

PSICOLOGIA 2012

11/12/2011

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 20 questões de conhecimentos comuns e 30 de conhecimentos específicos de Psicologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família referente à área de abrangência de seu local de residência, apresenta-se, logo após acordar pela manhã, com sintomas sugestivos de crise hipertensiva. É, então, levado por seus familiares à Unidade de Saúde da Família para receber atendimento. Neste caso, a Unidade de Saúde da Família

- (A) deve apresentar medicamentos e materiais essenciais para o atendimento inicial de estabilização de urgências até a transferência para estabelecimento de saúde que proporcione atendimento especializado ao paciente.
- (B) deve encaminhar o paciente para os hospitais terciários especializados porque o atendimento pré-hospitalar fixo referente à atenção às urgências é restrito a estes hospitais, visto apresentarem melhor estrutura física para atendimento.
- (C) deve recusar o atendimento dos quadros agudos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, indicando ao paciente e a seus familiares para procurarem inicialmente atendimento de urgência em pronto-socorros especializados.
- (D) deve evitar a solicitação de encaminhamento à Central de Regulação, visto que a Unidade de Saúde da Família deve se restringir ao atendimento de Atenção Primária em Saúde, o que impede a transferência do paciente pelo SAMU.

— QUESTÃO 02 —

Em relação ao processo saúde-doença, alguns debates, como a necessidade do setor saúde ser inter e multidisciplinar e ter ações multiprofissionais e humanizadas, têm se apresentado no meio acadêmico e nos serviços de saúde. Assim, determinadas ações e definições governamentais apresentam-se como:

- (A) regulação em saúde, que possui como enfoque a organização dos serviços de saúde mediante a exigência do cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
- (B) humanização em saúde, que são ações enfocadas nas tecnologias de ponta, levando os usuários dos serviços de saúde a receber as melhores terapias e ações tecnicistas.
- (C) saúde suplementar, formando ações de caráter nutricional interligadas a programas como Fome Zero e Hiperdia, colaborando na prevenção da obesidade, hipertensão e diabetes.
- (D) assistência farmacêutica, formando o que se chama Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo ações como dispensação, uso racional, prescrição e distribuição.

— QUESTÃO 03 —

A política de saúde no Brasil pode ser dividida sequencialmente em três etapas: década de 1970 e início da década de 1980; final da década de 1980 e 1990; a partir do ano 2000. Essas etapas caracterizam-se, respectivamente, por:

- (A) modelo de proteção social baseado na seguridade; centralização das políticas públicas; descentralização das ações e início da Reforma Sanitária.
- (B) expansão dos movimentos reformistas; ênfase na descentralização das políticas públicas de saúde; projetos para a redução das desigualdades sociais.
- (C) início do processo de descentralização; expansão e início dos movimentos de saúde da Reforma Sanitária; modelo de proteção social assistencialista.
- (D) política liberal de Estado; modelo de proteção social baseado em Seguro Social e na Constituição de 1988; início dos movimentos da Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 04 —

Uma mulher jovem procura o pronto-socorro referindo dispneia, tontura e dor no peito, apresentando-se com muita ansiedade. Tem como histórico atendimentos prévios por transtorno do pânico. Diz insistentemente a diversos profissionais do serviço de saúde que precisa de atendimento médico de emergência. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a usuária deverá:

- (A) aguardar a ação de triagem, para então ser encaminhada a atendimento médico específico, visto que se trata de paciente com distúrbio psiquiátrico e somente o médico psiquiatra poderá realizar o acolhimento da paciente.
- (B) aguardar o acolhimento de acordo com a ordem de chegada, visto que seu quadro psiquiátrico não exige atendimento médico de emergência, devendo posteriormente ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial.
- (C) aguardar o acolhimento por classificação de risco, restrita ao profissional médico psiquiatra, visto que o quadro psiquiátrico apresentado pela paciente relaciona-se à baixa gravidade.
- (D) aguardar o acolhimento por qualquer profissional de saúde e ser encaminhada de acordo com classificação de risco, podendo ser atendida antes de outros pacientes, caso seu quadro seja considerado de maior gravidade e risco.

