



FIOCRUZ

Concurso Público Fiocruz 2023

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva e Discursiva

TE64 - Psicologia hospitalar



Prova Objetiva

01. Entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde encontra-se aquele que reconhece os indivíduos como singulares, possuindo características biológicas, psíquicas, culturais e sociais diversas. É com base nele que grupos vulneráveis devem receber uma maior atenção, diminuindo assim a desigualdade. Este princípio é chamado de:

- (A) equidade.
- (B) integralidade.
- (C) acessibilidade.
- (D) territorialidade.
- (E) universalidade.

02. Desde o início dos anos 1990 a Política Nacional de Saúde Mental tem como uma de suas direções principais a reorientação do modelo tecnoassistencial de sua rede. São considerados serviços estratégicos neste modelo:

- (A) as clínicas de reabilitação.
- (B) as comunidades terapêuticas.
- (C) os hospitais psiquiátricos.
- (D) os centros de atenção psicossocial.
- (E) os ambulatórios de especialidades.

03. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como uma de suas direções de trabalho a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- (A) o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas com ênfase nas tecnologias leveduras de cuidado.
- (B) a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde como critérios de inclusão nos serviços de reabilitação.
- (C) o desenvolvimento de estratégias de Redução de Dano, priorizando a abstinência e os grupos de ajuda mútua na inclusão dos usuários nos territórios.
- (D) a integração dos serviços territoriais, privilegiando as unidades de pronto atendimento como porta de entrada prioritária do sistema.
- (E) a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

04. Estudos no campo da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde afirmam que no encontro entre aquele que cuida e aquele que demanda o cuidado, o profissional de saúde utiliza uma “caixa de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Essas ferramentas são vistas como tecnologias de cuidado e nomeadas como tecnologias:

- (A) relacionais, estruturais e instrumentais.
- (B) leves, relacionais e propedêuticas.
- (C) duras, leveduras e leves.
- (D) focais, descritivas e relacionais.
- (E) leveduras, focais e duras.

05. A transformação dos modos de organizar a atenção à saúde é indispensável para a consolidação do SUS, e nesse processo a integralidade é um conceito chave. Entre as estratégias para construir a integralidade nas redes de saúde, encontra-se a proposta de construção de linhas de cuidado que:

- (A) atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência) e assegurem acesso e continuidade do cuidado.
- (B) definam as portas de entrada nas diferentes redes territoriais estabelecendo fluxos determinados pelos diferentes níveis de atenção.
- (C) determinem os fluxos de atenção sempre começando com a porta de entrada nas redes de urgência e emergência.
- (D) identifiquem os diferentes equipamentos territoriais, seus recursos materiais e equipes com vistas a estabelecer as ações programáticas nas comunidades.
- (E) estabeleçam as diferentes responsabilidades sanitárias das redes hospitalares e extra-hospitalares de cada território.

06. A mudança no perfil de morbimortalidade pediátrico, com redução proporcional de internações por condições agudas e crescimento das hospitalizações por agudizações de condições crônicas, traz desafios inerentes ao cuidado dessa população. O atendimento às necessidades de saúde dessas crianças e adolescentes e seus respectivos planos de cuidado demandam:

- (A) articulação público-privado.
- (B) centralidade na ação hospitalar.
- (C) transição de cuidado o mais precoce possível.
- (D) criação de mecanismos de contrarreferência.
- (E) integralidade e atuação intersetorial.

07. As redes de atenção à saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Os elementos constitutivos que interagem na operacionalização da RAS são:

- (A) centros de comunicação, regiões de saúde e insumos.
- (B) organização territorial, distritos sanitários e recursos humanos.
- (C) ações programáticas em saúde, rede e território e sistemas locais.
- (D) população e região de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.
- (E) níveis de assistência, portas de entrada e organização dos serviços.

08. Estudos de análise institucional que trabalham com o conceito de clínica transdisciplinar indicam que ela acontece nas regiões de vizinhança da clínica com outros saberes para, a partir daí, construir suas estratégias de intercessão e os planos de cuidado. Nesta clínica importa traçar as circunstâncias em que os modos de subjetivação se compuseram, as forças que se atravessam e que efeitos estão se dando. A noção de estratégia clínica diz respeito a uma reformulação da atitude do terapeuta em relação ao saber. Não há uma separação entre investimentos familiares, objetivos, individuais do desejo e os investimentos políticos e sociais. Nesta clínica, os dois conceitos operadores fundamentais são:

- (A) sujeito e indivíduo.
- (B) subjetividade e clínica.
- (C) campos e cuidado.
- (D) singularidade e individualidade.
- (E) coletivo e multiplicidade.

