

PSRMS | Processo Seletivo
Residência Multiprofissional em Saúde **2020**



PSICOLOGIA

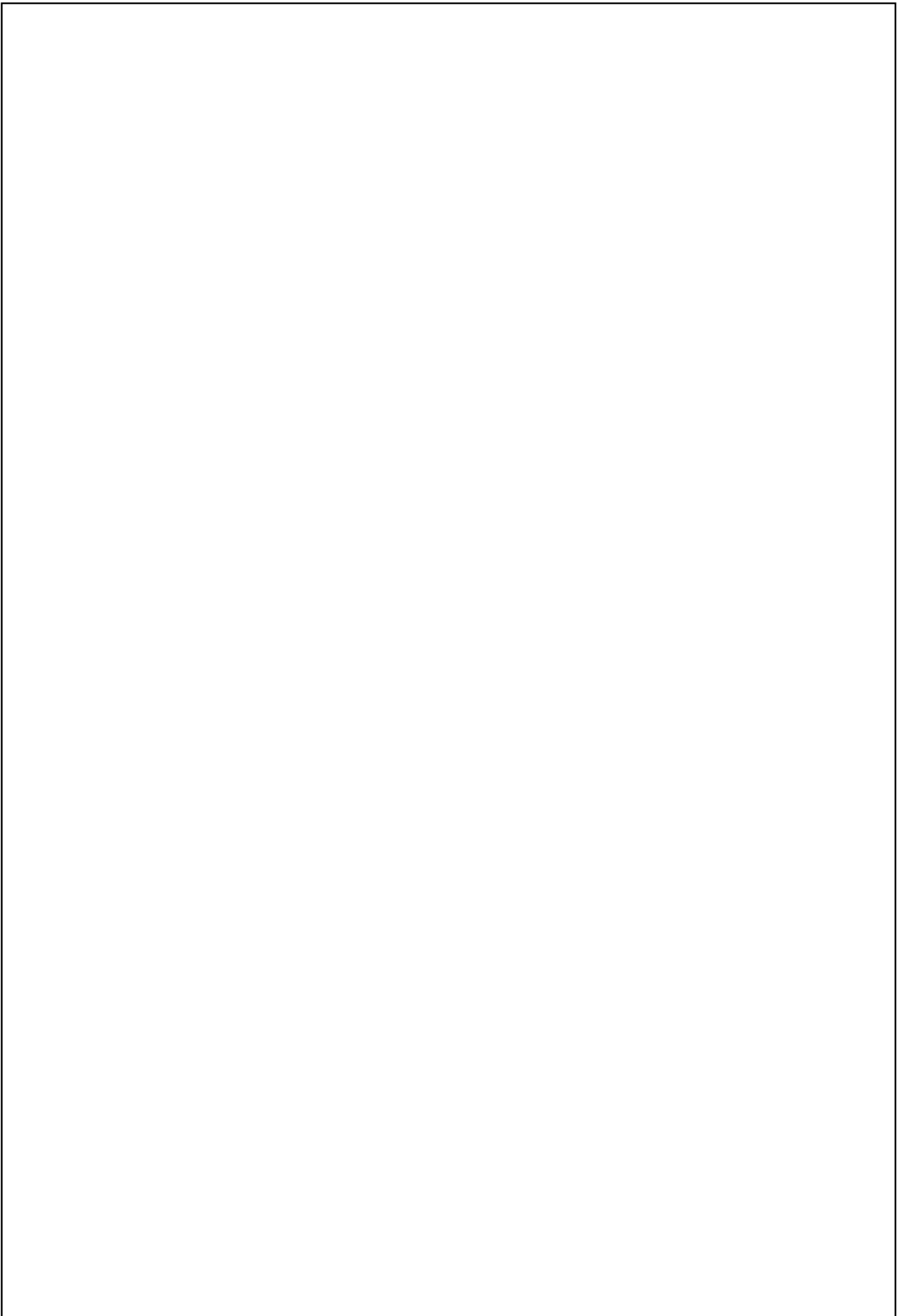
Atenção à Saúde Indígena - Atenção Cardiovascular - Materno-Infantil



PROVA OBJETIVA

A





QUESTÃO 1

Considerando os princípios e as diretrizes da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é correto afirmar que

- (A) a diretriz “Integralidade” visa a possibilitar o acesso dos usuários a todos os pontos (integralmente) da Rede de Atenção a Saúde (RAS) de forma resolutiva e com qualidade, considerando a Atenção Básica como porta de entrada preferencial da RAS.
- (B) a diretriz “Cuidado Centrado na Pessoa” refere-se ao planejamento e ao desenvolvimento de ações de cuidado construído com o usuário, considerando suas necessidades e potencialidades para uma vida independente e plena. Considera-se também sua família e comunidade que, por vezes, são elementos condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, conseqüentemente, no cuidado.
- (C) o princípio da “Regionalização e Hierarquização” visa ao planejamento e à execução das ações setoriais e intersetoriais, considerando as particularidades do território, dos indivíduos e das coletividades nele adscritos.
- (D) a diretriz “Ordenar as Redes” indica a linha de ação para a elaboração, o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários entre os diferentes pontos de atenção à saúde das Redes de Atenção a Saúde (RAS).
- (E) a diretriz “Equidade” estabelece o reconhecimento da diversidade nas condições de vida e saúde dos indivíduos, para a oferta de cuidado de forma justa. Contudo, a nova PNAB apresenta um retrocesso ao retirar do texto, dentre as proibições de discriminação, os termos identidade de gênero, orientação sexual e crença.

QUESTÃO 2

A Constituição Federal, promulgada em 1988, possibilita que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, reconhecendo aos povos indígenas o direito à diferença cultural, à organização social, a crenças e a tradições. O movimento da Reforma Sanitária e as Conferências Nacionais de Saúde constituíram um espaço democrático que resultou na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, em 1990. Nove anos depois, a partir de muita luta pelo direito à atenção à saúde, também por meio de Conferências Nacionais de Saúde Indígena, os povos indígenas conquistaram um subsistema específico para eles. A publicação da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, que

cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as diretrizes básicas para a implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), considerando as especificidades desses povos. Sobre o conceito e a organização dos DSEI, assinale a alternativa correta.

