de Psiquiatria: 39:369–378, 2017.
- 4) Referencia 10, páginas 2 e 3: Julio Tolares, Marcelo O’Higgins, João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry: 1-4, 2020
- 5) Referência 3, páginas S89 e S90: Giovanni Marcos Lovisi¹, Simone Agadir Santos, Letícia Legay, Lucia Abelha, Elie Valencia. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Revista Brasileira de Psiquiatria:31(Supl II):S86-93, 2009.