UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

EDITAL 02/2026
PROCESSO SELETIVO PARA DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - TURMA 2026
1ª ETAPA: PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CPF da/o candidata/o: _____

Orientações (Leia com atenção): Item 6.1.1.1. do edital: Constará 1 (uma) questão norteadora sobre Epidemiologia Geral e 1 (uma) questão norteadora sobre Políticas e Gestão em Saúde. O candidato deverá escrever para cada questão norteadora um texto de, no mínimo, 30 linhas e, no máximo, 60 linhas, com uma estrutura mínima de Introdução, Desenvolvimento e Conclusão.

Questões Norteadoras

Questão Epidemiologia. Diante do rápido envelhecimento populacional, vivenciado após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, explique como é possível executar ações em saúde coletiva, a fim de reduzir a incidência e a prevalência das Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis? (5,0 pontos)

Resposta: O processo de envelhecimento populacional brasileiro, tem produzido profundas transformações no perfil epidemiológico, exigindo a reorganização das ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se o crescimento expressivo da população idosa, o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e persistência das doenças infecciosas e das causas externas, configuram a chamada tripla carga de doenças.

É importante destacar que no âmbito do SUS, têm sido implementadas diversas ações para o enfrentamento de doenças transmissíveis e DCNT, como por exemplo, o Programa Nacional de Imunizações, responsável pelo controle de doenças infecciosas; ações de vigilância epidemiológica; e estratégias de promoção da saúde voltadas à redução de fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada. Essas ações se articulam aos diferentes níveis de prevenção primária, secundária e terciária e, são operacionalizadas principalmente pela Atenção Primária à Saúde, especialmente na

Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as ações desenvolvidas destacam-se visitas domiciliares a idosos com mobilidade reduzida; busca ativa de não vacinados; grupos comunitários de atividade física; ações de segurança alimentar; e encaminhamentos intersetoriais para assistência social, dentre outros.

Entretanto, é importante considerar que a efetividade dessas ações depende também da prática colaborativa interprofissional, equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada nas ações de prevenção e promoção da saúde. Ainda, a ampliação da cobertura da APS, a qualificação do cuidado e a adoção de estratégias inclusivas são essenciais.

Nesse contexto, ainda é importante destacar que o processo saúde-doença está condicionado pelos determinantes sociais da saúde, como por exemplo renda, escolaridade, condições de moradia, acesso à alimentação adequada e inserção territorial. Esses fatores estruturam desigualdades que se expressam de forma diferenciada entre grupos populacionais, sendo aprofundadas por marcadores interseccionais como raça, gênero e classe social. Assim, idosos, negros, mulheres e populações periféricas tendem a apresentar maior carga de adoecimento e menor acesso a serviços, ou seja, a sobreposição de múltiplas vulnerabilidades, reforça ainda mais a necessidade de ações intersetoriais para a promoção da assistência social, segurança alimentar, mobilidade urbana e habitação que são fundamentais para a prevenção de doenças e promoção da saúde, conforme destacado por Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.

Por fim, o envelhecimento populacional vivenciado no Brasil, requer a articulação entre ações de prevenção, promoção e cuidado, sustentadas por uma abordagem intersetorial, aos determinantes sociais e à interseccionalidade, que constitui eixo fundamental para a construção de respostas efetivas e equitativas. Tal desafio reforça a importância da integração entre epidemiologia e políticas públicas para resposta efetiva às demandas contemporâneas.

Questão Políticas e Gestão em Saúde. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido um grande desafio na gestão do sistema. Discorra sobre avanços e retrocessos da construção de Redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS.

Resposta: A organização dos serviços no Sistema Único de Saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas constitui um dos pilares do modelo assistencial brasileiro, resultante do projeto político da Reforma Sanitária e institucionalizado pela Constituição Federal de 1988. Esse arranjo busca garantir universalidade, integralidade e equidade, sendo posteriormente regulamentado por instrumentos como o Decreto nº 7.508 de 2011, que formaliza a regionalização e estabelece mecanismos de articulação interfederativa.

A regionalização configura-se como estratégia de organização territorial dos serviços em Regiões de Saúde, definidas a partir de critérios epidemiológicos, demográficos e de capacidade instalada, com o objetivo de promover acesso equânime e racionalização do sistema. Contudo, trata-se de um processo permeado por tensões inerentes ao federalismo brasileiro, no qual a descentralização, especialmente a municipalização — convive com a necessidade de coordenação regional. Tal dinâmica evidencia limites na governança interfederativa, expressos na fragilidade de instrumentos como os COAP e nas desigualdades regionais persistentes.

A hierarquização, por sua vez, organiza os serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica, atribuindo à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de ordenadora do cuidado. Embora esse princípio represente uma racionalidade assistencial fundamental, sua operacionalização no SUS é frequentemente incompleta, com persistência de fluxos desordenados, acesso direto a serviços especializados e gargalos na média complexidade, comprometendo a continuidade do cuidado.

Nesse contexto, emergem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), institucionalizadas pela Política Nacional de Redes de Atenção à Saúde, como estratégia de superação da fragmentação. As RAS são arranjos organizativos que integram diferentes pontos de

atenção a partir de uma população adscrita, tendo a APS como coordenadora do cuidado e articulando sistemas de apoio, regulação e informação. Diferentemente do modelo anterior — caracterizado por fragmentação, hospitalocentrismo e atenção episódica — as RAS introduzem uma lógica de cuidado contínuo, longitudinal e centrado nas necessidades de saúde.

A priorização de redes temáticas no início da década de 2010 reflete o perfil epidemiológico brasileiro. Destacam-se a Rede Cegonha (2011), atualizada e reestruturada em Rede Alyne, em 2024, voltada à saúde materno-infantil; a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (2011), estruturante da reforma psiquiátrica; a Rede de Urgência e Emergência – RUE (2011), voltada ao manejo de agravos agudos; a Rede de Atenção às Doenças Crônicas (2011), voltada ao cuidado longitudinal; e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012). Essas redes evidenciam a coexistência de diferentes perfis de adoecimento e a necessidade de respostas integradas.

A integração entre as RAS no âmbito do SUS se dá por meio da coordenação da APS, da regulação assistencial, da construção de linhas de cuidado e do uso de sistemas de informação, permitindo fluxos organizados entre os níveis de atenção. Idealmente, essa integração garante continuidade do cuidado, responsabilização sanitária e maior eficiência do sistema, embora na prática ainda se observem fragmentação e desigualdades na implementação.

Entretanto, a consolidação desse modelo enfrenta limites estruturais importantes. O subfinanciamento do sistema, agravado por medidas como a Emenda Constitucional 95, as desigualdades regionais na oferta de serviços e a fragilidade da governança interfederativa comprometem a efetividade das redes. Ademais, a própria dinâmica política do SUS, enquanto política pública em disputa, influencia a continuidade e a consistência dessas estratégias.

Em síntese, a organização do SUS em redes regionalizadas e hierarquizadas representa um avanço teórico e normativo significativo, alinhado às necessidades impostas pela transição epidemiológica. Contudo, sua efetivação depende da superação de entraves estruturais e do fortalecimento da capacidade de coordenação do sistema, reafirmando o caráter histórico, político e social da construção do SUS.

Referências:

1. MEDRONHO, Roberto A. (Ed). Epidemiologia. 2. Ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2009. 685p.
2. GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e Sistema de saúde no Brasil. 2. ed., rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz: CEBES, 2012, 1097 p.