09. O espectro das condições crônicas na infância cada vez mais se torna amplo e heterogêneo. Varia desde as crianças com déficit cognitivo, atraso na linguagem, até com condições mais complexas que cursam com vulnerabilidade clínica e internações recorrentes, como aquelas que necessitam de dispositivos tecnológicos para alimentação e/ou respiração. As condições crônicas complexas são, portanto, um subgrupo das chamadas Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). Os principais desafios para a gestão do cuidado a essas crianças é garantir:

- (A) capacitação dos técnicos especialistas em atenção domiciliar e interprofissionalidade.
- (B) acesso à atenção especializada e à reabilitação.
- (C) acesso à internação nas redes de atenção à saúde e hierarquização dos níveis de atenção.
- (D) capacitação de um profissional de referência que atue de forma longitudinal e transdisciplinaridade.
- (E) centralidade do cuidado na equipe hospitalar de referência e hierarquização dos níveis de atenção.

10. As práticas grupais na atuação profissional do psicólogo constituem-se como importantes tecnologias de cuidado, tanto nas áreas da psicologia clínica como institucional. Entre os dispositivos utilizados pela psicologia institucional, figuram os grupos:

- (A) Ballint e operativo.
- (B) matricial e terapêutico.
- (C) comportamental e de família.
- (D) comunitários e de gestão de casos.
- (E) terapia circular e psicodrama.

11. Estudos contemporâneos apontam o desafio necessário para compreender o universal, o particular e o singular como relacionais e não antagonistas. Essas dimensões precisam estar presentes tanto na formulação e condução das políticas públicas quanto na formação dos profissionais de saúde, aí incluídos os psicólogos. Nessa direção, é tarefa fundamental desses campos reconhecer:

- (A) o papel do racismo como Determinante Social de Saúde (DSS).
- (B) o protagonismo das equipes multidisciplinares na produção do cuidado.
- (C) a importância da revisão do conceito de saúde.
- (D) a disputa de plano de cuidados entre o profissional e o usuário.
- (E) a dimensão social e institucional dos processos de adoecimento.

12. Autores importantes da psicologia brasileira contemporânea não medem esforços em demonstrar a urgência de problematizar o tema da subjetividade, matéria tão cara para a ciência psicológica. Esses estudos e debates convocam cada vez mais a uma complexificação da definição dos sujeitos para quem se dirigem nossas interpretações e intervenções, isto porque:

- (A) a subjetividade é admitida como entidade singular que encarna as múltiplas dimensões societárias que atravessam o indivíduo no seu cotidiano.
- (B) esse sujeito não pode mais ser reduzido a um modelo universal de humanidade, tampouco deve ser considerado como a imposição da colonialidade que atravessa sua existência, sua história, sua memória.
- (C) a intervenção psicológica ainda mantém dimensões sociopolíticas não incorporadas, trabalhadas e identificadas pelos estudos da psicologia nacional e internacional.
- (D) essa definição revela, mas não incorpora as reverberações existenciais que ainda hoje operam com efeito de verdade e produzem impactos e processos de adoecimento na saúde física e mental.
- (E) a epistemologia feminista, embora potente, ainda não ajudou a ciência psicológica moderna a romper com paradigmas binários e androcêntricos, ao interpelar a lógica de sujeito/objeto.

13. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconhece que a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Apresenta, entretanto, fissuras por onde é possível identificar os efeitos de fenômenos psicossociais, entre os quais se destaca a significativa incidência de violências ginecológicas e obstétricas. Nesse sentido, é urgente reconhecer que:

- (A) o caráter racista dessas violências é prevalente, associado a uma desumanização dos corpos de mulheres negras e indígenas que supostamente tolerariam mais dor.
- (B) há uma naturalização das situações vividas por essas mulheres, prioritariamente na rede básica, onde esperam mais tempo pelo atendimento e muitas vezes são impelidas à peregrinação para outras unidades de saúde.
- (C) a disparidade racial na oferta dos serviços só não é verificada quando consideramos pesquisas que abordam os atendimentos pós-abortamento.
- (D) uma problemática que opera de modo incisivo sobre um grupo de mulheres precisa ser entendida como problema de todas as mulheres.
- (E) é fundamental entender as questões sociais, de forma geral, como predominante e prioritárias quando se avalia o acesso aos serviços de saúde.