- (A) Os DSEI equivalem a “Secretarias Municipais de Saúde”, dentro do subsistema de atenção à saúde indígena, sendo a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias.
- (B) A distribuição geográfica dos DSEI leva em consideração o número de estados brasileiros e o Distrito Federal, já que os DSEI cobrem todo o país.
- (C) As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas, basicamente, pelos profissionais: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, devendo contar também com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas, como também técnicos considerados necessários.
- (D) Faz parte da organização dos DSEI, dentro do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o(s) hospital(is) de referência, em níveis secundário e terciário, além das Casas de Saúde Indígena (CASAI).
- (E) A distribuição geográfica dos DSEI leva em consideração as distribuições geográfica e demográfica tradicional dos povos indígenas, além de outras questões etnicoculturais e epidemiológicas.

QUESTÃO 3

A partir dos avanços firmados na área de saúde na Constituição Federal de 1988, na legislação que regulamenta o SUS, nas deliberações de Conferências Nacionais de Saúde e no Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687, de 30 de março de 2006), sob responsabilidade partilhada de gestões federal, estadual e municipal e tendo como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde. As afirmações a seguir apresentam os determinantes e os condicionantes dos riscos à saúde, que a Política Nacional de Promoção da Saúde tem por meta minimizar e/ou extinguir seus efeitos, por meio de ações promotoras do cuidado integral à saúde, com ênfase na atenção básica. Nesse contexto, é correto afirmar que

- (A) são considerados determinantes e condicionantes de riscos à saúde pela Política Nacional de

- Promoção da Saúde: modos de viver; condições de trabalho; habitação; ambiente; educação; lazer; cultura; acesso a bens e serviços essenciais.
- (B) os determinantes e os condicionantes de riscos à saúde, apresentados pela Política Nacional de Promoção da Saúde são: excesso de peso; carências de micronutrientes, como ferro, iodo e vitamina A; e insegurança alimentar.
- (C) são determinantes e condicionantes de riscos à saúde a serem trabalhados pelos profissionais da atenção básica: déficits nutricionais; excesso de peso; e acesso a bens e a serviços essenciais.
- (D) a Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo minimizar ou extinguir os fatores determinantes de riscos à saúde, relacionados a: ambiente; alimentação; exercício físico; empoderamento; e autonomia do cuidado à saúde.
- (E) são ações promotoras do cuidado integral à saúde: promoção de ambientes mais saudáveis e seguros; promoção do aleitamento materno e da mortalidade infantil; prevenção e controle do tabagismo; e incentivo a práticas corporais e exercícios físicos.

QUESTÃO 4

O Decreto da Presidência da República nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, com relação à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Em seu artigo 2º, define a região de saúde como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Os estados, conforme as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), serão os responsáveis por instituir as Regiões de Saúde, considerando as características e os serviços mínimos que devem ser oferecidos em cada região. Como serviços mínimos que uma Região de Saúde deve oferecer, é correto citar:

- (A) Atendimento ambulatorial especializado; Controle social; Rede de atenção a doenças crônicas; e Atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde.
- (B) Redes de atenção à saúde: Rede de atenção psicossocial; Rede de urgência e emergência; Rede cegonha; Rede de enfrentamento da obesidade infantil; e Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

- (C) Atenção primária à saúde; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e Vigilância em saúde.
- (D) Comissões de saúde; Atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, Atendimento ambulatorial especializado; e Hospital com atendimento terciário.
- (E) Atenção primária à saúde; Controle social; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e Vigilâncias alimentar e nutricional.

QUESTÃO 5

A Educação Interprofissional é importante e, atualmente, essencial para o desenvolvimento de competências colaborativas para a resolutividade do trabalho em equipe, na produção dos serviços de saúde e na promoção do cuidado integral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise de saúde mundial. Sobre Educação Interprofissional, é correto afirmar que

- (A) é conceituada por práticas de educação em saúde, executadas por equipes multi e interdisciplinares em serviços de saúde de diferentes complexidades.
- (B) é o método educativo que inclui abordagens ativas.
- (C) é uma estratégia de aprendizagem coletiva, executada por profissionais da área de saúde por meios de ambientes virtuais de aprendizagem.
- (D) consiste na prática realizada por duas ou mais profissões, que aprendem juntas sobre os outros e com os outros, para a efetiva colaboração e melhoria dos resultados na saúde.
- (E) é o método que oportuniza o aprendizado planejado e executado por diferentes profissionais, preferencialmente das áreas de humanas e de saúde.

QUESTÃO 6

Para Merhy (2014), a superação do modelo hegemônico neoliberal implica o gerenciamento das organizações de saúde com ordenamento organizacional coerente e com ações voltadas para uma lógica:

- (A) Médico-Centrada, em que o ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e por diversos outros não específicos de saúde, sendo o médico o elemento principal do processo assistencial.
- (B) Usuário-Centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.
- (C) Institucionalizada, focada na atenção especializada hospitalar e com uma diretriz biológica reguladora.
- (D) Tecnológica, em que os avanços tecnológicos são utilizados como meios superiormente eficazes para aumentarem a acurácia nas investigações sobre doenças.
- (E) Tecnicista, com enfoque vertical que utiliza combinação de técnicas para a resolução de demandas espontâneas de forma mais rápida possível, possuindo caráter curativo.

QUESTÃO 7

Inicialmente, o conceito de tecnologia estava relacionado ao de técnica; ao longo do tempo, sofreu mudanças e passou a se relacionar aos aspectos subjetivos e objetivos do cuidar. Merhy (2014) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como leve, leve-dura e dura. Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais as tecnologias são tratadas de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo até o produto final. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

- (A) Na tecnologia leve-dura, equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais são utilizados eficientemente para aumentarem a precisão no diagnóstico das doenças.
- (B) Na tecnologia leve, o ato clínico em saúde se dá através de exames laboratoriais e de imagens.
- (C) Na tecnologia dura, a relação entre o profissional e o cliente acontece de forma direta, com conexão interpessoal, isto é, troca de aprendizado entre os envolvidos.
- (D) A tecnologia dura diz respeito aos saberes

bem-estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo.

