



CT1353

**Tecnologias Sociais e
Promoção da Saúde**

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva

**Conhecimentos Específicos
na Área de Atuação**

01. Saúde e ambiente conformam uma relação necessária porque:

- (A) são dois setores muito visados e sendo necessário evitar que os dejetos sanitários contaminem o ambiente.
- (B) são duas áreas muito visadas pelas agências internacionais de fomento.
- (C) é essencial a relação entre os seres humanos e a natureza, e o ambiente, como é conhecido, é fruto da ação humana.
- (D) antes de se instalar um hospital, é necessário avaliar seu impacto sobre o ambiente.
- (E) a crise ambiental é o maior determinante social da saúde.

02. O enfoque ecossistêmico da saúde humana poderia ser mais bem interpretado pela:

- (A) execução de relatórios de impacto ambiental das grandes obras.
- (B) prevenção de desmatamentos em áreas de florestas densas.
- (C) tentativa de não prejudicar a expansão de serviços de saúde em áreas de mananciais.
- (D) adoção de atividades físicas em parques e áreas verdes urbanas, como hábito saudável.
- (E) construção de nexos entre gestão integral do meio ambiente com uma abordagem ecológica da promoção da saúde humana.

03. A determinação social da saúde está relacionada com:

- (A) atributos natos de indivíduos e culturais das comunidades.
- (B) a distribuição desigual de poder, dinheiro e serviços entre países, entre áreas de um mesmo país e entre grupos populacionais distintos.
- (C) a incapacidade de indivíduos e comunidades de enfrentarem os riscos sociais.
- (D) os gastos per capita que os países desembolsam para assistência médica.
- (E) a capacidade de investimentos em pesquisa que os países fazem para descobrir as causas das doenças.

04. Os determinantes sociais da saúde se expressam de múltiplas maneiras, EXCETO:

- (A) podem ser proximais, intermediários ou distais em relação à capacidade de intervenção dos serviços de saúde.
- (B) indicam não a causa das doenças, mas a causa da distribuição das doenças.
- (C) têm no contexto e na posição social dos indivíduos elementos importantes para seu enfrentamento.
- (D) são sinônimos de fatores de risco
- (E) têm como analisadores os diferenciais de consequência, vulnerabilidade, exposição e tratamento.

05. Segundo Sonia Fleury (2009), “o movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”. NÃO se constitui como princípio que orientou este processo:

- (A) a saúde como um direito humano.
- (B) a determinação social do processo saúde doença.
- (C) a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática.
- (D) a reforma setorial como expressão máxima do direito à saúde.
- (E) a saúde entendida de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

06. Uma “cidade saudável” é aquela:

- (A) em que a incidência e prevalência das doenças mais comuns são menores em comparação com cidades do mesmo porte.
- (B) em que o SUS é bem avaliado pelos cidadãos.
- (C) que coloca o resultado em saúde da população como central na formulação de políticas públicas.
- (D) em que o gasto per capita nos serviços de saúde é maior que nas outras cidades do entorno.
- (E) que adota práticas gerenciais modernas.

07. Em relação aos pilares que favorecem a adoção de um projeto de “cidade saudável”, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:

- () A construção da visão de cidade que os moradores desejam no futuro é um bom ponto de partida.
- () A intersetorialidade é um dispositivo que fortalece a gestão das políticas públicas.
- () A participação social contribui com a transparência da gestão e a multiplicação de ideias e iniciativas.

As afirmativas I, II e III são, respectivamente:

- (A) V, F e F.
- (B) F, V e F.
- (C) V, V e F.
- (D) F, V e V.
- (E) V, V e V.

08. Podem-se classificar as medidas para melhorar a qualidade de vida e a saúde de populações em dois grupos, conforme apresentado na Coluna I. Estabeleça a correta correspondência com estas ações da Coluna II.

Coluna I

1. Promoção da saúde
2. Prevenção de doenças

Coluna II

- () Reduzir os fatores de risco das doenças.
- () Diminuir as complicações das doenças.
- () Incidir sobre os determinantes sociais da saúde.
- () Proteger as pessoas e grupos de agentes agressivos.
- () Influir na formulação de políticas públicas.

A sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) 2, 1, 2, 1 e 2
- (B) 2, 2, 1, 2 e 1
- (C) 2, 1, 1, 2 e 1
- (D) 1, 2, 1, 2 e 1
- (E) 2, 1, 2, 2 e 2

09. São campos da promoção da saúde inscritos na Carta de Ottawa os abaixo relacionados, EXCETO:

- (A) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.
- (B) reforço da ação comunitária.
- (C) projetos de reabilitação social pós-sequelas físicas ou mentais.
- (D) desenvolvimento de habilidades pessoais.
- (E) reorientação dos serviços de saúde.

10. Buscar alianças para projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças é uma tarefa estratégica. Vale a pena, por isso, tentar identificar atores que estejam mais coadunados com um, ou outro projeto, conforme apresentado na Coluna I. Estabeleça uma correspondência possível dos projetos de promoção ou de prevenção com os atores da Coluna II.

Coluna I

1. Promoção da saúde
2. Prevenção de doenças

Coluna II

- () funcionários de setores diferentes.
- () profissionais de saúde pública e equipes dos serviços de saúde.
- () líderes políticos e da sociedade civil.
- () usuários dos serviços de saúde.
- () movimentos sociais.

(A) A sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) 2, 1, 2, 1 e 2
- (B) 2, 2, 1, 2 e 1
- (C) 2, 1, 1, 2 e 1
- (D) 1, 2, 1, 2 e 1
- (E) 2, 1, 2, 2 e 2

11. Leia o texto abaixo e em seguida responda à questão.

“A proposta da territorialização, com toda crítica que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção. Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios; e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde”.

(Parágrafo retirado de “Territorialização e Saúde” de Godim, GMM & Monken, M In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>, Acesso em fevereiro de 2014).

Em síntese, o texto nos chama a atenção para o fato de que como profissionais da promoção da saúde:

- (A) não devemos nos arriscar com a proposta de territorialização em saúde, pela crítica que nos fazem os geógrafos de que nossa apropriação da categoria território é tecnicista e reducionista.
- (B) devemos ver esta temática como um exercício teórico filosófico com limites para a aplicação prática.
- (C) devemos pensar o território apenas como um dispositivo para planejar fluxos para o funcionamento das redes em saúde.
- (D) não devemos ter a ilusão de que no território onde vivem as pessoas possam ser captadas suas estratégias de luta e sobrevivência, pois geralmente trabalham fora do lugar onde vivem,
- (E) devemos olhar para a categoria território como método de gestão, observação geográfica de intencionalidades humanas e das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

12. A saúde está regulamentada na Constituição Federal nos Art. 196 a 200. Dos valores abaixo, NÃO fazem parte do ideário do SUS:

- (A) a saúde é direito de todos e dever do Estado.
- (B) o Estado poderá ser ressarcido por indivíduos, famílias e comunidades do seu dispêndio direto em serviços.
- (C) o direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas.
- (D) as políticas devem visar, dentre outros aspectos, a redução de riscos e agravos.
- (E) as ações e serviços de saúde visam promoção, proteção e recuperação.

13. Fazem parte do arcabouço jurídico do SUS os itens abaixo, EXCETO:

- (A) Lei 9656/98 que regula os planos privados.
- (B) Leis 8080 e 8142.
- (C) NOBs 91,93 e 96 e NOAS 01/2001.
- (D) Pacto pela Saúde (pela vida, pela defesa do SUS, gestão).
- (E) COAP - Contrato de Organização da Atividade Pública.

14. O Sistema Único de Saúde tem como seus princípios doutrinários:

- (A) universalidade, integralidade e hierarquização.
- (B) integralidade, equidade e gestão única.
- (C) integralidade, regionalização e controle social.
- (D) universalidade, equidade e integralidade.
- (E) equidade, controle social e integralidade.