14. O sistema de saúde brasileiro tem como princípios a universalidade, a integralidade e a participação social. Reconhece-se que os determinantes maiores das iniquidades verificadas em nosso país estão na sociedade e não podem ser corrigidos por um esforço isolado do setor saúde. Há, entretanto, modificações a serem feitas neste setor. Um exemplo é a inclusão como um dos indicadores de qualidade dos serviços para acreditação hospitalar do item:

- (A) matriciamento.
- (B) territorialidade.
- (C) equidade racial.
- (D) determinantes sociais.
- (E) acessibilidade.

15. A hierarquização das pessoas a partir da aproximação de seus corpos à corponormatividade enquadra determinados corpos como inferiores, incompletos ou passíveis de reparação. Nesse sentido, a cultura capacitista, independentemente da idade:

- (A) oculta o aspecto social e associa o conceito de incapacidade somente ao aspecto biológico, sugerindo “um afastamento da capacidade, da aptidão, pela deficiência”.
- (B) afirma as pessoas com deficiência como iguais e, embora classificando os níveis de independência e autonomia, as reconhecem como sendo capazes de gerir as próprias vidas.
- (C) introduz o aspecto social na produção de capacidade e incapacidade, refletindo a negligência da imprescindível inclusão das pessoas com deficiência nos espaços comuns da vida em sociedade.
- (D) garante a acessibilidade e o estabelecimento de políticas públicas de assistência pessoal ou cuidado a todas as pessoas com deficiência.
- (E) ao contrário do que o senso comum afirma, enfatiza a dimensão subjetiva garantindo que cada indivíduo reconheça as suas fragilidades e potências.

16. Análises sobre a questão racial e o racismo nos estudos da infância e juventude no Brasil demonstram que a raça como aspecto fundamental no processo de subjetivação das crianças e jovens no Brasil, tanto negras como brancas, não esteve presente na grande maioria de pesquisas empíricas ao longo da segunda metade do século XX. No campo da psicologia, um dos efeitos desta ausência se traduz pela deficiência de:

- (A) pesquisas e estudos que incluam outros modos de ser criança e estar no mundo, capazes de problematizar a própria noção de universalidade atribuída à infância e juventude.
- (B) práticas e técnicas psicológicas que tomem a questão da raça/etnia como centrais nas produções acadêmicas.
- (C) projetos de pesquisa de análises multifatorial que incluam a variável raça como item a ser pesquisado em várias frentes do conhecimento.
- (D) coletivos de pesquisa e áreas que assumem o lugar do branco como universal e não marcado, e a branquitude como posição de dominação que assegura privilégios.
- (E) pesquisas que realizem estudo comparativos entre os processos psicológicos de constituição identitária, autoimagem, autoestima e sentido de autoeficácia de jovens brancos e negros.

17. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, define as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado. Os direitos das crianças podem ser divididos em três dimensões:

- (A) parentalidade, escolarização e proteção.
- (B) participação, congregação e associação.
- (C) provisão, proteção e participação.
- (D) educação, religião e sociabilização.
- (E) institucionalização, provisão, escolarização.

18. Aspectos psicossociais do fenômeno da violência exercida contra a mulher são multideterminados, seja no sentido da diversidade de elementos de análise que nela convergem como em termos da diversidade de conceituações utilizada para nomear essa violência. Ao pensar a mulher em situação de violência estamos diante de um processo interacional que não pode ser concebido como uma construção individual, mas sim como um conjunto complexo de fatores e dimensões que forjam uma trama relacional na qual todas as partes envolvidas se afetam recursivamente. Vários estudos apontam fatores que servem de base para a ocorrência das desigualdades entre os gêneros e para a perpetuação da violência e, entre eles, encontra-se:

- (A) a exploração.
- (B) o sexismo.
- (C) o patriarcado.
- (D) a família.
- (E) o autoritarismo.