- (E) Na tecnologia leve, o trabalho em saúde deve enfatizar os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

QUESTÃO 8

O debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Merhy (2014) analisa os processos de reestruturação produtiva no trabalho em saúde, afirmando que, hoje, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos em saúde. Dessa forma, para Merhy,

- (A) a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como relações intercessoras que estão presentes na produção do trabalho – descrito como ato de cuidar – e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo.
- (B) para que ocorram as melhorias no trabalho em saúde, mais precisamente na assistência, é necessário incluir saberes mais específicos, que possam integrar as especialidades médicas, resgatando o sentido do trabalho em equipe.
- (C) o trabalho em saúde, cuja ação intencional é marcada pela busca da cura e da efetivação das necessidades do serviço de saúde, é centrado no trabalho vivo em ato e permanente, possuidor de tecnologias de ação que se constroem em processos educativos e em capacitações que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados.
- (D) na perspectiva de formação de redes e de encontros no trabalho em saúde como “trabalho vivo em ato”, o trabalhador, por meio de uma clínica biomédica sustentada no biologicismo, com o usuário ou a coletividade, deve ser produtor de acolhimento, vínculo e responsabilização.
- (E) a incorporação de diferentes tecnologias de ponta, equipamentos e instrumentos, presença de novos modos de organização do trabalho e desenvolvimento de tecnologias estimularam a produção de uma saúde que necessita de mais estímulo à capacitação técnica de seus

trabalhadores.

QUESTÃO 9

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Ao operar os Processos de Acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, objetiva-se

- (A) a mudança de objeto (da doença para a cura).
- (B) uma abordagem especializada e centralizada a partir de parâmetros médicos abrangendo solidariedade e cidadania.
- (C) a humanização das relações entre médicos e demais profissionais de saúde, no que se refere à forma de tratar os usuários em suas doenças buscando a efetivação da cura.
- (D) a melhoria no acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- (E) a operacionalização de uma clínica centralizada, que busca aumentar o grau de autonomia da equipe de saúde.

QUESTÃO 10

O Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as suas esferas, propõe desafios. Trabalhadores de saúde precisam compreender as nomenclaturas, os complexos conceitos e os serviços que compõem a Rede SUS. De acordo com o documento do Ministério da Saúde *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (2009), assinale a alternativa correta.

- (A) O CRAS é o equipamento de saúde direcionado aos trabalhadores, implementado a partir dos anos 1980 na rede pública de saúde, com a proposta de prestar atenção integral, assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, além de desenvolver conhecimentos especializados na área e atividades educativas.
- (B) O NasF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade por meio do apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF).
- (C) O NasF é o equipamento de atendimento em saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, serviço estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental.
- (D) O CRST é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das

três esferas de governo – União, estados, DF e municípios.

- (E) O CRTS é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de Saúde, no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação e na proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

QUESTÃO 11

A função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano. Nessa ótica, assinale a alternativa correta.

- (A) Um dos princípios norteadores do SUS é a pluralidade. A pluralidade significa igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina a prioridade do atendimento é a ordem de chegada do usuário ao serviço.
- (B) A flexibilidade é um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
- (C) A intersetorialidade é uma estratégia política complexa cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde.
- (D) A integralidade em saúde são recomendações

sistematicamente desenvolvidas, para orientar profissionais da saúde e usuários dos serviços acerca de cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas.

- (E) A equidade em saúde garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.

QUESTÃO 12

Segundo o atual Código de Ética Profissional do Psicólogo,

- (A) esse profissional, ao promover publicamente sua atuação, por quaisquer meios, individual ou coletivamente, poderá divulgar valores cobrados pelos seus serviços como forma de propaganda.
- (B) esse profissional não poderá intervir na prestação de serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, mesmo quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada.
- (C) é vedado a esse profissional induzir paciente a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou qualquer tipo de preconceito, quando no exercício de suas funções profissionais, salvo a pedido expresso por seu atendido.
- (D) esse profissional, no relacionamento com profissionais não psicólogos, compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo.
- (E) em situações de emergências e desastres, esse profissional poderá assumir responsabilidades profissionais por atividades para as quais esteja parcialmente capacitado, teórica e tecnicamente, a fim de garantir o direito à vida.

QUESTÃO 13

Em seu livro *Os Condenados da Terra*, Fanon (2005) afirma que, na colônia, o representante do poder colonizador se apresentou

- (A) em um conjunto institucionalizado de organizações como escola, igreja, comércio e política que subordinam as mentalidades e promovem alianças administrativas.
- (B) como autoridade administrativa que funde a colônia à metrópole, perfazendo uma extensão territorial sob seu domínio.
- (C) como violência territorial, cognitiva e comportamental constante.

(D) com superioridade tecnológica manifestada por meio da ciência positiva, da escrita alfabética, da religiosidade cristã e da justa valorização da mão de obra.

- (E) sedutoramente, por meio da instalação do desejo de reconhecimento da igualdade entre os sujeitos e do estabelecimento da meritocracia como critério de avaliação das diferenças.

QUESTÃO 14

Durante a colonização, o colonizado não para de se libertar entre as nove horas da noite e as seis da manhã.

FANON, Frantz. *Os condenados da terra*. Juiz de Fora: Ed UFJF, 2005, p. 69.

Com essa afirmação, o autor faz uma observação sobre a posição subjetiva do colonizado que diz respeito

- (A) ao sonho daquele que é oprimido violenta e diariamente, mas mantém a memória da liberdade.
- (B) às lutas clandestinas articuladas pelos grupos revolucionários de libertação em nações onde prevalecem administrações capitalistas globalistas.
- (C) à condição de exaustão do trabalhador cuja exploração se faz no limite físico e, portanto, dormindo se livra do cansaço e recupera forças para manter-se vivo e produtivo.
- (D) às práticas culturais das populações colonizadas que se manifestam nas festas e nas práticas religiosas realizadas durante as noites e as madrugadas.
- (E) ao estudante trabalhador que, para manter-se em condições de empregabilidade e competitividade no mercado de trabalho, concentra suas forças no estudo noturno.

QUESTÃO 15

A loucura é uma produção social e condições históricas delineadas constituem formas de loucura muito específicas. Frantz Fanon (2005) mostra em seu livro *Os Condenados da Terra* transtornos relacionais, psicossomáticos e comportamentos patológicos peculiares relacionados à guerra e à tortura. Considerando as descrições desse autor, assinale a alternativa em que os transtornos apresentados estão relacionados corretamente.

- (A) Aos traumas de guerra, tais quais descritos após a primeira e a segunda guerras mundiais.
- (B) Aos conflitos desenvolvidos pelas populações de refugiados e apátridas, cada vez mais numerosos em nossos tempos.
- (C) Ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, diagnosticado pela primeira vez em soldados americanos que retornavam da guerra do Vietnã.