— QUESTÃO 05 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS, a Clínica Ampliada compreende a

- (A) realização de atendimento de todos os usuários dos serviços de saúde restrito aos médicos de diversas especialidades, de modo a permitir diagnóstico e tratamento mais intensos de cada doença.
- (B) realização de ações pautadas na intersectorialidade e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando soluções para problemas que não podem ser resolvidos pela área da saúde.
- (C) realização intensa de diversos exames complementares e tratamentos a fim de possibilitar o cuidado do usuário do serviço de saúde, impedindo a criação de vínculos deste com os profissionais de saúde.
- (D) realização de exigências enfáticas de mudanças de comportamentos considerados não saudáveis para os usuários dos serviços de saúde, culpabilizando-os pela falta de adesão às regras de saúde recomendadas.

— QUESTÃO 06 —

As práticas de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças orientam-se pela organização e análise de dados, que são adquiridos por intermédio

- (A) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Sistema de Notificação Compulsória que tem sua realização restrita aos profissionais médicos, e de informações fornecidas por hospitais sentinelas e de urgência.
- (B) do Sistema de Vigilância que se divide em: Vigilância Ativa, realizando a notificação dos miasmas; Vigilância Passiva, iniciada por profissionais de saúde, tendo alto custo e dificuldades operacionais, preferíveis em períodos longos de vigilância.
- (C) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- (D) da Vigilância Passiva, com informações pontuais em um nível; da Vigilância Ativa realizada por pacientes, tendo, assim, baixo custo; da Vigilância Sentinela, que possui um formato particular utilizado para longos períodos e doenças crônicas.

— QUESTÃO 07 —

Relativo à incidência das doenças nos estudos epidemiológicos, afirma-se que

- (A) os estudos de coorte se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (B) os estudos transversais se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (C) a incidência é a soma dos casos novos das doenças com os já existentes.
- (D) a incidência prioriza os casos antigos de doenças em detrimento dos novos.

— QUESTÃO 08 —

Os estudos epidemiológicos ensaios clínicos, de coorte, ecológicos, e de caso-controle podem ser caracterizados, respectivamente, como estudos

- (A) agregados, de intervenção, longitudinais, individuados.
- (B) observacionais, longitudinais, individuados, de intervenção.
- (C) de intervenção, longitudinais, observacionais, individuados.
- (D) individuados, de intervenção, experimentais, longitudinais.

— QUESTÃO 09 —

Dentre os estudos epidemiológicos têm-se os transversais, de coorte e de caso-controle. Relativo à determinação da causalidade, ao tipo de medida de associação e às vantagens, afirma-se, respectivamente, que

- (A) os três estudos determinam a causalidade, a medida de associação razão de prevalência e a vantagem de serem indicados na investigação de doenças de maior prevalência.
- (B) os estudos transversais determinam a causalidade, apresentam a medida de associação *Odds ratio* e a vantagem de serem colaboradores para desenhos de estudos de coorte.
- (C) os estudos de caso-controle buscam a doença como causa, tendo a razão de médias como medida de associação e a vantagem de determinarem a incidência e a prevalência.
- (D) os estudos de coorte determinam a causalidade, apresentando a medida de associação risco relativo (RR) e a vantagem de estudarem vários desfechos ao mesmo tempo.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os atributos da Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- (A) ordenação pela referência e ordenação pelo modelo curativo de doenças.
- (B) ordenação pelos cuidados contínuos a todos os usuários e ordenação pela longitudinalidade.
- (C) centralidade nos cuidados individuais e centralidade na alta complexidade.
- (D) centralidade nos cuidados preventivos e centralidade na horizontalidade.

— QUESTÃO 11 —

Nas intervenções em saúde, é um princípio normativo da economia da saúde:

- (A) eficiência, que se refere à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza, ao menor custo possível. É determinada mediante a relação por quociente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregados.
- (B) equidade, que é definida pelo grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais.
- (C) efetividade, que se refere ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção ou serviço pode gerar um resultado desejável em condições ideais.
- (D) eficácia, que, como conceito genérico, equivale à retidão ou ao sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é provisão igualitária de serviços para toda a população de um determinado território.