19. Nelson Mandela, na apresentação do Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, em 2002, chama a atenção de que o século XX será lembrado como um século marcado pela violência. Em uma escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade, ele nos oprime com seu legado de destruição em massa, de violência imposta. Mas esse legado - resultado de novas tecnologias a serviço de ideologias de ódio – não é o único que carregamos, nem que devemos enfrentar. Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. A violência contra crianças e adolescentes, devido às consequências psicossociais que gera, tem sido considerada um problema de saúde pública que compromete a saúde e a qualidade de vida das pessoas, tornando-as mais vulneráveis. Para o estudo e compreensão do complexo fenômeno da violência, fez-se necessário construir algumas classificações, tipologias e considerações quanto à sua natureza. No que diz respeito à natureza da violência, a privação de medicamentos, a falta de atendimento à saúde e à educação podem ser consideradas como:

- (A) negligência ou abandono.
- (B) maus tratos ou abuso físico.
- (C) produção de barreira.
- (D) discriminação.
- (E) exclusão social.

20. A Política Nacional de Humanização (PNH) pressupõe orientações para cada tipo de atenção das Redes de Saúde. No caso da atenção hospitalar, a PNH recomenda a seguinte ação:

- (A) implantação do acolhimento aos usuários somente no período pós-internação.
- (B) diminuição dos tempos de permanência.
- (C) ampliação das práticas hospitalares.
- (D) estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para pacientes internados.
- (E) garantia de visita aberta e da presença de um membro da família nuclear como acompanhante.

21. A Política Nacional de Humanização tem como centro os princípios de inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS. São ações fundamentais recomendadas pela Política Nacional de Humanização (PNH):

- (A) o projeto terapêutico singular, a distritalização e a equidade.
- (B) a multiprofissionalidade, a acessibilidade e a regionalização.
- (C) o acolhimento, a atenção à alteridade e a ambiência.
- (D) o trabalho em equipe, a territorialização e as linhas de cuidado.
- (E) a escuta ativa, a singularização e o projeto terapêutico singular.

22. A atuação do psicólogo na atenção hospitalar, de forma frequente, é atravessada por um contexto marcado pelo sofrimento que, em maior ou menor intensidade, apresenta-se como próprio das situações de crise e adoecimento. O hospital é um lugar que sempre produz mobilizações intensas. Esse espaço traz o encontro da pessoa afetada pela fragilidade que emerge da doença e do impacto que estar doente provoca na organização de seu cotidiano. Nesse sentido, a prática clínica psicológica, no âmbito hospitalar, acontece dirigida:

- (A) à doença e à identificação dos diferentes sinais e sintomas que se revelam.
- (B) ao processo do adoecimento e suas dimensões físicas e psíquicas.
- (C) ao reconhecimento dos procedimentos técnicos e de sua transmissão para o paciente.
- (D) a um trabalho exclusivo de escuta individualizada do paciente em um setting específico.
- (E) ao ser que adocece frente às diversas patologias e aos diferentes espaços de atendimento.

23. Cuidados Paliativos (CP) é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais. Nesse sentido, trabalhar com doenças crônicas que evoluem para terminalidade, independente da idade e fase do desenvolvimento, exige dos profissionais cuidadores:

- (A) um conjunto de protocolos que antecipem as fases da terminalidade.
- (B) uma forte articulação interprofissional e interdisciplinar.
- (C) a construção de estratégias de cuidado que incluam os núcleos e campos profissionais.
- (D) o desenvolvimento de tecnologias de cuidado centradas nas redes de apoio dos pacientes.
- (E) um conhecimento extenso das redes de cuidado territoriais que precisam ser acionadas.

24. As consequências da violência contra mulheres são multidimensionais e afetam desde o âmbito familiar até o mercado de trabalho e a saúde pública. Pesquisas realizadas no âmbito da área da saúde apontam que entre as principais consequências sofridas pelas mulheres que passam por situação de violência encontram-se os sentimentos de aniquilação, tristeza, desânimo, solidão, estresse, baixa autoestima, incapacidade, impotência, ódio e inutilidade. Entre as principais doenças que são desenvolvidas, como consequência, estão:

- (A) síndrome do pânico e doenças inflamatórias e imunológicas.
- (B) transtorno de personalidade e gastrite.
- (C) apneia do sono e anorexia.
- (D) bulimia e insônia.
- (E) esquizofrenia e depressão.

25. O luto é um processo natural e esperado diante do rompimento de um vínculo significativo. A função do luto é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Uma tecnologia de cuidado que apresenta um forte impacto positivo nas mães e pais que passaram pela perda perinatal é aquela que:

- (A) impede o contato físico com o bebê após o óbito.
- (B) realiza procedimentos centrados na recuperação das etapas da doença pré-existente.
- (C) assegura a oferta de cuidados especializados precocemente.
- (D) permite a criação de memórias físicas e afetivas do bebê.
- (E) organiza e planeja as atividades de vida diária da família após o luto.