- (D) À percepção de que a violência exercida pelos colonizadores nos países colonizados produz sofrimentos psicológicos distintos.
- (E) Ao biopoder que faz circular discursos de medicalização social e, cada vez mais, atribui às populações menos favorecidas diagnósticos que responsabilizam o indivíduo e seu corpo por transtornos resultantes de produções sociais.

QUESTÃO 16

O mito da Modernidade

A modernidade, no pensamento romântico eurocentrado, é uma emancipação, uma saída da imaturidade que, pela razão, proporciona um novo desenvolvimento do ser humano.

A segunda visão de modernidade consiste em uma determinação fundamental de o mundo moderno ser o centro da história mundial. Dessa forma, o “centro” da história mundial constitui, pela primeira vez, as outras culturas como periferias.

DUSSEL, Enrique. Europa, Modernidade e eurocentrismo. LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005.

Sobre essas concepções de modernidade há uma crítica opositiva realizada por Enrique Dussel, citado por Lander (2005), que se expressa como

- (A) Necessidade de desconstrução desse paradigma, introduzindo elementos helenísticos, egípcios e semitas na raiz das construções identitárias do pensamento moderno, deslocando o centro imaginário eurocentrado para suas verdadeiras origens.
- (B) uma transmodernidade, um projeto mundial de libertação no qual a alteridade se realiza em fecundidade com a modernidade, formando nova potência criadora.
- (C) revisão dos métodos violentos e irracionais empregados na subordinação e na exploração dos povos colonizados. Essa revisão implica uma grande contabilidade de valores expropriados e de reparações pelos danos perpetrados pela violência das metrópoles.
- (D) apontamentos que revelam essa modernidade como um mito perverso, visto que houve, preponderantemente, apropriação dos bens das colônias para a manutenção de uma aparente superioridade racional.
- (E) dívida e reconhecimento. Dívida pelo Iluminismo que retira todos os povos do obscurantismo religioso e propicia o desenvolvimento científico, que deve ser reconhecido como nova equação para a salvação dos povos dominados pela miséria, improdutividade e brutalidade.

QUESTÃO 17

Em *Colonialidade do Poder*, Eurocentrismo e América Latina, Anibal Quijano, citado por Lander (2005), aponta marcadores de identidade derivados das relações do poder colonial na América Latina. Assinale a alternativa que registra o primeiro e mais radical desses marcadores, legitimador das antigas ideias e práticas de relação inferioridade/superioridade.

- (A) Identidade Geocultural.
- (B) Raça.
- (C) Identidade de Sujeito Selvagem.
- (D) Identidade de Sujeito de Sociedade de Tradição Oral.
- (E) Identidade de Gênero.

QUESTÃO 18

A *Colonialidade do Poder*, segundo Anibal Quijano (2005), citado por Lander (2005), propicia os discursos de sustentação do Capitalismo Mundial que, para se desenvolver, se vale

- (A) da reorganização do antigo mercantilismo, introduzindo novas mercadorias e tecnologias às populações europeias e excluindo dos mercados consumidores todas as populações vinculadas ao capitalismo rentista.
- (B) da criação de novas formas de controle de subjetividades subalternas e de seus símbolos, das culturas secundarizadas, do conhecimento e de sua produção de saberes não autorizados.
- (C) de guerras sangrentas e pontuais contra os poderes locais de cada povo, do sufocamento de rebeliões, do extermínio explícito de indígenas e das políticas de encarceramento em massa da juventude nos países subdesenvolvidos.
- (D) do desmonte cultural, com ataques contra as práticas identitárias religiosas, linguísticas e de organização familiar dos povos pré-capitalistas.
- (E) do controle dos recursos de matéria-prima, dos trabalhadores, dos salários, do comércio global de mercadorias e do poder de compra dos consumidores. As relações de autoridade, a exploração do trabalho e a subordinação política atingem, assim, todos os povos colonizados, subalternizando alguns como sujeitos de segunda classe e desumanizando outros, com todos esses mecanismos se articulando em torno do capital.

QUESTÃO 19

[...] Já não é a vontade inescrutável de Deus que decide sobre os acontecimentos da vida individual e social, e sim o próprio homem que, servindo-se da razão, é capaz de decifrar as leis inerentes à natureza para colocá-las a seu serviço. Esta reabilita-

ção do homem caminha de mãos dadas com a ideia do domínio sobre a natureza através da ciência e da técnica, cujo verdadeiro profeta foi Bacon. [...] E a melhor tática para ganhar esta guerra é conhecer o interior do inimigo, perscrutar seus segredos mais íntimos, para depois, com suas próprias armas, submetê-lo à vontade humana. O papel da razão científico-técnica é precisamente acessar os segredos mais ocultos e remotos da natureza com o intuito de obrigá-la a obedecer nossos imperativos de controle. A insegurança ontológica só poderá ser eliminada na medida em que se aumentem os mecanismos de controle sobre as forças mágicas ou misteriosas da natureza e sobretudo aquilo que não podemos reduzir à calculabilidade. Max Weber falou neste sentido da racionalização do ocidente como um processo de desencantamento do mundo. [...]

CASTRO-GOMEZ, Santiago. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da invenção do outro (p.80). In: LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005.

No texto apresentado, encontram-se conceitos relacionados à subjetividade moderna. Quando se fixa a atenção no recorte “O papel da razão científico-técnica é precisamente acessar os segredos mais ocultos e remotos da natureza com o intuito de obrigá-la a obedecer nossos imperativos de controle”, pode-se ligá-lo ao papel de governo no controle das populações. Esse conceito é identificado como

- (A) Governamentalidade.
- (B) Marketing.
- (C) Aparelho ideológico do Estado.
- (D) Psicologia do Consumidor.
- (E) Política de Estado.

QUESTÃO 20

Quem quiser prosseguir no estudo da ciência da medicina deve proceder assim: primeiro deve considerar que efeitos que cada estação do ano pode produzir, porque as estações não são iguais [...]. Tem de se considerar em outro ponto os ventos quentes e os frios, em particular aqueles que são universais, mostrando bem aqueles peculiares de cada região.

CARVALHO A. I. & BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Lígia Giovanella et al (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 142.

O trecho reflete um modo de compreensão dos processos saúde-doença que foi se modificando ao longo da história. Sobre as formas de compreensão dos processos saúde-doença e seus respectivos momentos históricos, assinale a alternativa correta.

- (A) A vigência de explicações metafísicas para

os fenômenos da doença levando à busca de terapêuticas mágicas, tais como práticas de recolhimento em templos, foi uma forma de compreensão do processo saúde-doença que predominou durante o período do Renascimento na Europa.

