



PROCESSO SELETIVO 2019 – MESTRADO

Prova de Conhecimento e Interpretação de Texto Científico

LINHA DE PESQUISA “SAÚDE E SOCIEDADE”

ESPELHO DA PROVA

QUESTÃO 1:

De acordo com o artigo “*Focus groups inform a mobile health intervention to promote adherence to a Mediterranean diet and engagement in physical activity among people living with HIV*” de Henry et al. (2019), foi realizado um estudo qualitativo, utilizando a técnica de grupo focal com 20 indivíduos portadores de HIV para fornecer uma base para intervenções voltados aos distúrbios neurocognitivos associado ao HIV visando a mudança de comportamentos.

Considerando que o Grupo Focal é uma técnica que possibilita a discussão e debate sobre determinado tema, aponte os objetivos do grupo focal realizado neste estudo, e quais as sugestões dos participantes a respeito do conteúdo de intervenção de mensagens de texto para promover a adesão para a dieta mediterrânea.

Os objetivos do grupo focal foram: Caracterizar hábitos alimentares entre pessoas que vivem com HIV, incluindo barreiras e facilitadores para uma dieta saudável, e informar o desenvolvimento de uma intervenção de saúde móvel (iSTEP) que aborda a preferências de pessoas que vivem com HIV. As sugestões dos participantes foram: mensagem sobre ingestão diária de nozes, textos incluem receitas; informações sazonais sobre frutas e vegetais; idéias de lanches não perecíveis; e idéias para substituição de receita. Que os textos incluam fatos ou estatísticas sobre como a dieta prescrita pode melhorar a saúde e alterar o peso, particularmente dados específicos para pessoas que vivem com HIV. Alguns participantes estavam interessados em receber textos de acordo com suas preferências alimentares e imagens no lugar de palavras, quando possível.

QUESTÃO 2:

Uma mulher, 27 anos, residente de uma região do interior de Pernambuco, grávida de 8 semanas, procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima para atendimento pré-natal. Durante a anamnese, a gestante afirma que é seu terceiro filho, tem ensino fundamental incompleto, solteira, e mantém uma pequena horta para seu sustento. Recebe bolsa família dos outros dois filhos e não tem ajuda do pai das crianças. Nega tabagismo, mas afirma que eventualmente bebe um pouco com os vizinhos no final de semana. Vale destacar que a região onde mora a gestante, fica próximo a um pequeno riacho, e apresenta alta incidência do *Aedes aegypti*. Não há saneamento básico na região, sem água tratada, com necessidade de armazenamento de água no intradomicílio.

Descreva, para esta gestante, os riscos para as malformações, e correlacione com o período gestacional.

Os teratógenos são agentes ambientais, como drogas, vírus, falta de nutrientes e elementos físicos ou químicos que ao entrar em contato com o embrião/feto podem causar anomalias congênitas, gerando alterações funcionais ou morfológicas permanentes no recém-nascido.

Dentre as principais razões pelas quais as mulheres grávidas entram em contato com substâncias teratogênicas têm-se: a associação de problemas de saúde pública (como a falta de atendimento, consumo de drogas e álcool, falta de saneamento básico), e outras questões sociais como pobreza e analfabetismo.

Portanto, os filhos da mulher em questão, socialmente desfavorecida, com baixa escolaridade, baixa renda, sem um companheiro, o que gera instabilidade familiar, pequena capacidade para aderir e manter os cuidados, tornam-se mais vulneráveis a defeitos congênitos.

Observa-se também o fato da mulher ter procurado atendimento com 8 semanas, quando o ideal seria



o atendimento pré-concepcional, já que o contato com os teratógenos desde antes da implantação poderiam apresentar consequências, além de requerimentos nutricionais necessários a uma gestação saudável.

Todos estes fatores podem contribuir para o contato da gestante com agentes teratogênicos, resultando em fatores de risco.

Destaca-se ainda que no período entre a 3ª e a 8ª semana de gestação, ocorre o desenvolvimento de diversas estruturas morfológicas, e podem acontecer mudanças consideráveis no fenótipo do embrião, como alterações no sistema nervoso central, membros e face.

