



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SELEÇÃO MESTRADO - EDITAL Nº03/PPGSC/2025

**PRIMEIRA ETAPA
PROVA DE CONHECIMENTOS EM SAÚDE COLETIVA**

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO INSCRIÇÃO: _____

A primeira etapa do processo seletivo para ingresso no curso de mestrado do PPGSC/UFSC consta de uma prova de conhecimentos em Saúde Coletiva (etapa eliminatória e classificatória). Ao realizar a prova a(o) candidata(o) deve atentar para:

- A prova consta de trinta questões objetivas;
- As respostas devem ser transcritas na grade de respostas fornecida pelo PPGSC com caneta de tinta azul ou preta, sendo a grade de respostas o único documento válido para fins de correção;
- As marcações rasuradas ou questões com mais de uma resposta assinalada na grade de respostas serão anuladas;
- Em nenhuma hipótese haverá substituição do cartão resposta por erro de preenchimento, rasura ou qualquer dano causado pela(o) candidata(o).
- Durante a realização da prova, não é permitida a comunicação entre candidatas(os), o porte e utilização de computadores, aparelhos celulares ou similares, de relógios, de livros, de anotações, de impressos ou de qualquer outro material de consulta, sendo excluído do processo seletivo a(o) candidata(o) que descumprir esta determinação;
- Durante a prova, será permitido apenas o uso de caneta, lápis ou lapiseira e borracha.
- A prova terá a duração total de 3 horas (das 9h às 12h);
- As(os) três últimas(os) candidatas(os) devem permanecer na sala de prova e somente poderão sair juntos do local.
- Cada questão vale 1 ponto, sendo a pontuação máxima de 30 pontos, a qual equivalerá a nota dez (10,0).

BOA PROVA !!!



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PROVA DE CONHECIMENTOS - MESTRADO 2025

NOME DO CANDIDATO: _____

NÚMERO INSCRIÇÃO: _____

1. A constituição histórica da Saúde Coletiva no Brasil articula diferentes matrizes teóricas. Analise as afirmativas sobre essa constituição:

- I. A matriz da Medicina Social Latino-Americana enfatiza a determinação social do processo saúde-doença.
- II. A Saúde Pública tradicional mantém centralidade na perspectiva biomédica e individual.
- III. A epidemiologia social busca superar o modelo multicausal incorporando a categoria classe social.

Estão corretas:

- a) Apenas I e II
- b) Apenas I e III
- c) Apenas II e III
- d) I, II e III

2. A especificidade epistemológica da Saúde Coletiva em relação à Saúde Pública tradicional reside principalmente na:

- a) Utilização de métodos quantitativos mais sofisticados para análise epidemiológica.
- b) Incorporação da dimensão histórico-social como constitutiva do objeto saúde-doença coletiva.
- c) Ênfase na prevenção primária através de campanhas educativas comportamentais.
- d) Priorização da gestão eficiente dos serviços de saúde em detrimento da análise teórica.

3. O conceito de "campo científico" aplicado à Saúde Coletiva, inspirado na teoria de Pierre Bourdieu, implica reconhecer que:

- a) Existe consenso epistemológico entre as diferentes disciplinas que compõem a área.
- b) As disputas teóricas e metodológicas são elementos constitutivos e dinamizadores do campo.
- c) A hierarquia entre saberes biomédicos e sociais é natural e necessária.
- d) A interdisciplinaridade elimina as tensões entre diferentes paradigmas científicos.

4. A relação entre as três subáreas da Saúde Coletiva (Epidemiologia, Ciências Sociais em Saúde, e Política/Planejamento/Gestão) caracteriza-se por:

- a) Divisão funcional clara com objetos de estudo completamente distintos.
- b) Hierarquia metodológica com supremacia da epidemiologia sobre as demais.
- c) Intersecções e tensões produtivas que geram novos objetos de conhecimento.
- d) Aplicação sequencial onde cada subárea atua em momentos específicos da investigação.