26. Estudos indicam que a maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o processo de óbito. Se a equipe não recebe o suporte adequado, dificilmente será capaz de ofertar o cuidado com a qualidade necessária. Entre as possibilidades de suporte para os profissionais de saúde, encontramos:

- (A) grupos ballint e interconsultas.
- (B) ações de educação continuada sobre os determinantes sociais e doenças crônicas.
- (C) cursos de pós-graduação lato e strictu senso sobre morte, luto e terminalidade.
- (D) programas de educação permanente especialmente em tanatologia e terminalidade.
- (E) atendimentos psicoterápicos ofertados apenas nos espaços profissionais.

27. Nos últimos anos, registram-se, de forma crescente, frentes de estudo e pesquisa que revelam preocupação com o processo de medicalização das crianças e adolescentes. Esses estudos afirmam que na prática clínica com adolescentes o diagnóstico:

- (A) não é uma construção somente nosológica, mas também se refere às condições sociais, familiares e institucionais que envolvem cada caso.
- (B) de fato, possibilita construir intervenções úteis aos adolescentes, pois conhecer o nome da enfermidade ajuda na integração das ações de cuidado.
- (C) não contribui com a organização da avaliação, uma vez que não consegue identificar os principais problemas para as construções conjuntas em equipe.
- (D) quando bem realizado traz uma ampliação do conjunto de sinais e sintomas identificando a evolução natural da doença.
- (E) traz em seu processo de formulação todas as dimensões da doença, e os aspectos sociais e culturais que envolvem cada caso.

28. É de extrema importância que as instituições e os profissionais de saúde entendam as mulheres climatéricas de forma integral (biopsicossocial), levando em consideração suas singularidades, experiências, formas de estar na vida, cultura, a fim de proporcionar ações de promoção de saúde, atendimento multiprofissional, humanizado, acolhendo suas demandas sem minimizar queixas e, de forma frequente, patologizando-as. Nessa direção é CORRETO afirmar que:

- (A) os aspectos biológicos e hereditários da população feminina revelaram-se como fatores determinantes nas formas de adoecimento.
- (B) a vulnerabilidade orgânica, psíquica e subjetiva são mais agravantes em mulheres pretas e indígenas.
- (C) os sintomas iniciais presentes em todas as mulheres nessa fase são os problemas de memória, depressão, diminuição do desejo sexual.
- (D) os fatores sociais enfrentados pela população feminina, como a discriminação e o racismo, mostraram-se mais relacionados aos processos de adoecimento do que fatores biológicos,
- (E) os principais sintomas neuropsíquicos não são identificados nos dispositivos assistenciais disponíveis para o atendimento desse público.

29. As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam:

- (A) organização de redes de cuidado centradas na atenção integral à mulher periférica.
- (B) atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.
- (C) ampliação das ações hospitalares no que diz respeito aos marcos legais da interrupção da gestação no Brasil.
- (D) construção das linhas de cuidado ao câncer cérvico uterino e climatério.
- (E) participação nas discussões e atividades sobre prevenção da mortalidade materna e do meio ambiente.

30. A ideia de que os processos afetivos, relacionais e subjetivos são distratores do cuidado, sobretudo nos ambientes hospitalares, vem sendo paulatinamente superada, sobretudo a partir da compreensão de que essas dimensões são indissociáveis das/nas instituições e organizações. No entanto, mesmo com esse reconhecimento, é frequente encontrar nos ambientes hospitalares que assistem crianças e adolescentes em situação de intensa vulnerabilidade de saúde, social, afetiva o que alguns estudos chamam de produção de corpos tristes, tanto dos profissionais quanto dessas crianças e adolescentes. Entre as estratégias de cuidado capazes de enfrentar essa situação, trazendo potência e vida a esses ambientes, a seus profissionais e pacientes estão:

- (A) a psicoterapia e o medicamento.
- (B) a história oral e o grupo focal.
- (C) a alegria e o lúdico.
- (D) o simbólico e o interacional.
- (E) o teatro e as mandalas.