— QUESTÃO 12 —

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto n. 7508/2011, uma das portas de entrada do SUS às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde é o serviço de

- (A) atenção de urgência e emergência.
- (B) tratamento fora de domicílio.
- (C) referência e contrarreferência.
- (D) maior complexidade e de densidade tecnológica.

— QUESTÃO 13 —

Todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde devem estar descritas na

- (A) RENAST
- (B) RENAME
- (C) RENASES
- (D) RENASUS

— QUESTÃO 14 —

As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Dentre essas comissões, a

- (A) CIT, no âmbito da União, vincula-se ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) CIR, no âmbito do Estado, vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) CIB, no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) CID, no âmbito municipal, vincula-se à Secretaria Municipal para efeitos administrativos e operacionais relacionados aos distritos sanitários.

— QUESTÃO 15 —

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio

- (A) do termo de compromisso aprovado pelos conselhos de saúde.
- (B) do contrato organizativo da ação pública da saúde.
- (C) do pacto de gestão regionalizado.
- (D) da programação pactuada integrada.

— QUESTÃO 16 —

Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

- (A) deverão necessariamente participar do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante processo de concorrência pública a ser estabelecido pelos municípios, para que seus alunos possam construir competências teórico-práticas na atenção à saúde de acordo com as necessidades desse sistema.
- (B) poderão atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, respeitada a autonomia universitária e a demanda desse sistema.
- (C) articulam-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio para a realização de estágios nas unidades do SUS para alunos de graduação e pós-graduação na modalidade de ensino em serviço na perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão.
- (D) integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

— QUESTÃO 17 —

Para assegurar a participação da comunidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com

- (A) Conselho de Saúde com composição paritária, sendo 50% de representantes do governo e 50% de representantes da sociedade civil organizada, tendo caráter permanente e consultivo, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho e homologado pelos gestores.
- (B) Conferência de Saúde que se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou pelo Judiciário.
- (C) Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- (D) Conferência de Saúde organizada mediante a aprovação dos conselhos de saúde, com periodicidade a ser definida a partir de proposta apresentada pelas comissões intergestoras, convocada pelo Poder Legislativo, com participação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

— QUESTÃO 18 —

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem, entre seus objetivos específicos, o seguinte:

- (A) incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na alta complexidade.
- (B) contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- (C) promover o entendimento da concepção específica de doença, entre os usuários da saúde, tanto nos conselhos de saúde como nas conferências de saúde.
- (D) prevenir fatores de risco de doenças e agravos à saúde com ações restritas à modificação individual de comportamentos e estilos de vida.

— QUESTÃO 19 —

A estratégia de Saúde da Família, como forma de territorialização, permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Essa estratégia

- (A) compreende a dinâmica do núcleo familiar, sem contudo construir elementos para avaliar que determinantes sociais contribuem para o processo de saúde em seu território.
- (B) é de atuação restrita a um território e, por esse motivo, é insuficiente para atuar como orientadora das políticas intersetoriais, visando ao bem-estar da comunidade.
- (C) é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que atuam nesse espaço, de modo a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.
- (D) é fundamental como porta de entrada à atenção básica no SUS, porém não é capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema.

— QUESTÃO 20 —

A humanização como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS pode ser entendida como

- (A) o estabelecimento de hierarquização, rígida e eficaz, entre os profissionais de saúde na produção da linha de cuidado em saúde.
- (B) o estabelecimento de ações com foco em informações construídas de forma científica por meio de pesquisas realizadas por centros de excelência.
- (C) a identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, tendo as equipes orientadoras de tipo “posso ajudar” como instrumento de ação.
- (D) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

— QUESTÃO 21 —

De acordo com a Escala Glasgow (Fongaro e Sebastiani, em Angerami-Camon, 1996), a melhor resposta motora (MRM) pode variar de 1 a

- (A) 3 pontos.
- (B) 5 pontos.
- (C) 6 pontos.
- (D) 7 pontos.