5. A crítica ao paradigma flexneriano na formação em saúde articula-se com a discussão conceitual sobre saúde ao questionar:

- a) Apenas a fragmentação curricular entre disciplinas básicas e clínicas.
- b) O modelo biomédico reducionista que desconsidera determinantes sociais e a integralidade do cuidado.
- c) Exclusivamente a falta de tecnologias avançadas na prática médica.
- d) Somente a ausência de especialização médica adequada.

6. O conceito de "modo de vida" na análise dos determinantes de saúde diferencia-se do conceito de "estilo de vida" por:

- a) Incorporar as condições objetivas de existência versus focar apenas em comportamentos individuais.
- b) Enfatizar escolhas individuais conscientes versus fatores estruturais inconscientes.
- c) Priorizar aspectos psicológicos versus aspectos exclusivamente biológicos.
- d) Restringir-se a fatores culturais versus incluir apenas fatores econômicos.

7. A distinção entre "necessidades de saúde" e "demandas por serviços de saúde" é fundamental para o planejamento porque:

- a) Demandas sempre correspondem às reais necessidades epidemiológicas da população.
- b) Necessidades referem-se apenas a aspectos curativos enquanto demandas incluem prevenção.
- c) Necessidades podem estar não expressas como demandas devido a barreiras de acesso e outros determinantes.
- d) Demandas são mais facilmente quantificáveis que necessidades, facilitando o planejamento.

8. A incorporação da categoria "vulnerabilidade" na análise de situação de saúde representa um avanço porque:

- a) Substitui completamente o conceito epidemiológico de risco individual.
- b) Articula dimensões individuais, sociais e programáticas na compreensão da suscetibilidade a agravos.
- c) Foca exclusivamente em comportamentos de risco de grupos específicos.
- d) Elimina a necessidade de análise dos determinantes estruturais de saúde.

9. O modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead diferencia-se de modelos anteriores ao:

- a) Propor uma hierarquização dos determinantes desde o nível individual até as condições socioeconômicas gerais.
- b) Ignorar completamente os fatores biológicos e genéticos na determinação da saúde.
- c) Focar exclusivamente nas políticas públicas setoriais de saúde.
- d) Eliminar a importância das redes sociais e comunitárias na promoção da saúde.



10. A abordagem das "Políticas Públicas Saudáveis" (Healthy Public Policy) implica:

- a) Apenas políticas formuladas especificamente pelo setor saúde para promoção da saúde.
- b) Políticas de diferentes setores que considerem o impacto em saúde como critério de formulação e avaliação.
- c) Exclusivamente políticas de regulação sanitária e vigilância epidemiológica.
- d) Somente políticas focadas em mudanças comportamentais individuais de promoção da saúde.

11. A transição demográfica — caracterizada pela queda em sequência das taxas de mortalidade e de natalidade — promove uma alteração na estrutura etária da população, levando ao envelhecimento progressivo. Esse novo perfil demográfico está diretamente associado à transição epidemiológica, que se expressa pela substituição gradual de doenças infecto-parasíticas por doenças crônico-degenerativas como principais causas de morbimortalidade. No Brasil, esse processo é atípico em relação ao modelo clássico de Omran, pois ainda coexistem elevados índices de doenças infecciosas, carenciais, externas — a chamada "tripla carga de doença".

Com base no texto, qual assertiva melhor representa a realidade brasileira?

- a) No Brasil, a transição epidemiológica é incompleta, com convivência de doenças infecciosas, crônicas e causas externas.
- b) A transição demográfica no Brasil já se completou, com redução total das doenças infecciosas.
- c) O envelhecimento populacional brasileiro tem sido o único fator determinante das mudanças no perfil de doenças.
- d) A queda da mortalidade foi acompanhada de aumento proporcional na taxa de natalidade.