15. Em relação ao SUS, NÃO é correto afirmar que:

- (A) exista relação de subordinação entre as esferas federal, estaduais e municipais.
- (B) o setor privado pode oferecer serviços desde que complementarmente ao público.
- (C) a atenção básica deve ser a ordenadora do sistema.
- (D) a equipe de saúde da família é responsável por um território específico.
- (E) o agente comunitário de saúde deve residir na micro área sob sua responsabilidade.

16. Observe as afirmativas a seguir em relação aos conselhos de saúde:

- I. Têm caráter deliberativo, e cinquenta por cento dos participantes são representantes dos usuários.
- II. Os outros cinquenta por cento de participantes são compostos por trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores.
- III. A presidência de um conselho de saúde é sempre de um representante do governo.

Das afirmativas acima:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

17. A Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, que é conhecida como Rio+20, realizada no Rio de Janeiro em 2012, elaborou um documento com suas principais resoluções. Este documento foi denominado:

- (A) "O Futuro Incerto".
- (B) "O Futuro que Queremos".
- (C) "O Futuro nos Espera".
- (D) "O Futuro para Todos".
- (E) "O Futuro frente ao Passado".

18. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram acordados pelos países junto à ONU. O ano de 2015 é o limite para avaliar se as metas foram alcançadas ou não. Há movimentos e iniciativas no Brasil e no mundo para que na próxima rodada de objetivos e metas sejam abordados os "indicadores de desenvolvimento sustentável". No Brasil, o ponto de partida foi 2002, com a primeira lista de indicadores, seguida por outras em 2004, 2008 e 2010. Em 2012, foi feita atualização de indicadores a partir dos novos temas levantados pela "Rio+20". Das alternativas abaixo, aquela que incluiria estes novos indicadores, sugerindo os temas mais contemporâneos do desenvolvimento sustentável (IBGE, 2012) é:

- (A) dimensão ambiental: qualidade da água; dimensão social: prevalência de desnutrição; dimensão econômica: produto interno bruto per capita; dimensão institucional: acesso aos serviços de telefonia.
- (B) dimensão ambiental: balneabilidade; dimensão social: taxa de crescimento populacional; dimensão econômica: balança comercial; dimensão institucional: agenda 21 local.
- (C) dimensão ambiental: queimadas; dimensão social: taxa de fecundidade; dimensão econômica: grau de endividamento; dimensão institucional: acesso à internet.
- (D) dimensão ambiental: consumo industrial de produtos destruidores da camada de ozônio; dimensão social: taxa de desemprego; dimensão econômica: consumo de energia per capita; dimensão institucional: organizações da sociedade civil.
- (E) dimensão ambiental: desmatamento nos biomas extra-amazônicos; dimensão social: proporção de mulheres em trabalho formal; dimensão econômica: coleta seletiva de lixo; dimensão institucional: articulações interinstitucionais dos municípios.

19. Não há consenso entre especialistas acerca do tema do desenvolvimento local (DL), pois há inúmeras contradições conceituais, ideológicas e metodológicas (Akerman, 2005). Apesar disso, podem-se captar algumas indicações nas quais há certo grau de concordância entre os autores, entre as quais NÃO se inclui:

- (A) DL não passa de um ajuste pós-fordista com expressão espacial.
- (B) não se pode pensar o DL apenas sobre uma lógica estritamente economicista.
- (C) é preciso que as iniciativas de DL reconheçam a existência de interesses distintos e conflitos latentes ou potenciais como pressuposto para uma articulação inovadora de atores sociais.
- (D) os recursos de governos de forma isolada são insuficientes para implementar iniciativas de DL, mas sem o governo é muito mais difícil levá-las adiante.
- (E) não existe um marco conceitual e operacional único para impulsionar ações de DL.

20. Em relação a projetos de DL, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir.

- I – É possível estimular o desenvolvimento local.
- II – Desenvolvimento é um fim em si mesmo.
- III – Não é possível elaborar um marco conceitual sobre DL, pois não há consenso entre os especialistas.

As afirmativas I II e III são, respectivamente:

- (A) V, F e F.
- (B) F, V e F.
- (C) V, V e F.
- (D) F, V e V.
- (E) V, V e V.