— QUESTÃO 22 —

No roteiro de avaliação psicológica aplicada ao Hospital Geral, são alterações da consciência clínica (Angerami-Camon, 1996):

- (A) alteração do eu físico e do eu psíquico.
- (B) delírio e alucinação.
- (C) ruptura psicótica e estranheza de si mesmo.
- (D) estados de torpor e de obnubilação.

— QUESTÃO 23 —

Segundo Selye (1952, apud Angerami-Camon, 1998), a fase da Síndrome Geral de Adaptação, que é constituída pelas subfases choque e contrachoque, denomina-se

- (A) alarme.
- (B) resistência.
- (C) quase exaustão.
- (D) exaustão.

— QUESTÃO 24 —

Segundo Fongaro e Sebastiani (Angerami-Camon, 1996), o estado em que a maioria das respostas está na íntegra, podendo haver leve comprometimento (lentificação) nos chamados reflexos superficiais (palpebral e dor), sendo que os demais se mantêm íntegros, caracteriza o

- (A) coma I.
- (B) coma II.
- (C) coma III.
- (D) coma IV.

— QUESTÃO 25 —

Um determinado profissional de saúde, ao longo dos anos, desenvolveu uma indiferença total para a dor do paciente, uma certa barreira que o impede de ser tocado, ainda que minimamente, pelo sofrimento do outro. Ultimamente, tem informado o diagnóstico aos seus pacientes de um jeito frio, distante e impessoal. Tal postura de atendimento caracteriza-se

- (A) pela desumanização.
- (B) pela calosidade profissional.
- (C) pelo distanciamento crítico.
- (D) pela antipatia genuína.

— QUESTÃO 26 —

Segundo Straub (2005), o ramo do conhecimento cuja origem está associada às técnicas de *biofeedback* denomina-se

- (A) medicina psicossomática.
- (B) psicologia médica.
- (C) medicina comportamental.
- (D) psicologia da saúde.

— QUESTÃO 27 —

É um método de pesquisa na área da saúde, caracterizado pelos seguintes componentes: cenário de pesquisa normalmente conduzido no campo; coleta de dados por meio de comparações estatísticas entre grupos expostos a diferentes fatores de risco; determinação da etiologia da doença; fácil replicação e boa generalização. Trata-se do seguinte tipo de pesquisa:

- (A) descritiva.
- (B) metanálise.
- (C) experimental.
- (D) epidemiológica.

— QUESTÃO 28 —

Segundo Winnicott (1988, apud Angerami-Camon, 1998), a função da mãe, ou de sua substituta, é (1) proteger o bebê de agressões fisiológicas, (2) levar em conta a sensibilidade cutânea do lactente e a falta de conhecimentos sobre a existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo, (3) incluir uma rotina completa de cuidados dia e noite adequada a cada bebê e (4) seguir as mudanças instantâneas, no dia a dia, que fazem parte do desenvolvimento do lactente, tanto físico quanto psicológico. Esse conjunto de funções caracteriza

- (A) o *holding*.
- (B) a manipulação.
- (C) a apresentação dos objetos.
- (D) o *rapport*.

— QUESTÃO 29 —

Uma pessoa apresenta perda de referenciais significativos na vida, desde sua rotina, seus hábitos, costumes, sua autonomia, controle sobre o próprio destino, necessitando incorporar novas regras de organização. Essas condições podem suscitar a ocorrência da falta de esteio em nível psicológico, colaborando para a instalação de depressão reativa de natureza ambiental significativa, o que é também foco de intervenção do psicólogo hospitalar. Esse quadro é compatível com

- (A) despersonalização.
- (B) pânico.
- (C) desconfiança.
- (D) desamparo.

— QUESTÃO 30 —

Uma pessoa que enfrenta uma situação de estresse, criando imagens mentais de aconchego e de acolhimento para se sentir bem, está utilizando uma estratégia predominante de

- (A) focalização no problema.
- (B) combate.
- (C) regulação da emoção.
- (D) religiosidade.