12. A transição epidemiológica em cinco estágios pode ser discutida baseada na teoria original de Omran. No estágio inicial, caracterizado por "fome e pestilências", predominam taxa elevada de nascimento e morte, com expectativa de vida entre 20-40 anos. Com o avanço, ocorre declínio das pandemias e, posteriormente, predomínio de doenças degenerativas e externas. O estágio final deve reunir baixa mortalidade e predominância de doenças crônico degenerativas.

Qual descrição corresponde ao terceiro estágio da transição epidemiológica?

- a) Ascensão das doenças crônico-degenerativas e causas externas, com crescente expectativa de vida.
- b) Predominância de doenças infecciosas e alta mortalidade infantil, com expectativa de vida abaixo de 40 anos.
- c) Declínio de pandemias, mortalidade infantil reduzida, mas ainda elevada natalidade.
- d) Estabilização da mortalidade e natalidade em níveis baixos, com predominância de doenças crônicas.



13. A rápida urbanização — especialmente a partir da metade do século XX no Brasil — foi um determinante central na aceleração da transição demográfica. A migração em massa para ambientes urbanos promoveu melhorias na infraestrutura sanitária, acesso a serviços de saúde, educação e condições de habitação. Como consequência, observa-se uma queda acentuada da mortalidade infantil e geral, seguida pela diminuição das taxas de fecundidade, o que resultou em uma significativa mudança na estrutura etária e padrões de morbimortalidade. No entanto, essas melhorias se deram de forma desigual — em áreas mais pobres ou periferias, persistem altos índices de infecções e mortalidade.

A partir desta contextualização, qual implicação sociopolítica mais relevante decorre da urbanização relacionada à transição demográfica no Brasil?

- a) A urbanização promoveu uniformidade nas condições de vida e saúde em todo o território nacional.
- b) A urbanização reduziu apenas a fecundidade, sem impactar a mortalidade.
- c) O acesso urbano facilitou a rápida queda da mortalidade infantil, porém criou desigualdades regionais persistentes.
- d) O processo urbano eliminou por completo casos de doenças infecciosas nos grandes centros.

14. No Brasil, a transição epidemiológica ocorre de forma desigual em diferentes regiões e estratos sociais. Isso se manifesta por meio da polarização geográfica — contrastes marcantes nos indicadores de mortalidade e morbidade entre áreas urbanas e rurais, ou entre as regiões — e da polarização social, que demonstra variações significativas desses indicadores entre classes socioeconômicas. Por exemplo, em alguns municípios, a taxa de mortalidade infantil pode ser de 10% na zona urbana, enquanto nas áreas rurais vizinhas atinge 45%. Essa situação configura uma transição prolongada e desigual, com sobreposição de padrões epidemiológicos, incluindo doenças transmissíveis e não transmissíveis simultaneamente.

De acordo com essa análise, qual alternativa exemplifica corretamente o aspecto da desigualdade no processo de transição?

- a) Todas as regiões do Brasil seguem rigorosamente o mesmo padrão de transição epidemiológica.
- b) Em áreas urbanas, a mortalidade infecciosa foi completamente eliminada, enquanto nas rurais permanece estável.
- c) A transição epidemiológica no Brasil foi concluída uniformemente, com redução simultânea de mortalidade e natalidade em todo o território.
- d) A transição apresenta sobreposição de fases: algumas regiões exibem alta mortalidade infecciosa, outras predominância de doenças crônico-degenerativas, refletindo polarização social e geográfica.

15. A Epidemiologia é uma ciência fundamental da saúde coletiva que orienta ações de prevenção, controle e promoção da saúde com base na análise de dados populacionais. Os objetivos principais da Epidemiologia vão além da simples contagem de casos ou estudo de doenças.



Qual das alternativas abaixo melhor representa os objetivos da Epidemiologia?

- a) Avaliar intervenções e políticas de saúde, descrever a distribuição e determinar os determinantes das doenças nas populações.
- b) Identificar as causas das doenças nos indivíduos para estabelecer terapias clínicas específicas.
- c) Estudar a história natural das doenças para fins exclusivamente acadêmicos.
- d) Concentrar-se na biologia molecular como principal ferramenta de investigação em saúde pública.