Um teratígeno importante utilizado pela gestante é o álcool. Este, é o agente teratogênico responsável pelos Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal (FASD), e pela Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), sendo a principal causa não genética de deficiência intelectual e problemas comportamentais. Mesmo sendo consumido eventualmente pela gestante, o teratígeno não é recomendável em nenhum período gestacional, com consequências diferentes seguindo o desenvolvimento pré-natal. Ainda, a região onde mora a gestante, no interior de Pernambuco, apresenta alta incidência do *Aedes aegypti*, vetor responsável pela transmissão do zica vírus. Além do riacho próximo à casa da gestante, a mesma armazena água no domicílio, o que pode contribuir para a proliferação do vetor, facilitando o contato com o teratígeno.

Há evidências suficientes que estabelecem uma relação causal entre a infecção por zica durante a gravidez e microcefalia, além de outras anomalias cerebrais, já que o vírus tem como alvo as células cerebrais humanas, com um risco aumentado durante o primeiro trimestre da gravidez.

QUESTÃO 3:

“A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, que pode ser benigna ou grave, classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como dengue sem e com sinais de alarme e dengue grave. É considerada um problema de Saúde Pública em todo o mundo, especialmente nos países tropicais, cujas condições socioambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação de seu principal vetor, o mosquito Aedes aegypti (BARRETO e TEXEIRA, 2008).”

BOGM AW, COSTA CS, NEVES RG, FLORES TR, NUNES BP. Tendência da incidência de dengue no Brasil, 2002-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016 Dec; 25(4): 725-733 (fragmento).

Relate os principais resultados da tabela 1 (abaixo), evidenciando o porquê da doença ser considerada epidêmica no Brasil e proponha medidas para a redução da incidência e prevalência da mesma.

“No Brasil, as taxas de incidência de dengue foram de 401,6 por 100 mil habitantes em 2002, e de 301,5 por 100 mil hab. em 2012. A taxa de incremento anual no período foi de 21,4% (IC95% - 19,8;83,7), revelando estabilidade das taxas de incidência.”

“Também se observou estabilidade das taxas de incidência de dengue na maioria das UF e regiões. Apenas Alagoas e Tocantins apresentaram aumento, com taxas de incremento anual de 38,9% (IC95% 5,1;83,5) e 50,4% (IC95% 12,6;100,7), respectivamente. A única grande região que apresentou crescimento nas taxas foi a região Norte (34,6%; IC95% 10,9;63,3) (Tabela 1).”

“As UF com maior incidência, em 2002, foram Rio de Janeiro (1.691,6 por 100 mil hab.), Pernambuco (1.235,3 por 100 mil hab.), Espírito Santo (796,0 por 100 mil hab.) e Rio Grande do Norte (764,8 por 100 mil hab.). Em 2012, Rio de Janeiro (1.100,7 por 100 mil hab.) e Rio Grande do Norte (822,1 por 100 mil hab.) permaneceram entre as UF com maior incidência, seguidas por Mato Grosso (1.069,1 por 100 mil hab.), Alagoas (856,8 por 100 mil hab.) e Tocantins (826,6 por 100 mil hab.) (Tabela 1).”

“As regiões que apresentaram maiores taxas de incidência de dengue em 2002 foram Nordeste (548,2 por 100 mil hab.) e Sudeste (480,7 por 100 mil hab.). Em 2012, as maiores taxas de incidência foram registradas nas regiões Nordeste (403,3 por 100 mil hab.) e Centro-Oeste (483,4 por 100 mil hab.) (Tabela 1).”

“Em nível de Brasil, a doença é tratada como epidemia pois está presente em todos os estados da federação.”

“Para a diminuição das taxas de incidência e prevalência, sugere-se a necessidade de ações mais efetivas para o controle da doença, inclusive de reestruturação da vigilância epidemiológica, revisão das políticas, inclusão das realidades locais, gestão ambiental e integração das ações da Saúde com outros setores dos governos e da sociedade.”