31. Estudos têm revelado que o estigma em torno da sexualidade de jovens portadores de deficiência ainda se faz muito presente, inclusive entre os profissionais de saúde. A sexualidade é um fenômeno inerente a todos os seres humanos, não se limitando ao coito ou às práticas genitais, mas sim, englobando processos corporais e afetivos. É muito comum, nos casos em que os jovens manifestam sua sexualidade, a produção de mitos e o entendimento de que as pessoas com deficiência são:

- (A) seres assexuados ou com uma sexualidade descontrolada.
- (B) erotomaníacas ou com desejos regredidos à fase oral.
- (C) restritas a experimentarem apenas partes de seu corpo como expressão de prazer.
- (D) incapacitadas por conta de seu corpo disfuncional.
- (E) sempre submetidas a relacionamentos abusivos e violentos.

32. A clínica com a criança nasce essencialmente interdisciplinar e convoca ao diálogo que requer ações intersetoriais com diferentes áreas: educação, saúde, sociedade, justiça, esporte, lazer, transporte, por meio de parcerias com organizações civis, governamentais e não governamentais. Neste sentido, a construção dessa clínica requer:

- (A) a identificação dos pontos regionais ou geográficos centrados em uma lógica que procura romper com a hierarquização dos cuidados.
- (B) o reconhecimento e acolhimento das soluções que cada sujeito apresenta, respeitando os níveis de assistência previsto em cada território.
- (C) o funcionamento de uma rede viva que ofereça estratégias para promover laços no interior do espaço territorial.
- (D) o trabalho com as redes formais adscritas apenas ao território de moradia do sujeito.
- (E) a ampliação das tecnologias de cuidado ofertadas nos equipamentos territoriais previstos da rede de atenção psicossocial.

33. Os códigos de Ética expressam sempre uma concepção de homem e de sociedade que determina a direção das relações entre os indivíduos. Traduzem-se em princípios e normas que devem se pautar pelo respeito ao sujeito humano e seus direitos fundamentais. Entre os princípios fundamentais do exercício profissional do psicólogo encontra-se o de que o psicólogo:

- (A) atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural sem, no entanto, levar essa análise para a sua clínica.
- (B) contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, sobretudo nas situações em que for chamado a responder por meio de seu domínio profissional.
- (C) trabalhará visando promover a saúde, a reabilitação e a qualidade de vida das pessoas, dando ênfase aos atendimentos individuais e de família
- (D) considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios presentes em seu código de ética.
- (E) prestará serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal, somente nas condições em que não houver nenhum servidor público formado para atuar nessas situações.

34. O processo de desospitalização de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas envolve ações consideradas estratégicas em sua execução e que podem ser descritas em 3 pilares de intervenção: ações de cunho hospitalar, ações transversais contidas no grande eixo sociopolítico e ações de cunho:

- (A) domiciliar.
- (B) intersetorial.
- (C) territorial.
- (D) especializado.
- (E) diagnóstico.

35. Em consonância com o Código de Ética do Psicólogo, a participação de psicólogas(os) em todo e qualquer processo de avaliação psicológica de capacidade decisional devem ser garantidos recursos:

- (A) simbólicos, que identifiquem sistemas de opressão tais como violência doméstica, patrimonial, de gênero, exceto a orientação sexual.
- (B) instrumentais, materiais e subjetivos capazes de realizar um mapa analítico das barreiras de comunicação colocadas no ato da entrevista.
- (C) como a tecnologia de pares para identificar todo e qualquer barreira na comunicação entre o paciente e o terapeuta.
- (D) capazes de identificar os prejuízos cognitivos e sensoriais gerados a partir das dificuldades de comunicação.
- (E) como tecnologia assistiva e comunicação alternativa, a fim de que se garanta a expressão da própria pessoa ao longo de todo processo avaliativo.

36. A literatura mundial acerca do tema das crianças com condições crônicas complexas indica que a prática assistencial evidencia um domínio delicado e complexo na medida que requer a reorganização do enfoque do plano terapêutico pelos profissionais de saúde envolvidos nesse cotidiano. Esses profissionais, em geral, possuem duas frentes de atuação: uma, que atenua a severidade dos eventos agudos, as exacerbações da condição crônica, a dor, o sofrimento e a sobrecarga familiar; e uma outra frente que:

- (A) relativiza o processo do adoecimento crônico, procurando construir estratégias terapêuticas que reduzam o dano do impacto da doença no cotidiano do indivíduo.
- (B) maximiza o status funcional, o desenvolvimento e a cognição, o tempo fora do hospital em tratamento domiciliar e o convívio escolar e comunitário.
- (C) prioriza o tempo fora do hospital, construindo estratégias terapêuticas singulares e compondo um plano de atividades diárias que inclua prioritariamente a família.
- (D) organiza dois projetos terapêuticos singulares, sendo um com foco na criança e outro com foco na família e sua rede de apoio formal e informal.
- (E) catalisa todos os recursos individuais, culturais e territoriais a serviço dos planos de cuidado construídos para a criança no atendimento domiciliar.