16. Para fins de notificação de doenças e agravos na vigilância epidemiológica, é possível afirmar:

- a) Apenas o médico é responsável pela notificação de casos, e o não cumprimento desta incumbência é passível de penalidades.
- b) Qualquer cidadão tem o direito de comunicar a ocorrência de determinada doença ou agravo à autoridade sanitária, mas a notificação de doenças deve ocorrer somente após a confirmação do caso.
- c) A lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória é atualizada todos os anos e deve ser respeitada por todos os estados e municípios, que podem incluir novas patologias de interesse local ou regional, desde que seja aprovado na Câmara Tripartite.
- d) A notificação negativa indica a notificação da não ocorrência de doença, agravo ou evento, sendo que o envio dos documentos deve ocorrer mesmo na ausência de casos, de forma periódica.

17. A identificação de uma associação entre duas variáveis — como um fator de risco e uma doença — é um passo importante na investigação epidemiológica, mas não é suficiente para inferir causalidade. A escolha adequada do teste estatístico depende do tipo de estudo e da natureza das variáveis envolvidas. Diferentes delineamentos de estudo (transversais, de coorte, caso-controle) exigem diferentes abordagens analíticas para estimar medidas de associação e testar sua significância.

Considerando essa informação, assinale a alternativa que melhor expressa o que deve ser feito para verificar se há associação entre duas variáveis em um estudo epidemiológico:

- a) Observar se os resultados coincidem com o senso comum e a experiência clínica.
- b) Considerar apenas o número absoluto de casos identificados no grupo estudado.
- c) Avaliar se os resultados são semelhantes aos de estudos laboratoriais com animais.
- d) Utilizar testes estatísticos apropriados ao tipo de estudo, respeitando a natureza das variáveis analisadas.

18. A randomização é uma técnica fundamental utilizada em estudos laboratoriais e clínicos para garantir a comparabilidade dos grupos investigados e minimizar vieses. A randomização busca distribuir de forma equilibrada os fatores que possam interferir nos resultados, aumentando a validade interna do estudo.



Considerando essa definição, qual das alternativas abaixo melhor descreve o papel da randomização em estudos experimentais?

- a) Distribuir aleatoriamente os participantes nos grupos para reduzir o risco de viés de seleção e permitir a comparação justa entre os grupos.
- b) Assegurar que os participantes recebam o tratamento preferido, aumentando adesão ao estudo.
- c) Garantir que todos os participantes sejam avaliados em diferentes momentos do estudo para aumentar a precisão.
- d) Selecionar os participantes com base em características semelhantes para garantir grupos homogêneos.

19. Você é profissional de saúde e compõe a equipe de saúde da APS da unidade de saúde de um pequeno município do interior do estado de Santa Catarina. Numa atividade relacionada ao Programa Saúde na Escola (PSE), você percebeu que muitas crianças apresentam queixas relacionadas à saúde bucal. Preocupado com isso, sugere para a direção da escola um inquérito para levantamento dos casos, para viabilizar um diagnóstico mais preciso dos problemas e poder planejar ações, no curto prazo. Neste caso, a medida de frequência que melhor se ajusta à situação é a:

- a. Razão de prevalência
- b. Razão de incidência
- c. Prevalência
- d. Incidência

20. Um levantamento sobre diabetes mellitus (DM) feito numa indústria têxtil de Santa Catarina com 200 trabalhadores revelou que entre os 150 trabalhadores homens 20 foram diagnosticados com a doença. Entre as mulheres, houve 10 diagnósticos para DM. A partir dos dados, responda:

- a) A prevalência de DM entre as mulheres foi de 5%.
- b) A prevalência de DM entre os homens foi de 10%.
- c) A prevalência total de DM na população trabalhadora foi de 30%.
- d) A prevalência de DM entre as mulheres foi de 20%.