— QUESTÃO 31 —

Segundo Straub (2005), o processo desenvolvido por uma pessoa para recuperar-se ou escapar de estressores ambientais que possam, de alguma forma, perturbar seu ambiente denomina-se

- (A) estamina.
- (B) resiliência.
- (C) *coping*.
- (D) resistência.

— QUESTÃO 32 —

Para Cristina Maslach (1982, apud Straub, 2005), o distanciamento emocional exacerbado, com frieza e indiferença diante das necessidades dos outros, e a insensibilização, caracteriza o seguinte aspecto da síndrome do Burnout:

- (A) despersonalização.
- (B) exaustão emocional.
- (C) despersonalização.
- (D) perda da realização profissional.

— QUESTÃO 33 —

Situação que tende a gerar ou agravar doenças físicas e que apresenta um estado de espírito em que o indivíduo parece desistir de viver, “permitindo” assim que a doença se apodere dele, denomina-se

- (A) “quadro de somatização”.
- (B) “síndrome de desistência”.
- (C) “quadro de depressão”.
- (D) “síndrome de desesperança”.

— QUESTÃO 34 —

Um enfermo avalia que, apesar da correta prescrição da equipe de saúde, ele não terá condições para aderir ao tratamento proposto em função de sua história pregressa com a doença. Neste caso, a limitação do enfermo insere-se na sua expectativa

- (A) de eficácia.
- (B) de resultado.
- (C) teórica.
- (D) alo-referencial.

— QUESTÃO 35 —

De acordo com a origem do estímulo nociceptivo, o tipo de dor que pode ser definida com precisão no que diz respeito à qualidade e discriminar diferentes sensações dolorosas (picada, queimação, beliscão e outras), além da exatidão com que é localizada, denomina-se dor

- (A) referida.
- (B) cutânea.
- (C) somática e visceral.
- (D) mista.

— QUESTÃO 36 —

Hall, Lindzey e Campbell (2000) destacam que Freud foi provavelmente o primeiro teórico da psicologia a enfatizar os aspectos desenvolvimentais da personalidade e, em particular, o papel decisivo dos primeiros anos da infância como formadores da estrutura de personalidade da pessoa. Sobre os pontos destacados por estes autores acerca da teoria freudiana, considera-se que

- (A) a ansiedade de realidade, como fonte do medo, foi desprezada, e privilegiadas a ansiedade neurótica e a moral, frutos da atividade simbólica.
- (B) a personalidade se desenvolve em resposta a quatro fontes importantes de tensão: (1) sublimação, (2) projeção, (3) formação reativa e (4) racionalização.
- (C) a identificação e o deslocamento são dois métodos sobre os quais o indivíduo aprende a resolver frustrações, conflitos e ansiedades.
- (D) o id às vezes é forçado a tomar medidas extremas para aliviar a pressão. Estas medidas são chamadas de mecanismos de defesa.

— QUESTÃO 37 —

Hall, Lindzey e Campbell (2000) classificam as teorias de personalidade em quatro ênfases: ênfase na psicodinâmica, ênfase na estrutura da personalidade, ênfase na realidade percebida e ênfase na aprendizagem. Tendo em vista a classificação apresentada, os representantes de cada uma dessas ênfases, respectivamente, são:

- (A) Freud, Murray, Rogers e Bandura.
- (B) Freud, Cattell, Skinner e Bandura.
- (C) Erick Erickson, Cattell, Bandura e Skinner.
- (D) Sullivan, Allport, Jung e Skinner.

— QUESTÃO 38 —

De acordo com Helen Bee (1997), psicólogos e sociólogos que estudam o desenvolvimento referem-se a três categorias básicas de mudanças que ocorrem com a idade. Dentre essas mudanças, incluem-se as

- (A) mudanças individuais que resultam de eventos singulares, não partilhados.
- (B) mudanças individuais que resultam de eventos singulares partilhados com membros da espécie.
- (C) mudanças individuais referentes à filogenia, comuns a todos os indivíduos de uma espécie.
- (D) mudanças geracionais, comuns a um subgrupo particular nas quais independem fatores etários.