- (B) Na Idade Clássica, com Hipócrates, tem-se início a lógica do pensamento científico, baseada na observação clínica e da natureza, fundando a tradição da medicina ocidental.
- (C) Na Baixa Idade Média, predominou-se a explicação da ação divina como responsável pelos males e pelas doenças, vistos como punições por pecados cometidos por pessoas e coletividades e a terapêutica era penitências e castigos por meio dos quais as pessoas deveriam obter a cura expurgando seus erros. Esse tipo de conhecimento significou um avanço das práticas sanitárias.
- (D) A teoria dos miasmas consistiu, durante o período do Renascimento na Europa, em uma teoria consistente do ponto de vista científico, procurando explicar, com base na observação sistemática e na reflexão sobre a causalidade, o avanço das grandes epidemias da época.
- (E) As políticas públicas surgiram de maneira organizada e sistemática a partir do século XVIII, durante a consolidação dos Estados Nacionais, em consonância com uma concepção de saúde enquanto fenômeno unicamente biológico.

QUESTÃO 21

Segundo Carvalho & Buss (2012), citado por Giovanella et al [orgs.] (2017), cada avanço no conhecimento das causas e das determinações dos processos saúde-doença gerou um enriquecimento e uma diversificação de medidas de proteção à saúde e de combate à doença, que variaram também com a ênfase atribuída a cada um dos fatores determinantes. Os autores especificam três modelos de causalidade dos processos saúde-doença. Sobre esses modelos, assinale a alternativa correta.

- (A) O modelo da história natural da doença compreende dois períodos, o de pré-patogênese e de patogênese. No período de pré-patogênese, as manifestações clínicas da doença ainda não surgiram nem existem as condições para o seu aparecimento.
- (B) O modelo do campo da saúde, inspirado no processo de reforma do sistema de saúde canadense na década de 1970, cristalizou-se em um modelo explicativo abrangente, que considera que as condições de saúde dependem mais dos aspectos físicos ou genéticos do que das relações sociais e econômicas que engendram

formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, entre outros.

- (C) Nas décadas de 1950 e 1960, as principais doenças registradas entre trabalhadores brasileiros eram as intoxicações e as dermatoses profissionais. Nos dias de hoje, com as mudanças decorrentes dos processos de trabalho e da própria organização econômica do país, as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e as perdas auditivas ocupacionais prevalecem. Essa linha de pensamento é característico do modelo social estruturalista dos processos saúde-doença.
- (D) No modelo da história natural da doença, é dada menor ênfase a como as ações das políticas e serviços de saúde incidem nos desenvolvimento das doenças.
- (E) Os diferentes enfoques sobre os determinantes das doenças, presentes no modelo social estruturalista, remetem a um conceito de saúde e doença mais complexo, mediado por disciplinas que dão maior ênfase aos conhecimentos sobre as estruturas biológicas e de funcionamento do corpo humano.

QUESTÃO 22

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento importante para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde. Segundo Escorel & Teixeira (2012), citado por Giovanella et al [orgs.] (2017), sobre a história da saúde pública no Brasil, assinale a alternativa correta.

- (A) No longo período em que o Brasil foi colônia, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas.
- (B) Em 1808, quando a Corte portuguesa chegou ao Brasil, já existiam instâncias de saúde pública. A criação da Fisicatura-mor e da Provedoria-mor de Saúde substituíram as escolas de medicina no trabalho de fiscalização do exercício da medicina e de fiscalização dos navios.
- (C) Com o processo de Independência, as ações de saúde pública ficaram sob a alçada das câmaras municipais existentes nas diversas regiões do país. Atuando de forma descentralizada, os municípios agiam de acordo com os interesses e as necessidades locais, normalmente definidos pela classe senhorial. Suas ações, na maioria das vezes, se resumiam à expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas e a medidas de purificação do ambiente.
- (D) Com a Independência, surgiram as primeiras faculdades e agremiações médicas. Em 1832,

os cursos médicos existentes na Bahia e no Rio de Janeiro foram transformados em faculdades de medicina, passando a expedir diplomas de médicos, farmacêuticos e parteiras. Com essas iniciativas, o avanço da medicina foi ampliado, substituindo rapidamente os diversos agentes de cura existentes, denominados pelos médicos de charlatões.

- (E) As campanhas sanitárias constituem-se em uma prática de atuação em saúde pública que surge no século XIX, caracterizada por ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, pela autonomia ante as práticas rotineiras de saúde, por sua curta duração e, em diversos momentos, por assumirem um perfil análogo ao das operações militares, não sendo mais difundidas hoje no país.

QUESTÃO 23

Segundo Minayo (2012), citado por Giovanella et al [orgs.] (2017), “o setor saúde, quando atua de forma teórica e prática sobre os problemas relacionados à violência, utiliza uma categoria denominada causas externas. Esta categoria se refere à mortalidade por homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos e outros e lesões e traumas provocados por esses fenômenos”.

MINAYO, M. C. S. Violência: impactos no setor saúde e resposta do sistema. In: Lígia Giovanella et al (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 1011.

Sobre o fenômeno da violência, é correto afirmar que

- (A) entre as mortes por causas externas notificadas no Brasil em 2009, a maior porcentagem foi de homicídios, seguida por suicídios e, em terceiro lugar, de óbitos relacionados ao trânsito, sendo a maior diferença nos dados de mortes violentas a de gênero.
- (B) as taxas de mortes violentas por causas externas têm seu pico, por grupos etários, entre jovens adultos, não tendo prevalência relevante nos demais grupos etários.
- (C) o homicídio é o ato mais hediondo nas relações sociais, pois resulta no aniquilamento do outro, mas ele é apenas um indicador das múltiplas expressões de violência. Outras manifestações que vão desde as mais graves até as mais sutis e ocultas se alimentam mutuamente.
- (D) as formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, de discriminações raciais ou contra grupos específicos (como homossexuais, crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos), não impactam o sistema de saúde, já que a violência é parte constitutiva de processos históricos complexos.

(E) a violência contra crianças e adolescentes foi tardiamente considerada um problema para o setor saúde, não havendo na história recente movimentos importantes de pressão da sociedade contra a violência nessa faixa etária, devido ao envolvimento dos familiares na maioria das agressões, nas negligências e nos abusos.