37. Os impactos emocionais da hospitalização pediátrica requerem a atenção dos profissionais a uma população em que uma em cada 10 crianças sofre de doença crônica. Estudos indicam que dessas, 41% terão danos permanentes, havendo alta incidência de alterações psicológicas (15%) em comparação à população geral (7%). Este quadro traz para a cena uma tensão que demanda um manejo muito atento e cuidadoso dos profissionais. Uma tensão que se dá por uma certa convergência entre os transtornos emocionais pré-existentes e as repercussões da longa hospitalização e pelos transtornos secundários causados pela internação. Nesse sentido, psicólogos e psiquiatras da equipe multiprofissional tem como função fundamental:

- (A) identificar as emoções e conflitos presentes nos familiares e pacientes, diagnosticando-os o mais rapidamente possível com base no repertório clínico de suas respectivas áreas.
- (B) prescrever um conjunto de estratégias clínicas que englobem os familiares, o próprio paciente e os demais profissionais da equipe.
- (C) conhecer o mais rapidamente possível os profissionais da equipe capazes de lidar com a família e ou com a situação de sofrimento e tomá-lo como o profissional de referência do caso.
- (D) mediar as relações interpessoais para que sejam dialógicas em busca da simetria e da construção de laços de confiança mútuos, minimizando os fatores estressores indesejados para a boa assistência.
- (E) construir o plano de cuidado para o paciente e sua família levando em conta as condições mórbidas pré-existentes e as reais que surgem durante o atual processo de internação.

38. O cuidado às crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde requer rigorosamente um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. O compartilhamento cotidiano dos cuidados parentais com a equipe, mesmo que por um período demarcado, pode gerar tensionamentos e rivalidades. A comunicação, seja ela verbal ou não, desempenha um papel central na troca de informações sobre a criança entre todos os atores envolvidos. Para que a comunicação ocorra, é fundamental que haja um equilíbrio entre:

- (A) a escuta clínica individualizada do profissional da psicologia e as demais tecnologias de cuidado ofertadas pelos outros profissionais.
- (B) o manejo da situação clínica pelos diversos profissionais e as fases da doença sobretudo nos momentos de crise.
- (C) a capacidade técnico-científica para lidar com a doença e a sensibilidade necessária no contato com a experiência do adoecimento vivida por todos.
- (D) o comprometimento afetivo-social de todos os membros da equipe e o reconhecimento da vivência da doença por parte dos familiares e do sujeito doente.
- (E) o processo de adaptação da família às alterações físicas impostas pela doença e o manejo clínico da equipe.

39. O suicídio é um assunto atual e de extrema relevância, para o qual a sociedade deve estar atenta. É importante que os equipamentos de saúde desenvolvam ações de prevenção ao suicídio, por meio da promoção à saúde e da qualidade de vida das pessoas, incluindo o adequado acolhimento ao comportamento suicida, o atendimento à crise suicida, bem como à posvenção. A OMS (2006) aponta os seguintes fatores de proteção, que reduzem o risco de suicídio:

- (A) suporte familiar, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas.
- (B) acesso a serviços e cuidados de saúde mental na rede hospitalar.
- (C) garantia de atendimento específico e especializado com o profissional médico.
- (D) restrição dos contatos sociais, sobretudo no momento de crise.
- (E) garantia de licenças periódicas restringindo a exposição social.

40. Estudos nacionais e internacionais afirmam que entre todas as fases da vida da mulher um dos períodos de maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos mentais é o pós-parto. A chegada de um bebê é um acontecimento que afeta de forma significativa não só os pais, mas todo o entorno social, pois o bebê, pelo seu desamparo constitucional, aciona a demanda de cuidado incondicional. Além da depressão, os transtornos mentais mais frequentes nesse período são:

- (A) o transtorno de estresse pós-traumático e a psicose puerperal.
- (B) a síndrome do pânico e a esquizofrenia.
- (C) a compulsão e a alucinação.
- (D) a adicção e o delirium.
- (E) os transtornos ansiosos e a compulsão.