— QUESTÃO 39 —

Helen Bee (1997), em relação ao ciclo vital, indica processos que considera centrais em diferentes fases:

- (A) na primeira infância, a criação do ciclo vital.
- (B) na pré-escola, a criação de um apego central.
- (C) na fase adulta, a síndrome do “ninho vazio”.
- (D) no envelhecimento, as mudanças cognitivas.

— QUESTÃO 40 —

Bee (1997) aglutina as teorias do desenvolvimento em quatro tipos. Nessa classificação, as teorias

- (A) do Tipo A destacam mudanças quantitativo-estruturais nos estágios, e são exemplificadas pelas teorias piagetianas.
- (B) do Tipo B não destacam a presença de estágios ou metas finais, e podem ser exemplificadas pela teoria psicanalítica.
- (C) do Tipo C destacam a mudança estrutural e direcional em estágios, e são identificadas como teorias humanistas.
- (D) do Tipo D destacam mudanças quantitativas em estágios, e são identificadas como teorias da aprendizagem.

— QUESTÃO 41 —

De acordo com Barlow e Duran (2008), a favor de um modelo integrativo, os teóricos abandonaram a ideia de que um fator isolado explica o comportamento anormal. Isto significa

- (A) identificar as causas do comportamento anormal é um processo complexo que implica em compreender uma variedade de influências.
- (B) integrar o modelo genético como determinante na personalidade e no comportamento e nas relações interpessoais.
- (C) integrar a visão unidimensional ao modelo médico em contraposição ao modelo ecológico e sistêmico que preconizam a multideterminação do humano.
- (D) identificar menos fatores biológicos e mais fatores comportamentais que podem explicar o comportamento anormal.

— QUESTÃO 42 —

Em Barlow e Duran (2008), a ansiedade é definida como um estado de humor negativo caracterizado por sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro. Dentro da categoria nosológica ampla chamada transtornos de ansiedade, encontra-se o

- (A) transtorno bipolar.
- (B) transtorno hipocondríaco.
- (C) transtorno obsessivo-compulsivo.
- (D) transtorno somatoforme.

— QUESTÃO 43 —

Barlow e Duran (2008) consideram que a incidência de transtornos alimentares aumentou a partir da década de 1960. O transtorno alimentar

- (A) é de etiologia biológica, mas estudos descartam a influência genética, e não é comum encontrar casos entre parentes.
- (B) classifica-se como bulimia, anorexia e transtorno de compulsão alimentar.
- (C) incide igualmente nos sexos masculino e feminino.
- (D) classifica-se como anorexia nervosa quando a pessoa experimenta vômitos autoinduzidos ou faz uso inadequado de laxantes, diuréticos ou enemas.

— QUESTÃO 44 —

Um transtorno de personalidade pode prejudicar a pessoa afetada. Todavia, é possível que indivíduos com transtornos de personalidade não experimentem nenhum sofrimento subjetivo. Conforme Barlow e Duran (2008), no transtorno de personalidade histriônica as pessoas

- (A) apresentam-se muito desconfiadas e não creem nos outros.
- (B) demonstram um padrão de desinteresse por relacionamentos sociais e um espectro de emoções.
- (C) costumam ter um longo histórico de violação dos direitos das demais pessoas.
- (D) são propensas a expressar suas emoções de modo exagerado, fútil e autocentrado.

— QUESTÃO 45 —

Os transtornos somatoformes e dissociativos estão muito relacionados historicamente, e as crescentes evidências indicam que eles partilham de características comuns. De acordo com Barlow e Durand (2008), esses transtornos

- (A) incluem o transtorno conversivo.
- (B) incluem o transtorno obsessivo-compulsivo.
- (C) excluem o transtorno dismórfico corporal.
- (D) excluem o transtorno doloroso.