QUESTÃO 24

Segundo Carvalho & Buss (2012, p. 134-125), dados do relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) de 2006, mostram que, em 2000 a taxa de mortalidade em menores de cinco anos entre filhos de mulheres com até três anos de estudo era de 49,3 por mil nascidos vivos, quase 2,5 vezes maior que entre os filhos de mães com oito anos ou mais de estudo.

CARVALHO A. I. & BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Lígia Giovanella et al (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Esses dados mostram que a educação, medida em anos de estudo, é um importante fator de iniquidades em saúde. Considerando a discussão sobre as desigualdades em saúde, é correto afirmar que

- (A) os avanços sanitários ocultam enormes desigualdades nas médias que se apresentam no comparativo de dados entre as regiões brasileiras, principalmente, quando comparadas às regiões Sul e Sudeste.
- (B) as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos são aquelas desigualdades que, além de sistemáticas, relevantes e injustas, são inevitáveis.
- (C) o reconhecimento dos principais determinantes das desigualdades se deu desde meados do século XIX, não tendo se avançado, desde então, em termos de modelos explicativos e de hierarquização desses determinantes.
- (D) quando comparados dados de diferentes países, há uma correlação constante entre Produto Interno Bruto e indicadores de saúde.
- (E) a partir do debate sobre as desigualdades sociais, o entendimento sobre a pobreza tem mudado incluindo variáveis relativas à participação política e cívica, ao nível de capital social e à vulnerabilidade, como aspectos importantes na compreensão da pobreza.

QUESTÃO 25

Segundo Costa (2012), em Giovanella et al [orgs.] (2017): “O cenário epidemiológico da saúde da população feminina tem se tornado cada mais complexo pelo desvendamento de novos riscos e situações de vulnerabilidade que convivem com

o agravamento de outros problemas há muito existentes”.

COSTA, M. C. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: Lígia Giovanella et al (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 979-1009.

Nas ideias da autora, quando se compara o estado de saúde por sexo, os indicadores de mortalidade e de morbidade revelam desigualdades de saúde entre homens e mulheres não apenas biológicas, mas também relacionadas às condições de gênero, ou seja, às características, às situações e às particularidades dos modos de vida e de inserção social que incidem sobre a qualidade de vida, o adoecimento e a morte. Sobre essas desigualdades e seus impactos na saúde da mulher, assinale a alternativa correta.

- (A) A violência contra a mulher ocorre quando é praticado qualquer ato de violência com base no gênero e que tenha, obrigatoriamente, como resultado, algum dano ou sofrimento físico para a mulher.
- (B) A naturalização das diversas formas de violência contra a mulher leva ao reconhecimento como sendo violência as humilhações, os julgamentos ou as práticas injustas dirigidas a ela.
- (C) A morte materna ocorre, principalmente, durante a gravidez, o parto, o aborto e o puerpério imediato e suas causas são desconhecidas.
- (D) Em decorrência das piores condições de vida e das dificuldades de acesso à assistência à saúde, são as mulheres negras com baixa escolaridade, solteiras, com idade entre 20 e 39 anos, as que mais morrem, por todas as causas, no Brasil
- (E) Apesar das variadas estratégias que vêm sendo adotadas nos últimos anos, o Brasil ainda não logrou as mudanças pretendidas de redução da mortalidade materna e isso se deve, entre outras razões, à diminuição da medicalização.

QUESTÃO 26

Regionalização e descentralização são princípios norteadores da configuração política e territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), pois este integra um conjunto amplo de ações que deve ser organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo. Segundo Lima et al (2012), citado por Giovanella et al [orgs.] (2017), “a descentralização da política de saúde segue o desenho federativo brasileiro, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, para os municípios. Já a regionalização tem como objetivo central a conformação de regiões, traduzindo-se como um processo político mais amplo, condicionado pela

distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas, além de cidadãos, em diferentes espaços geográficos”.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Regionalização da saúde no Brasil. In: Lígia Giovanella et al (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 823-852.

Sobre as condições geográficas e a regionalização da saúde no Brasil, é correto afirmar que

- (A) a definição de “região de saúde” aparece pela primeira vez na regulamentação do SUS com a publicação da Noas em 2000, que teve como principal objetivo a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e aos serviços de saúde.
- (B) a regionalização foi definida como uma macroestratégia para o aprimoramento da centralização contemplando uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção.
- (C) o Pacto pela Saúde, publicado em 2006, buscou fortalecer a negociação e a pactuação intergovernamental nos processos de organização político-territorial do SUS, propondo a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a definição de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito intersetorial.
- (D) um dos desafios da regionalização diz respeito à faixa de fronteira internacional do Brasil, sendo que os fluxos transfronteiriços em busca de serviços de saúde estão se reduzindo, tendo implicações para a saúde nessas regiões.
- (E) as regiões Sudeste e Centro-Oeste são consideradas regiões com dinâmicas singulares, devido às diferenças nas respectivas densidades demográficas.

QUESTÃO 27

A psicologia está no SUS? ZURBA (2012) responde: “Sim, está!”. A autora afirma que “o ingresso da Psicologia nas políticas públicas de saúde foi um processo lento, que ainda hoje se constrói em um terreno de muitas controvérsias e lógicas díspares”.

ZURBA, M. C. Psicologia e saúde coletiva. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

Sobre a entrada e a permanência da psicologia nas políticas públicas, é correto afirmar que

- (A) a entrada da psicologia nas políticas públicas foi lenta, porque seu pressuposto epistemológico era associado a noção de sujeito coletivo.
- (B) dois importantes marcos da entrada da psicologia nas políticas públicas de saúde foram o advento da Constituição de 1988 e a promulgação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

(C) a reforma psiquiátrica no Brasil foi determinante para o protagonismo do psicólogo nas políticas públicas de saúde enfatizando sua capacidade de realizar psicodiagnósticos.

(D) a partir da inserção da psicologia nas políticas públicas de saúde foi possível falar em uma “unidade” epistemológica na psicologia.

(E) a atenção psicológica em saúde depende de um olhar sociológico sobre a constituição de sujeito e de produção de sintomas, o que tem possibilitado o fortalecimento de teorias universalizantes na explicação dos fenômenos psicológicos.

QUESTÃO 28

A psicologia hospitalar traz a necessidade de um atendimento integrado para as compreensões do fenômeno clínico e da experiência humana diante do adoecimento. Como postura do psicólogo hospitalar, assinale a alternativa correta.