Conhecimentos Específicos no Perfil

21. O que melhor define uma experiência de tecnologia social é:

- (A) ser uma experiência técnica comprovada pela pesquisa acadêmica.
- (B) ser um projeto certificado pela Fundação Banco do Brasil.
- (C) ser uma experiência de mobilização e autogestão da própria comunidade aliando saber popular e conhecimento técnico
- (D) ser desenvolvida pela universidade para aplicação participativa dos grupos populares.
- (E) ser tecnicamente desenvolvida com vistas a se tornar apropriada para os pobres.

22. O que melhor caracteriza as experiências populares com tecnologia social é:

- (A) ter uma direção ou coordenação que evite autoritarismo.
- (B) ter uma gerência que se encarregue de distribuir bem as decisões.
- (C) serem democráticas na etapa de realização das tarefas.
- (D) assegurar a distribuição equânime dos resultados positivos.
- (E) promover a autogestão de forma distribuída e equânime entre os componentes da rede comunitária e do meio técnico-científico.

23. O movimento pela tecnologia social foi oficializado pelo governo brasileiro em:

- (A) 1952, com a criação no CNPq de um programa de tecnologias apropriadas.
- (B) 1988, pela Constituição Federal em seu título VIII - Da Ordem Social cap. IV. Da ciência e tecnologia.
- (C) 2003, pelo decreto 91.146, que criou a Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social (SECIS) no então MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia.
- (D) 1999, durante a Campanha contra a Fome.
- (E) 2004, com o lançamento do livro "Tecnologia social: uma estratégia para as empresas".

24. Um banco de experiências brasileiras com tecnologia social vem sendo mantido pelo/a:

- (A) Biblioteca Nacional.
- (B) IBASE e RTS.
- (C) SECIS – MCTI.
- (D) Fundação Banco do Brasil – FBB.
- (E) Centro de Estudos Tecnologia e Sociedade da FGV/Rio.

25. Apoiar projetos de saúde para jovens em situação de risco exige especial atenção na articulação local de atores e entidades:

- (A) civis, sem fins lucrativos, e de empresários que empregam mão de obra barata.
- (B) civis, de caráter religioso, que atuam por meio de obras sociais em igrejas.
- (C) governamentais de educação, assistência social e saúde associadas às entidades civis sob programas públicos com universidades.
- (D) civis, privadas e governamentais, para ajudar os jovens a ingressar no serviço militar.
- (E) de caráter assistencial, privadas, sem participação de prefeituras.

26. O papel do profissional médico no Programa "Mais Médicos" tem sido:

- (A) realizar a promoção da saúde no contexto sociocultural dos pacientes e no ambiente familiar.
- (B) promover tecnologias para sanar deficiências de infraestrutura de saúde.
- (C) criar bases para formar agentes multiplicadores de saúde pública.
- (D) alterar os determinantes sociais de saúde vinculados à profissionalização, relações de gênero e proteção às mulheres.
- (E) criar condições para que médicos nos bairros centrais venham trabalhar nos bairros afastados.

27. São determinantes sociais da saúde os abaixo relacionados, EXCETO:

- (A) acesso pleno à educação integral.
- (B) acesso pleno a trabalho, emprego e salário.
- (C) acesso à qualificação profissional.
- (D) acesso ao consumo de bens em supermercados.
- (E) acesso à mobilidade urbana (transporte público).

28. Investir em tecnologia de saúde, ou nos projetos que melhoraram os determinantes sociais da saúde tem sido uma decisão:

- (A) do tipo técnico-científica.
- (B) de caráter orçamentário.
- (B) de natureza técnico-administrativa.
- (C) do tipo que é conflituosa, dadas as demandas sociais diversas das pressões dos mercados de equipamentos e da medicina especializada.
- (E) sempre variável segundo a política nacional de fomento a tecnologias médicas.

29. O que marca a gestão participativa da política pública de saúde é:

- (A) a existência de soluções gerenciais.
- (B) a resolução de conflitos mediante soluções técnico-científicas neutras.
- (C) a existência de conselhos populares de saúde articulados com a gestão participativa de administrativos, técnicos e profissionais de saúde.
- (D) a hierarquia de comando e controle que permite a livre participação.
- (E) a boa vontade dos médicos e técnicos no sistema primário de saúde.