21. Acerca dos fatores históricos que influenciaram o surgimento dos sistemas de saúde no mundo, é correto afirmar:

- a) O surgimento dos sistemas de saúde modernos está diretamente relacionado ao desenvolvimento dos mercados financeiros no final do século XIX.
- b) A proteção social em saúde surge, historicamente, como um direito de cidadania universal, vinculada aos elementos civis e políticos da cidadania e processos de industrialização e urbanização.
- c) As experiências de seguros sociais obrigatórios na Europa, como na Alemanha de Bismarck, foram fundamentais na origem de modelos públicos de sistemas de saúde solidários.
- d) A origem dos sistemas de saúde é um fenômeno recente, ligado ao surgimento da Organização Mundial da Saúde após a Segunda Guerra Mundial.



22. Os modelos de proteção social — seguro social, seguridade social e assistencial-privatista — diferem profundamente em seus fundamentos, princípios, formas de financiamento e lógica de acesso. Considerando esses modelos, assinale a alternativa correta:

- a) O modelo de seguro social se caracteriza pela lógica universalista, sendo financiado por impostos gerais e garantindo acesso a toda a população, independentemente de vínculo contributivo.
- b) O modelo de seguridade social tem como princípio a universalidade da cobertura, financiamento preponderantemente de impostos gerais e integração das políticas de saúde, previdência e assistência social.
- c) O modelo assistencial-privatista tem como base o financiamento coletivo compulsório, visando garantir o acesso dos trabalhadores aos serviços públicos de saúde de prevenção e tratamento.
- d) No modelo assistencial, o acesso aos serviços de saúde é garantido a toda a população, independentemente de vínculo empregatício ou contribuição prévia.

23. Sobre Modelos de Atenção à Saúde, podemos afirmar que:

- a) É uma combinação de tecnologias duras acionadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas.
- b) No Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma complementar: o modelo médico e o modelo sanitarista. Esses modelos hegemônicos têm em comum o princípio da integralidade como um de seus fundamentos.
- c) São características do modelo médico hegemônico: o individualismo; a ênfase no biologismo; a medicalização dos problemas; o estímulo ao consumismo médico; e a realização de campanhas.
- d) No modelo da vigilância em saúde, o foco está nos determinantes e condicionantes de saúde de cada território, relacionando-os com as necessidades e os problemas de saúde na perspectiva do controle de causas, riscos e danos.

24. A consolidação da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980 envolveu um deslocamento do lócus institucional das políticas de saúde. Qual das alternativas expressa corretamente esse deslocamento e sua implicação política central?

- a) Do Ministério da Previdência Social para os Conselhos Municipais, marcando o início da privatização da saúde pública.
- b) Do INAMPS para o Ministério da Saúde, evidenciando a transição de um sistema previdenciário para um sistema universal, orientado por princípios de cidadania.
- c) Dos hospitais universitários para os sindicatos, permitindo maior controle operário sobre o acesso aos serviços de saúde.
- d) Das secretarias estaduais para o setor privado, consolidando o modelo de terceirização da atenção básica.



25. A construção do SUS implicou um redesenho institucional complexo. Qual das seguintes alternativas expressa um dos principais desafios estruturais do SUS no que se refere à articulação federativa e à gestão compartilhada?

- a) Excesso de centralização decisória por parte dos municípios, impedindo a normatização federal.
- b) Ausência de mecanismos intergovernamentais de pactuação, gerando sobreposição de políticas.
- c) Tensão entre autonomia local e coordenação nacional, exigindo mecanismos de governança interfederativa.
- d) Concentração do financiamento exclusivamente nos estados, com fragilidade do ente federal.

26. A institucionalização do Sistema Único de Saúde consolidou avanços políticos e normativos estruturados durante a Reforma Sanitária brasileira. No entanto, os desafios contemporâneos revelam tensões entre os princípios fundadores do SUS e as práticas gerenciais em curso. Qual alternativa expressa de forma mais precisa uma dessas tensões?