- (A) Realiza estritamente atendimentos durante a hospitalização do paciente; também orienta a família, para facilitar o trabalho da equipe multiprofissional.
- (B) Busca reproduzir o modelo tradicional da clínica, realizando psicoterapia com o paciente hospitalizado, para que ele possa se sentir melhor no ambiente hospitalar.
- (C) Atua no fornecimento de diagnósticos médicos aos pacientes e seus familiares, para que saibam lidar com a realidade do adoecimento.
- (D) Auxilia o paciente e os familiares, minimizando o sofrimento em decorrência do processo de hospitalização e das sequelas e decorrências emocionais dessa hospitalização.
- (E) Realiza atividades de recrutamento e seleção de funcionários do hospital.

QUESTÃO 29

De acordo com Sílvia Maria Cury Ismael, no livro *Doença e Família* (2010), a hospitalização de uma pessoa com uma doença grave pode ser vista como um evento catastrófico desencadeando uma desestruturação familiar. Com relação à postura do psicólogo perante os familiares, é correto afirmar que

- (A) a intervenção deve ser feita com o paciente e não com sua família, pois é preciso desencorajar a relação simbiótica entre família e paciente.
- (B) quanto às orientações relacionadas à estrutura hospitalar, o psicólogo deve encaminhar a família para o Assistente Social, pois essas dúvidas não interferem nos aspectos psicológicos do paciente e da sua família.

- (C) os comportamentos dos familiares caracterizam-se como fatores desorganizadores, com possibilidades de rupturas do tratamento. O psicólogo deve tentar afastar esses comportamentos que obstaculizam negativamente o tratamento do paciente.
- (D) o psicólogo trabalha no convencimento dos familiares, para que estes auxiliem o paciente na adesão dos procedimentos que a hospitalização e a equipe requerem.
- (E) o psicólogo promove uma intervenção no sentido de diminuir a ansiedade familiar, para que possam achar juntos uma redefinição de papéis para facilitação de um contato mais acessível entre família e equipe multiprofissional.

QUESTÃO 30

Um paciente solicita a um psicólogo, que atua em uma instituição, um documento que comprove que está em atendimento psicológico com as informações necessárias de sua permanência. Para o Conselho Federal de Psicologia, o documento a ser elaborado pelo psicólogo é

- (A) Uma declaração.
- (B) Um laudo.
- (C) Um parecer.
- (D) Um atestado psicológico.
- (E) Uma requisição.

QUESTÃO 31

Segundo Angerami-Camon (2014), o conceito de cuidados paliativos deriva do movimento denominado Hospice, criado por Cicely Saunders, e constitui-se como uma nova filosofia para o cuidado de pacientes crônicos. É importante reconhecer que por cuidados paliativos entende-se que

- (A) a patologia física do paciente precisa ser atendida em qualquer circunstância, angariando esforços para que se torne efetiva.
- (B) é uma maneira abrangente e integrada na qual o paciente é considerado como um ser que sofre e não apenas uma patologia que precisa ser atendida.
- (C) já é uma realidade de acolhimento nos hospitais brasileiros, utilizando os mais sofisticados recursos para a sobrevida do paciente.
- (D) são indicados apenas no final da vida do paciente, período em que este mais precisa de uma equipe multiprofissional.
- (E) é preciso amenizar a dor corporal do paciente, pois isso atrapalha a rotina hospitalar.

QUESTÃO 32

A Psicoterapia de Orientação Psicanalítica no hospital geral busca auxiliar o paciente a encontrar alívio de seus sintomas e angústias diante da experiência de estar doente. Nesse contexto, as etapas da Psicoterapia Breve são:

- (A) Levantamento das necessidades do médico – Avaliação diagnóstica – Estabelecimento do foco – Avaliação da satisfação do médico e da equipe sobre a melhora do paciente.
- (B) Registro de informações – Avaliação diagnóstica – Foco na contratransferência – Avaliação de Resultados.
- (C) Levantamento de informações – Foco na família para mudanças de comportamento em relação ao paciente – Avaliação de resultados
- (D) Registro de informações sobre os eventos externos – Avaliação diagnóstica – Escolha de táticas com foco psicodinâmico – Avaliação de resultados.
- (E) Levantamento de informações – Estabelecimento de foco – Entrevista motivacional – Avaliação de resultados.

QUESTÃO 33

Segundo Angerami-Camon (2014), a Psicologia da Saúde tem-se apresentado como uma nova área de estudos e práticas voltadas para o cuidado em saúde. É uma psicologia que acredita na multidisciplinaridade profissional e que considera a dor do paciente como única, que precisa ser compreendida e articulada com sua realidade existencial. Quanto à Psicologia da Saúde, é correto afirmar que

- (A) rejeita os diferentes discursos sobre o processo saúde-doença por considerá-los confusos e provenientes do modelo biomédico.
- (B) está diretamente relacionada com tudo o que diz respeito ao foro médico, no qual o psicólogo deverá auxiliar.
- (C) é uma psicologia ao mesmo tempo clínica, social, hospitalar e institucional, e que utiliza uma visão ampliada dos conceitos de saúde.
- (D) fundamenta-se na concepção de que sua atuação está restrita somente aos conhecimentos psicológicos.
- (E) privilegia o trabalho de promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença.

QUESTÃO 34

A iminência da morte provoca um desamparo imenso, fruto da possibilidade da perda da vida e dos vínculos afetivos. Com relação ao atendimento de pacientes em fase terminal, assinale a alternativa correta.

- (A) Cabe apenas ao psicólogo falar sobre a morte e o morrer nas instituições de saúde.
- (B) A família do paciente necessita ser protegida da dor, portanto falar sobre a morte aumenta a tensão e a angústia.
- (C) O afastamento da equipe de saúde pode ser uma alternativa nos casos em que não há possibilidade de respostas terapêuticas, pois ameniza o sofrimento do paciente.
- (D) Diante do sofrimento do paciente, as rotinas e os modos de funcionamento das instituições de saúde interferem na forma como ele reagirá, mas, infelizmente, o psicólogo nada pode fazer para modificar essa conjuntura.
- (E) Ofertar um espaço para escutar os sentimentos e as percepções do paciente, nesse momento, constitui-se um grande aliado para o enfrentamento da perda e a elaboração do luto.

O texto de Santos, Pieszak, Gomes et al (2019) descreve um programa de atenção à primeira infância voltado essencialmente às famílias em condição de risco e vulnerabilidade. Com base nos apontamentos desses autores, responda as questões 35 e 36.