Prova Discursiva

QUESTÃO

A história de Michelle começou antes de seu nascimento quando sua mãe Alzira, uma mulher preta retinta, periférica, 40 anos, recebeu no pré-natal a notícia de que o bebê tinha hérnia diafragmática congênita (HDC). A equipe de medicina fetal do hospital onde realizava seu pré-natal propôs a correção parcial intrauterina da herniação diafragmática à esquerda com colocação de balão endotraqueal com 28 semanas de gestação e retirada com 34 semanas. Em janeiro de 2018, Michelle nasceu bem, a termo, com 38 semanas e 2 dias, de parto cesáreo com Apgar 6/8/8, peso de 2.990g, 55 cm e 35cm de perímetro cefálico.

A HDC foi corrigida no segundo dia de vida. Permaneceu internada na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) durante 70 dias. Nesse período, após um ecocardiograma, evidenciou-se persistência do canal arterial e hipertensão pulmonar, passando a fazer uso de medicação adequada.

Michelle foi então transferida para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica onde permaneceu 52 dias em uso de óxido nítrico e em ventilação mecânica com tubo orotraqueal. Nesse período, foi realizada traqueostomia e configurou-se a dependência de ventilação invasiva e oxigênio. Foi feita também uma gastrostomia por onde passou a ser administrada dieta por bomba infusora, devido ao refluxo gastroesofágico e a falta de estimulação da via oral, em razão da gravidade clínica.

A complexidade do quadro de Michelle fez com que ela permanecesse hospitalizada quatro anos, com episódios recorrentes de desestabilização clínica.

A família de Michelle é composta pelo pai Antônio, alcoólatra grave, diversas vezes internado em instituições psiquiátricas; a mãe Alzira, uma mulher com fragilidades clínicas importantes; e seu irmão Fernando, com 6 anos de idade e com diagnóstico de autismo. Dada a fragilidade familiar, a mãe assume o posto de organizadora da família e do cuidado para todos. Os avós maternos, às vezes são presentes, mas, apesar de desejarem ajudar a filha, moram longe e cuidam de um filho adulto com necessidades especiais de saúde. Já a avó paterna contribui de forma eventual, pois afirma ter muitos problemas com seus outros filhos.

Ao longo desses 4 anos de internação, Alzira sempre se fez presente quando pôde, sendo nítida a sua preocupação e afeto com Michelle. Embora morasse muito distante do hospital, sempre que era possível estava junto à sua filha. Enfrentando todos os seus problemas de saúde, e tendo sido internada duas vezes nos dois últimos anos de hospitalização da filha, Alzira foi questionada por um dos profissionais que acompanham Michelle sobre sua situação, de saúde. Nesse momento revelou chorando sua solidão, mostrando que a sua rotina quotidiana é trabalho- hospital-casa porque é o arrimo de família e com poucos vínculos de apoio.

Diante do caso apresentado, redija um texto com no mínimo de 50 linhas e no máximo de 150 linhas, apresentando:

- a) um diagnóstico situacional do caso, justificando a escolha dos elementos importantes a serem considerados para a construção do plano de cuidado;
- b) o projeto terapêutico singular (PTS) para Michele, caracterizando o processo proposto para sua elaboração e as principais linhas de trabalho para o cuidado.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

INSTRUÇÕES

1. Por motivo de segurança, a Fiocruz solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas da Prova Objetiva, a frase abaixo apresentada:

“As melhores coisas da vida não podem ser vistas nem tocadas, mas sim sentidas pelo coração.” (Dalai Lama)

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas e a Prova Discursiva. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva** e no **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**:

. não haverá substituição por erro do candidato;

. não deixar de assinar no campo próprio;

. não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;

. a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;

. outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas da prova objetiva em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue ao fiscal todo o seu material de prova.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, o **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** e o **Caderno de Questões**.

15. Prova Discursiva:

- A questão discursiva deverá ter um limite mínimo de 50 linhas e máximo de 150 linhas.

- Transcreva sua resposta para a parte pautada do **Caderno de Respostas da Prova Discursiva**. Não assine, rubrique ou coloque qualquer marca que o identifique, sob pena de ser anulado. Assim, a detecção de qualquer marca identificadora no espaço destinado à transcrição do texto definitivo acarretará nota ZERO na respectiva prova discursiva.

- O tempo total de duração das provas será de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para o preenchimento da Resposta Definitiva da Questão Discursiva. Nenhum rascunho SERÁ LEVADO EM CONTA.

Boa Prova!



Ao término da prova, anote aqui suas respostas e destaque na linha pontilhada.

01	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>