- a) A consolidação do SUS como política de Estado ainda é fragilizada pela persistência de um modelo assistencial fragmentado, centrado na atenção especializada e em lógicas hospitalocêntricas.
- b) A adoção de estratégias de regionalização dificultou as pactuações entre níveis de governo, comprometendo a integralidade do cuidado e o acesso universal.
- c) A descentralização da gestão favoreceu a plena autonomia dos municípios, resultando em homogeneidade nos modelos de atenção adotados.
- d) A incorporação da participação social como diretriz constitucional enfraqueceu os mecanismos de pactuação intergestores ao subordinar decisões técnicas a plebiscitos comunitários.

27. A trajetória histórica do SUS revela um projeto político de reforma institucional orientado por valores democráticos e de justiça social. Contudo, a materialização desses valores encontra entraves quando confrontada com os condicionantes estruturais do sistema. Qual alternativa expressa corretamente uma dessas contradições?

- a) O fortalecimento da atenção primária à saúde inviabilizou a oferta de serviços especializados, contrariando o princípio da integralidade.
- b) A articulação interfederativa no SUS consolidou um sistema de planejamento regionalizado, eliminando desigualdades entre os municípios.
- c) A tensão entre financiamento insuficiente e exigências crescentes de cobertura compromete a capacidade do SUS de sustentar modelos de atenção centrados em vigilância em saúde e cuidado contínuo.
- d) A consolidação da vigilância epidemiológica como eixo estruturante impediu a construção de políticas territoriais de promoção da saúde.



28. Durante o processo de transição do sistema previdenciário para a constituição do Sistema Único de Saúde, foram mantidos diversos elementos estruturais que impactaram negativamente o financiamento público da saúde. Qual alternativa expressa corretamente uma herança desse período que contribui para o subfinanciamento crônico do SUS?

- a) A incorporação de tributos sobre grandes fortunas e heranças como base de financiamento do SUS, o que gerou instabilidade na arrecadação.
- b) A manutenção de uma lógica contributiva e focalizada, mesmo após a universalização legal do acesso, restringindo a base fiscal da saúde.
- c) A substituição completa da lógica previdenciária por um modelo inteiramente redistributivo, desonerando os trabalhadores informais.
- d) A criação de fundos constitucionais blindados para a saúde, com vinculação automática de 30% do orçamento da União.

29. A trajetória do financiamento do SUS reflete disputas políticas e institucionais que remontam à criação do sistema nos anos 1980. Qual proposição melhor representa essa dinâmica histórica e seus efeitos contemporâneos?

- a) Historicamente, no financiamento tripartite do SUS, o ente federal é o que mais compromete percentualmente seu orçamento com a saúde, ultrapassando o mínimo constitucional de 15%.
- b) A trajetória de financiamento crescente do SUS, sustentada por ampliação contínua dos repasses federais, não foi capaz de superar os efeitos do subfinanciamento histórico e das disputas federativas.
- c) A União, embora com maior capacidade arrecadatória, tem reduzido progressivamente sua participação relativa no financiamento tripartite do SUS.
- d) A adoção de mecanismos de controle fiscal, como a Lei de Responsabilidade Fiscal e os tetos de gastos, embora demande maior priorização dos gastos, assegurou previsibilidade e expansão dos recursos destinados ao SUS, protegendo-o de impactos de crises econômicas e políticas.

30. Sobre o impacto dos seguros privados no gasto em saúde, é correto afirmar:

- a) Países com maior participação de seguros privados no sistema de saúde tendem a ter menor gasto per capita em saúde devido à competição entre prestadores.
- b) A presença de seguros privados reduz custos dos sistemas de saúde e o gasto per capita em saúde.
- c) Os seguros privados com fins lucrativos implicam em custos adicionais significativos no gasto em saúde, elevando o gasto per capita em saúde.
- d) Os sistemas de saúde de acesso universal baseados em financiamento por tributos representam um maior gasto per capita em saúde, quando comparados com sistemas de saúde baseados em seguros privados.