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia – Mestrado



“São necessários esforços e ações tendo por objetivo reduzir os casos de dengue, com foco principal nas unidades da federação com alta incidência. Embora já exista uma vacina aprovada no Brasil e outras em desenvolvimento, estudos mostram que estratégias como a incorporação dos chamados Agentes de Controle de Vetores na atenção primária à saúde, ações educativas nas escolas, abordagens na mídia e a implementação de atividades com a participação da comunidade podem ajudar na conscientização da população e consequente controle do vetor. Políticas públicas mais amplas mostram-se necessárias, como medidas destinadas a reduzir a aglomeração urbana, melhorar as condições de saneamento e evitar enchentes, e que aumentem o escoamento de água em períodos de chuva. Sugere-se, também, que estudos com delineamentos mais robustos sejam realizados para investigar fatores individuais e do ambiente capazes de contribuir para o aumento substancial no número de casos de dengue em alguns locais.”

Tabela 1 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de dengue e variação anual, Brasil, grandes regiões e unidades da federação (UF), 2002-2012

Grandes regiões e UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Taxa de variação anual % (IC _{95%})	p-valor ^a	Situação
Norte	150,0	207,7	135,7	175,4	136,8	246,5	306,2	350,4	619,0	699,3	257,8	34,6 (10,9;63,3)	0,007	Crescente
Acre	152,0	161,5	727,7	345,5	39,6	74,9	312,8	2.655,2	4.745,1	2.427,2	306,1	54,8 (-36,1;274,7)	0,293	Estável
Amapá	166,1	755,4	458,0	430,6	300,3	562,2	194,6	255,7	491,4	392,8	223,2	-6,6 (-22,1;11,9)	0,414	Estável
Amazonas	75,8	1.32,4	29,0	31,5	19,3	61,4	222,9	48,9	229,7	1740,7	149,5	61,9 (-8,0;184,7)	0,086	Estável
Pará	178,3	148,3	84,6	118,3	92,5	199,5	207,5	94,7	199,4	216,5	205,5	50,0 (-32,4;232,8)	0,279	Estável
Rondônia	109,4	206,7	224,9	387,5	272,3	212,6	365,8	1211,2	1.321,9	182,2	205,0	23,1 (-20,4;90,4)	0,309	Estável
Roraima	351,1	1.390,1	153,2	602,8	251,9	212,2	1207,7	715,1	1.632,5	282,9	390,4	7,5 (-22,3;48,7)	0,627	Estável
Tocantins	163,9	153,2	120,3	257,2	445,8	949,4	778,2	304,3	649,0	666,7	826,6	50,4 (12,6;100,7)	0,011	Crescente
Nordeste	548,2	305,2	44,6	148,9	135,3	241,4	338,7	220,9	320,3	326,4	403,3	12,7 (-22,4;63,7)	0,490	Estável
Alagoas	259,0	209,0	150,8	88,7	103,9	344,4	418,5	115,3	1.443,8	246,6	856,8	38,9 (5,1;83,5)	0,026	Crescente
Bahia	582,3	315,3	34,1	129,4	49,0	68,3	235,5	647,3	313,0	257,4	338,5	11,7 (-38,9;104,2)	0,687	Estável
Ceará	257,0	429,6	50,1	335,9	346,3	414,2	576,5	84,8	253,9	705,6	635,7	20,9 (-14,5;70,8)	0,246	Estável
Maranhão	146,5	99,8	27,0	108,3	83,6	213,6	88,0	33,6	87,2	153,3	79,0	0,1 (-24,9;34,7)	0,967	Estável
Paraíba	536,3	362,0	38,3	166,4	85,2	296,8	208,2	23,8	165,4	286,3	225,0	-7,3 (-41,5;47,1)	0,719	Estável
Pernambuco	1.235,3	186,1	28,0	66,3	103,3	262,2	210,9	30,2	375,4	185,2	341,7	0,7 (-44,5;82,8)	0,979	Estável
Piauí	304,9	325,1	29,4	150,7	158,4	315,3	74,8	121,2	225,3	308,6	384,2	13,5 (-21,7;64,4)	0,460	Estável
Rio Grande do Norte	764,8	718,9	90,8	160,5	275,4	432,3	916,6	72,9	222,6	651,0	822,1	52,0 (-18,9;184,9)	0,166	Estável
Sergipe	286,7	255,0	22,5	34,2	57,5	73,9	1.065,2	47,5	28,5	117,5	212,9	38,8 (-28,2;168,2)	0,290	Estável
Sudeste	480,7	87,4	27,9	27,9	161,5	257,9	354,0	131,5	572,1	412,2	307,1	33,4 (-24,8;136,6)	0,287	Estável
Espírito Santo	796,0	899,9	104,2	81,0	292,2	194,7	753,2	960,5	666,3	922,8	330,0	7,2 (-28,1;112,6)	0,792	Estável
Minas Gerais	209,8	77,2	72,3	58,8	154,3	143,9	247,7	268,7	1.072,5	172,5	158,0	30,9 (-9,9;90,1)	0,137	Estável
Rio de Janeiro	1.691,6	37,3	8,2	9,1	171,1	367,1	1.242,4	44,8	169,0	981,7	1.100,7	4,8 (-35,9;71,4)	0,834	Estável
São Paulo	117,5	43,3	7,9	15,8	150,2	276,0	28,0	28,8	482,6	261,8	68,4	-0,7 (-47,2;86,6)	0,980	Estável
Sul	30,9	42,8	0,74	4,26	5,1	100,5	7,45	5,8	152,2	105,8	18,1	47,9 (-32,2;223,6)	0,238	Estável
Paraná	73,8	111,4	1,6	10,3	12,0	258,7	17,2	14,1	363,1	273,1	45,1	11,9 (-4,8;31,4)	0,149	Estável
Rio Grande do Sul	4,2	0,5	0,2	0,4	0,6	3,8	1,2	0,5	33,6	3,0	1,5	60,0 (-43,7;354,8)	0,335	Estável
Santa Catarina	5,3	1,1	0,3	0,8	1,0	2,5	1,6	0,8	2,7	2,2	1,4	5,7 (-31,3;62,6)	0,778	Estável
Centro-Oeste	385,1	170,8	69,3	205,4	355,5	753,8	320,6	797,3	1.505,1	251,4	483,4	34,9 (-8,2;98,2)	0,113	Estável
Distrito Federal	147,5	40,6	11,5	16,6	21,8	46,9	45,4	32,4	581,9	55,5	56,0	23,6 (-28,1;112,6)	0,399	Estável
Goiás	421,6	161,5	106,1	335,4	424,5	257,6	605,9	738,8	1.653,1	380,0	405,8	31,7 (-5,1;82,8)	0,090	Estável
Mato Grosso	356,6	357,0	87,2	245,0	348,6	564,7	222,6	1.719,2	1.160,2	164,0	1.069,1	33,4 (-4,8;87,0)	0,085	Estável
Mato Grosso do Sul	568,9	97,6	15,5	28,5	538,6	2.971,4	32,2	616,9	2.538,5	250,6	397,8	57,3 (-30,6;256,2)	0,242	Estável
Brasil	401,6	156,9	40,0	82,3	143,2	264,9	293,2	204,2	514,4	356,6	301,5	21,4 (-19,8;83,7)	0,318	Estável