30. Gestão participativa e aumento da demanda social por atenção primária de saúde são dimensões:

- (A) de fácil compatibilidade
- (B) de compatibilidade raramente equacionada.
- (C) de difícil compatibilidade no regime público.
- (D) de fácil compatibilidade no regime de terceiras partes (terceirização).
- (E) de resolução sempre variável em relação ao montante financeiro disponível, à qualidade da gestão participativa e à participação efetiva dos usuários.

31. Instâncias e meios de participação dos usuários na política pública de saúde dependem:

- (A) da disponibilidade financeira no orçamento geral da União.
- (B) da adesão dos médicos e técnicos de saúde aos princípios democráticos.
- (C) da adesão proativa dos políticos locais, gestores municipais e da administração das prefeituras.
- (D) dos recursos extra-orçamentários destinados pela iniciativa privada à saúde.
- (E) dos planos de saúde privados.

32. A política pública de saúde está em permanente processo de construção que depende, EXCETO:

- (A) da mobilização dos usuários e dos profissionais da saúde.
- (B) da renovação dos integrantes de Conselhos de Saúde.
- (C) do apoio de grandes empresas farmacêuticas e da medicina de grupo.
- (D) da solução de continuidade na gestão municipal a cada mandato de prefeito.
- (E) da existência de canais de comunicação regulares entre a base social e os gestores do sistema.

33. As relações entre centro e periferias urbanas são marcadas no Brasil por:

- (A) infraestrutura de saneamento ambiental desigual.
- (B) distribuição de oportunidades de emprego e trabalho desequilibradas.
- (C) distribuição concentrada de renda nos bairros centrais.
- (D) elevada concentração de serviços públicos e equipamentos nos bairros centrais
- (E) facilidades de acesso a políticas públicas nos dois tipos de território.

34. Os conflitos socioambientais que vulnerabilizam os territórios nas grandes cidades têm como características, EXCETO:

- (A) índices elevados de mortalidade pré-natal.
- (B) baixos índices de expectativa de vida entre jovens e adultos jovens negros.
- (C) transporte público abundante que provoca engarrafamentos.
- (D) inexistência de infraestrutura de saneamento ambiental.
- (E) viário desfavorável que não permite serviços regulares de coleta de resíduos domiciliares.

35. A noção de “justiça ambiental” considera importante:

- (A) gerar denúncias contra injustiças policiais e militares nas periferias urbanas.
- (B) levar aos tribunais empresas públicas e privadas por desastres ambientais.
- (C) criar base técnico-científica para avaliar injustiças ambientais contra populações pobres e grupos étnicos.
- (D) incentivar demandas judiciais para regularizar territórios da reforma agrária.
- (E) denunciar injustiças sociais e ambientais em terras indígenas.

36. A saúde ambiental em uma comunidade depende:

- (A) de como se organiza a economia local para superar a exclusão social dos jovens.
- (B) da mobilização comunitária contra a má distribuição de renda.
- (C) da existência de políticas públicas de saúde, meio ambiente e assistência social articuladas no território.
- (D) da construção de reservas hídricas para evitar falta d'água.
- (E) dos recursos orçamentários das prefeituras para construir aterros sanitários.

37. O Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares, PRONINC, foi institucionalizado pelo decreto de nº 7.357, de 17.11.2010, que prevê, EXCETO:

- (A) geração de trabalho e renda com foco na autogestão de empreendimentos econômicos solidários.
- (B) articulação e integração com políticas públicas para desenvolvimento local e regional.
- (C) desenvolvimento de novas metodologias de incubação articuladas a processos de desenvolvimento territorial.
- (D) formação de docentes universitários em economia solidária.
- (E) criação de disciplinas, cursos, estágios e outras ações, para a disseminação da economia solidária nas instituições de ensino superior.