— QUESTÃO 46 —

O termo “demência” aplica-se a um grupo de condições que cursam com alterações cognitivas. De acordo com Barlow e Duran (2008), sobre demências é importante destacar que, com base

- (A) na etiologia, foram identificadas além da demência do tipo Alzheimer, a demência vascular, a demência devido a outras condições médicas gerais, a demência persistente induzida devido a substância e a demência devido a etiologias múltiplas.
- (B) na classificação, a demência vascular ocorre após um acidente vascular encefálico (derrame ou isquemia), inclui a demência com corpos de Levy, a doença de Alzheimer e a doença de Korsacov.
- (C) na avaliação intelectual, a demência se caracteriza por um desempenho intelectual, mensurado por testes psicológicos, significativamente abaixo da média (QI < 70).
- (D) na especificação, a demência persistente induzida pelo uso de substância não inclui o abuso de álcool e tabaco. A nomenclatura aplica-se a drogas ilícitas, entre elas: crack, cocaína, heroína, LSD, Tetra-hidrocanabiol (maconha).

— QUESTÃO 47 —

A doença de Alzheimer tem sido apontada como uma das causas mais frequentes de demência. De acordo com Barlow e Duran (2008), a demência do tipo Alzheimer evolui

- (A) gradativamente, e aparecem transtornos cognitivos como alterações de memória, afasia e apraxia.
- (B) primariamente, e instala-se após acidente vascular cerebral.
- (C) secundariamente, e aparecem sinais de redução volumétrica cerebral e alterações difusas vasculares.
- (D) inicialmente, e apresenta deterioração cognitiva rápida, porém, mais lenta nos estágios intermediários.

— QUESTÃO 48 —

Barlow e Duran (2008) mencionam pesquisas que demonstram os efeitos prejudiciais do estresse sobre o funcionamento do sistema imunológico. Seres humanos estressados apresentam proporções maiores de doenças infecciosas e há, portanto, uma relação entre estresse e doença física. Um conjunto de condições é destacado como apresentando relação direta de fatores emocionais e comportamentais que influenciam distúrbios físicos, a saber:

- (A) trissomia do cromossomo X.
- (B) adrenoleucodistrofia.
- (C) hemofilia.
- (D) câncer.

— QUESTÃO 49 —

No livro *Evolução do cérebro*, Dalgalarondo (2011) propõe uma compreensão evolucionista do sistema nervoso, da psicologia, da medicina e da psicopatologia. Por abordagem evolucionista, entende-se:

- (A) a concepção da natureza histórica das adaptações biológicas e a subordinação ao modelo criacionista destacando-se o papel fundamental do ambiente no progresso e nas aquisições de comportamentos adaptativos.
- (B) a contraposição ao modelo criacionista e o alinhamento ao modelo darwiniano e mendeliano do final do século XIX.
- (C) a pressuposição central de que o cérebro humano não sofreu especializações durante a filogênese e que a especialização se dá eminentemente no plano ontogenético.
- (D) a adesão ao modelo criacionista e o alinhamento ao modelo darwiniano e mendeliano do final do século XIX.

— QUESTÃO 50 —

De acordo com Dalgalarondo (2011), a visão evolucionista tende a propor que a ansiedade patológica seja um exagero ou um déficit de comportamentos e estados emocionais que em algum período foram evolutivos. Assim, distintos estímulos ambientais potencialmente ameaçadores podem gerar respostas de medo e alarme, subdivididas em três tipos, quais sejam:

- (A) marcadas pela ansiedade de controle com uso de operantes; com utilização de mecanismos com pouca influência genética, fortemente determinadas pela cultura; filogeneticamente determinadas.
- (B) atravessadas por significados simbólicos compartilhados culturalmente; com poucos dispositivos geneticamente determinados; relativos ao desenvolvimento filogenético.
- (C) determinadas por ansiedade de luta com comportamento de esquiva; adquiridas por ansiedade de fuga com entrada em estado de preparação e alerta; atenuadas pela ansiedade de controle.
- (D) determinadas geneticamente; aprendidas pela observação de outros indivíduos coespecíficos; atravessadas por significados simbólicos compartilhados culturalmente.