Bohm et al (2016)

a) Regressão de Prais-Winsten (p<0,05)



QUESTÃO 4:

No estudo de Furtado et al (2018) foi realizada uma pesquisa bibliométrica com o objetivo de analisar as implicações da significativa ampliação do interesse pela temática da avaliação em saúde em detrimento ao Planejamento nos últimos anos, conforme evidenciado nas figuras 1 e 2.

Neste contexto apresente as explicações trazidas pelos autores para a ênfase dos estudos em avaliação quando comparados ao estudos em planejamento em dado momento da série histórica evidenciada nas produções científicas (teses e artigos).

Os autores justificam o aumento da produção sobre avaliação dos serviços de saúde em detrimento ao planejamento pelos seguintes aspectos:

- Aumento geral no interesse pela avaliação de políticas públicas no Brasil;
- Aumento das críticas às políticas sociais nas últimas décadas, nas quais deveriam ser mínimas e focais.
- O modo de operar as políticas sociais, a serem administradas segundo a lógica de mercado (privatização ou terceirização da gestão).
- Alinha-se a um contexto político e institucional nos quais a ênfase repousa no 'como' e 'quanto' em detrimento do 'o que' e 'para que' das intervenções.
- Substituir o planejamento focado nas necessidades sociais e busca de efetividade e eficiência, por um sistema de avaliação acoplado a benefícios e punições segundo o desempenho de cada organização ou de cada trabalhador.
- Avaliação como espécie de avatar da gestão e planejamento;
- A avaliação seria atribuída o papel, até então do planejamento, ou seja, o de conferir racionalidade e eventuais correções de rota às políticas, programas e serviços, se necessário, assumindo o papel de adequação dos meios para garantir os objetivos estabelecidos, sem necessariamente levar em consideração os mesmos fins.