QUESTÃO 35

O objetivo da política defendida pelo Programa Infância Melhor está

- (A) centrado no atendimento emergencial à criança, minimizando os prejuízos do desenvolvimento.
- (B) voltado à orientação das famílias, para que sejam promotoras do desenvolvimento emocional, físico e social de seus filhos.
- (C) voltado à populações miseráveis com finalidade assistencial
- (D) em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, para estimulação precoce, voltado às crianças de até três anos de idade.
- (E) restrito às famílias que participam de outros programas sociais e voltado às famílias de baixa renda.

QUESTÃO 36

Entre as contribuições para a primeira infância, os autores Santos, Pieszak, Gomes et al (2019) indicaram que a atuação intersectorial e interdisciplinar

- (A) possibilita atuação integrada da equipe de saúde, centrando na família o potencial de cuidado de seus membros.
- (B) possibilita o cuidado especializado de atenção primária à criança, independentemente da atuação da família.
- (C) tem atuação centrada nos cuidados de enfermagem, com participação eventual de outras áreas da saúde.
- (D) é restrita à atenção primária.
- (E) é uma proposta de política pública ainda não implementada.

QUESTÃO 37

Segundo a concepção de comportamento suicida apresentada por Schlosser, Rosa, More et al (2014), esse comportamento pode ser definido como preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo. De acordo com essa concepção, assinale a alternativa que indica os quesitos para identificação do comportamento suicida.

- (A) Comportamentos que efetivamente têm como resultado a morte consumada.
- (B) Fala recorrente e aberta sobre desejo de ferir-se.
- (C) A ideação suicida, as condutas suicidas sem resultado de morte e suicidas consumados.
- (D) Isolamento social, acompanhado de sinais de angústia e tristeza.
- (E) Evidências de isolamento e depressão.

QUESTÃO 38

O estudo de Schlosser, Rosa, More et al. (2014) apresentou o comportamento suicida como um problema de saúde pública, de causa multifatorial e presente nos diferentes ciclos vitais. Além da identificação de fatores de risco, os autores ressaltam ser de crucial importância

- (A) incentivar a vigilância e controle familiar, inclusive, com condutas de interdição e internação, quando necessário.
- (B) ignorar falas sobre a intenção suicida, as quais têm por finalidade apenas chamar atenção para si.
- (C) investir em fatores protetivos, como: qualidade das interações sociais e familiares, satisfação em atividades da vida diária, habilidade para resolução de conflitos e identificação de motivos

para viver.

- (D) notificar as ocorrências para evitar que possíveis suicídios possam ser caracterizados como homicídio ou omissão de socorro.
- (E) dialogar com a pessoa que apresenta comportamento suicida, pautando-se de argumentos morais, religiosos e punitivos, caracterizando a morte como a pior das escolhas.

QUESTÃO 39

Pautando-se nos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Santos e Yakuwa (2015) salientaram o paradoxo do papel familiar, indicando que muitas vezes, aqueles que deveriam atuar como fonte de apoio e segurança são os responsáveis pela violência doméstica e intrafamiliar. Nesse contexto, as autoras indicam algumas questões sociais relevantes, inerentes à condição dessas famílias, como

- (A) antecedentes criminais sérios e recorrentes.
- (B) alcoolismo e drogadição.
- (C) negligência e irresponsabilidade.
- (D) desemprego, baixa escolaridade, pobreza e falta de planejamento familiar.
- (E) abandono e desapego.

QUESTÃO 40

Com relação ao enfrentamento da violência e aos maus tratos contra a criança e o adolescente, as autoras Santos e Yakuwa (2015) indicaram que os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família encontram-se em dificuldade pela forma assistemática das notificações e a precariedade da infraestrutura física e de recursos humanos do Conselho Tutelar e do CREAS, ou até a ausência dessas instâncias. Diante dessas dificuldades, as autoras indicam a necessidade de

- (A) reforma completa dos serviços do CREAS e do Conselho Tutelar.
- (B) atuação transdisciplinar em atividade de formação permanente junto às famílias, com orientação de práticas de prevenção à violência doméstica e aos maus tratos.
- (C) novas políticas públicas e atuações mais punitivas/restritivas junto aos agressores.
- (D) retirada da criança do contexto de agressão.
- (E) prisão imediata do agressor, para salvaguardar a integridade da criança ou do adolescente.

Leia atentamente estas instruções.

- 1) Verifique se este Caderno está completo e contém 40 (quarenta) questões. Caso apresente imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas, informe ao aplicador de prova imediatamente.
- 2) Cada questão apresenta 5 alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta.
- 3) Junto com este Caderno foi entregue o Cartão-Resposta, que não será substituído em caso de erro durante o preenchimento, que deve ser feito, utilizando apenas caneta esferográfica nas cores azul ou preta, com tinta que não apague, sem rasuras. Certifique-se de que o Cartão-Resposta não apresenta imperfeições gráficas ou marcações indevidas. Se houver, informe ao aplicador de prova. Assine o cartão somente no local indicado e marque o tipo de prova (A) no campo específico.
- 4) O tempo de duração da prova é de até 4 (quatro) horas, já incluído o preenchimento do Cartão-Resposta. O candidato só poderá retirar-se, definitivamente, da sala e do prédio após transcorridas duas horas do início da prova, levando consigo este Caderno.
- 5) É obrigatório que telefones celulares, pagers, smartphones e outros do gênero fiquem desligados durante toda a realização da prova, inclusive no tempo de permanência do candidato no prédio.
- 6) O candidato será excluído do Processo Seletivo caso deixe de informar o tipo de prova no Cartão-Resposta, ou ainda:
 - a) Utilize, durante a prova, recursos bibliográficos e/ou eletroeletrônicos como fontes de consulta.
 - b) Deixe a sala em que realiza a prova levando consigo o Cartão-Resposta.
 - c) Comunique-se com outros candidatos ou efetue empréstimos.
 - d) Pratique atos contrários às normas e/ou à disciplina.
 - e) Utilize itens de chapelaria em geral.
 - f) Se houver sinais sonoros de seus aparelhos eletrônicos, caso não estejam desligados.

CCS Coordenadoria do Centro de Seleção | **UFGD**

Rua João Rosa Góes, 1.761 - Vila Progresso
Caixa Portal 322 - 79825-070
Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil
<https://cs.ufgd.edu.br>
residencias@ufgd.edu.br
(67) 3410-2840