38. Observe as afirmativas a seguir em relação ao que se entende por incubação de cooperativas populares na economia solidária:

- I - A incubação envolve atividades sistemáticas de pesquisa, formação e assessoria técnica e tecnológica.
- II - Incubar exige acompanhamento do empreendimento econômico solidário somente até a sua consolidação.
- III - Incubar exige adoção da bolsa-família.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

39. Observe as afirmativas a seguir em relação ao que se entende por economia solidária:

- I - Trata-se de uma forma de auto-organização da produção e dos serviços que gera lucro.
- II - É a economia que opera com um sistema de gerência democrática.
- III - Produção e consumo são autocontrolados por uma consciência solidária.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão erradas.

40. São beneficiários da política nacional de economia solidária, EXCETO:

- (A) participantes dos empreendimentos econômicos solidários registrados no Sistema Nacional de Economia Solidária (SIES).
- (B) agentes comunitários e lideranças da sociedade civil participantes de fóruns.
- (C) redes sociais de economia solidária nas esferas municipal, estadual e federal.
- (D) grupos informais não organizados em qualquer município, que se autointitulam empreendimento econômico solidário.
- (E) gestores governamentais de políticas públicas de economia solidária.

41. Processos autogestionários exigem tecnologia social pelas razões abaixo, EXCETO:

- (A) Tecnologia não é neutra e precisa ser adequada ao coletivo.
- (B) Processos de adequação sociotécnica são parte da autogestão.
- (C) A tecnologia é neutra, são as pessoas que lhe dão orientação de uso.
- (D) A autogestão depende de decisões tomadas coletivamente.
- (E) Tecnologia social é parte da aprendizagem de autogestão.

42. Observe as afirmativas a seguir em relação à autogestão como processo de aprendizagem e prática produtiva:

- I - Saber dividir os resultados positivos é tão importante quanto os resultados negativos.
- II - A boa prática da autogestão está orientada para atingir a prática gerencial.
- III - Saber tomar decisões no coletivo é tão importante quanto saber dividir as atividades produtivas de forma igualitária.

Sobre as afirmativas acima se pode dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

43. A autogestão é considerada entre os integrantes do movimento pela tecnologia social no Brasil como:

- (A) inviável, devido ao baixo nível educacional dos sujeitos populares.
- (B) um problema que decorre da falta de orçamento para assalariar os agentes multiplicadores.
- (C) falsa questão, pois não ajuda as soluções tecno-científicas.
- (D) Irrelevante, pois não é reconhecida oficialmente pelo SEBRAE.
- (E) processo de aprendizagem fundamental sem o qual não se realiza a adequação sociotécnica em experiências de tecnologia social.

44. A relação entre autogestão e autonomia (coletiva e pessoal) sofre influências da dimensão sociotécnica, a qual pode ser definida como:

- (A) secundária às decisões políticas soberanas na adoção de tecnologias.
- (B) dependente de recursos financeiros.
- (C) o caminho crítico que os atores constroem para assegurar produtividade (aumento de escala).
- (D) experimentações que têm um limite na busca do lucro.
- (E) impossível de compatibilizar com autogestão e autonomia.

45. As redes comunitárias diferem das redes sociais por:

- (A) não terem acesso à internet.
- (B) serem de expressão local sem impacto político nas mídias e movimentos sociais.
- (C) apresentarem um caráter paroquial e provinciano.
- (D) não se expressarem com a linguagem que todo mundo entende.
- (E) assumirem características socioculturais do território e ampliar as vantagens e possibilidades de ação direta vinculadas à base social.

46. Redes sociais devem ser valorizadas, porém, reconhecidos seus limites de canais para a gestão participativa da política pública de saúde, porque:

- (A) seus integrantes são virtuais com pouco interesse em ação local.
- (B) não conseguem sair da internet.
- (C) estão interessados, sobretudo, em trocar informações pessoais ou subjetivas.
- (D) sua participação requer diálogo e envolvimento com redes comunitárias que atuam diretamente no território.
- (E) são autocentrados em demasia, o que inviabiliza formar alianças com outros atores.