Figura 1

Artigos de Avaliação e Planejamento publicados em oito revistas de Saúde Coletiva (1980-2016).

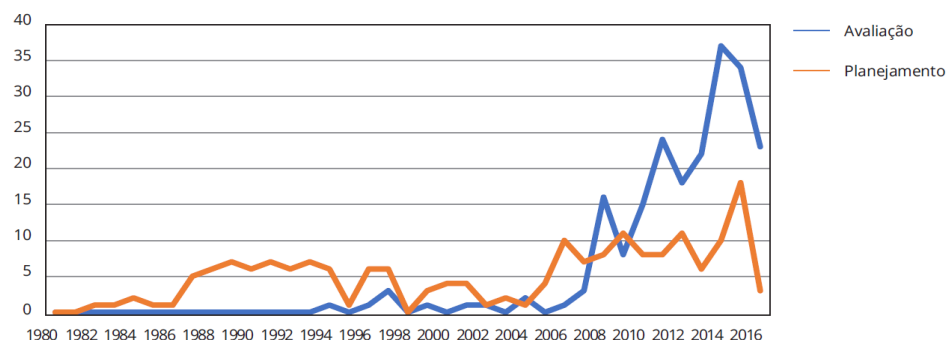
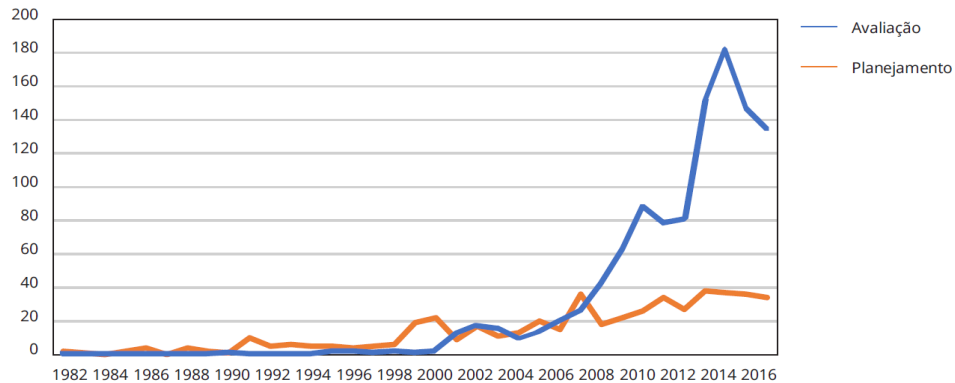




Figura 2

Dissertações e teses com a temática Avaliação e Planejamento em Saúde (1980-2016).



Fonte: Furtado et al (2018)

QUESTÃO 5:

“A identificação correta do paciente é uma ação que assegura a assistência e minimiza a ocorrência de erros e danos. Trata-se, portanto, da primeira atividade que advoga a favor da segurança do paciente (SP) (ARMOND, 2016). Falhas no processo de identificação do paciente ocorrem desde o momento da admissão até a alta do serviço de saúde e decorrem de fatores relacionados ao paciente (nível de consciência, por exemplo), ao processo de trabalho (mudanças de setor, leitos e de profissionais), dentre outras situações (BRASIL, 2013).”

ALVES KYA, OLIVEIRA PTC, CHIAVONE FBT, BARBOSA ML, SARAIVA COPO, MARTINS CCF et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta paul. enferm.* 2018 Feb; 31(1): 79-86. (Fragmento).

Cite as principais não conformidades quanto à identificação dos pacientes na figura 3 (abaixo), possíveis causas para estas falhas e quais as consequências destas para a segurança dos pacientes? Quais medidas poderiam ser tomadas para melhorar estes índices?

- 1- Ausência da data de nascimento e filiação.
- 2- Decorrem de fatores relacionados ao paciente (nível de consciência, por exemplo), ao processo de trabalho (mudanças de setor, leitos e de profissionais), falta de tempo e a alta demanda de atividades dos ambientes hospitalares, sobrecarga de trabalho, falta de treinamento adequado e ética na profissão.
- 3- Troca de pacientes, levando à administração errada de medicamentos, realização de procedimentos inadequados, que podem provocar danos temporários ou permanentes, podendo levar o paciente a óbito.
- 4- Nesse contexto, vislumbra-se que é essencial fomentar ações que incrementem o quantitativo de profissionais adequados e aprimorem as competências e habilidades desses. Isso permitirá potencializar seu desempenho.

Somado a isso, é imprescindível uma intervenção in loco nas instituições formadoras quanto à elaboração de estratégias que contribuam para a formação de indivíduos além do tradicional e impulsionem as dimensões éticas, críticas, colaborativas, transformadoras, reflexivas e de responsabilidade social. Elencam-se, dentre as ferramentas para incentivar a utilização das recomendações supracitadas, os processos educativos que abarcam conteúdos relativos à SP e comunicação escrita.

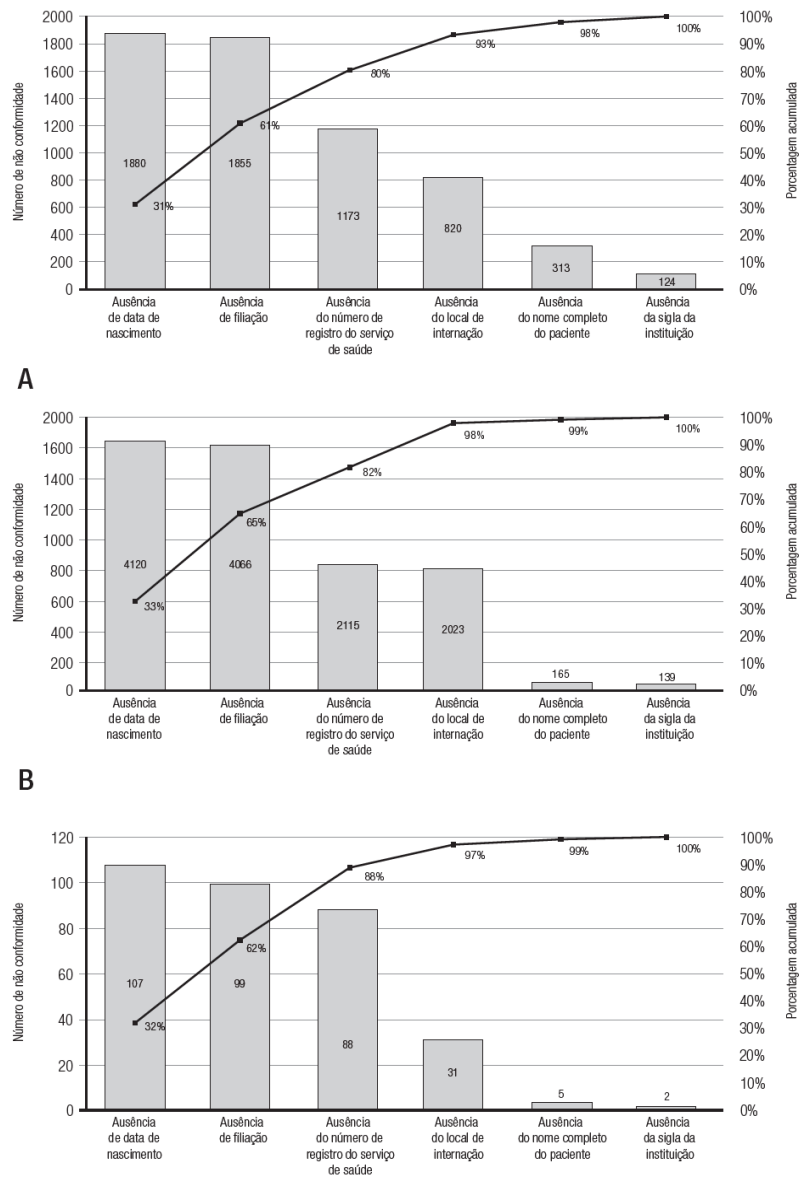


Figura 3. Diagrama de Pareto dos dados de identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde: (A) evoluções médicas; (B) anotações da equipe de enfermagem; e (C) pareceres médicos e das demais categorias

Fonte: Alves et al (2018)