47. Redes comunitárias são importantes na gestão compartilhada de políticas públicas em geral, sobretudo quando logram fazer uma articulação de caráter:

- (A) político-partidário mais ampla sem se misturar com questões locais.
- (B) religioso ecumênico para mobilização das pessoas de boa vontade.
- (C) pastoral e filantrópico para assegurar resultados efetivos, com contribuições sem fins lucrativos.
- (D) ideológico-revolucionário para lograr impacto.
- (E) político-organizativa local e entre comunidades no mesmo território, para assegurar a construção de agendas unitárias.

48. Observe as afirmativas abaixo em relação ao problema das articulações entre redes sociais e redes comunitárias

- I – Integrar redes sociais virtuais e redes comunitárias locais depende de um tema unificador forte o bastante para aproximar pessoas muito diferentes
- II – Redes comunitárias por segmentos (étnico, de gênero, juventude, idosos, saúde mental) podem encontrar redes sociais similares mais amplas.
- III – Metodologias de articulação entre experiências de redes locais e de redes sociais estão restritas à comunicação na internet.

Sobre as afirmativas acima se pode dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

49. A mobilização de lideranças comunitárias e redes locais tem adotado a perspectiva da “cidadania-ativa”, que tem como principal característica o cidadão:

- (A) assalariado que lutou por seu emprego.
- (B) que lutou para entrar na universidade pública, por mérito.
- (C) que se articulou em sua comunidade, integrou movimentos e se afirmou coletivamente para assegurar o reconhecimento de direitos.
- (D) que assina petições e abaixo-assinados pela internet.
- (E) integrante dos movimentos sindicais.

50. Uma das metodologias de construção compartilhada de conhecimento muito utilizada em projetos de desenvolvimento comunitário, no Brasil, chama-se:

- (A) Temas Geradores de Paulo Freire.
- (B) DRP - Diagnóstico Rápido Participativo.
- (C) ZOPP: Planejamento de Projetos Orientados para Objetivos Comunitários Interativos.
- (D) Mapeamento psicossocial participativo.
- (E) Programa de Saúde da Família.

51. A elaboração de projetos de curto prazo (1 a 2 anos) por entidades comunitárias pode se converter em um meio de sobrevivência, sob o risco de:

- (A) todos ganharem menos recursos.
- (B) cada entidade agir sem considerar uma agenda do conjunto das entidades no território, com ações desvinculadas de um planejamento local ou comunitário de longo prazo.
- (C) haver uma demanda excessiva que não poderá ser atendida.
- (D) gerar uma qualificação restrita ao pessoal técnico.
- (E) elas se tornarem escritórios de contabilidade e finanças.

52. Um dos principais desafios das metodologias participativas de oficinas para construção compartilhada de conhecimento tem sido:

- (A) gerar mais recursos pelo aumento de doações.
- (B) controlar o número de pessoas presentes nas oficinas.
- (C) criar uma consciência de que a delegação de responsabilidade a uma liderança restrita é antipedagógico porque gera soluções prontas.
- (D) romper com o paternalismo de prefeitos e políticos locais.
- (E) superar a baixa adesão das mulheres, principais interessadas.

53. Experiências de desenvolvimento local comunitário com tecnologia social necessitam ser acompanhadas, monitoradas e avaliadas levando em conta, sobretudo:

- (A) se a participação das mulheres é relevante.
- (B) se os jovens estão entre seus beneficiários.
- (C) se a organização social tem domínio do saber-fazer popular.
- (D) se o saber-fazer popular está sendo promovido pela organização social e associado com o conhecimento técnico-científico.
- (E) se as lideranças mais velhas da comunidade integram as experiências.

54. Uma das dimensões-chave para avaliar o interacionismo pedagógico e sociotécnico das experiências com tecnologia social é:

- (A) avaliar o orçamento empenhado e efetivamente gasto no projeto.
- (B) medir o número de beneficiários.
- (C) identificar se e como se dá a formação de mediadores da rede comunitária qualificados para atuar com técnicos e pesquisadores.
- (D) avaliar se a comunidade envolvida aceita os pesquisadores.
- (E) considerar se as lideranças entendem o que falam os pesquisadores.

55. Observe as afirmativas sobre adequação sociotécnica praticado pelos atores envolvidos:

- I - A adequação sociotécnica tem dois modos de operação: o da inclusão e o da exclusão de soluções técnicas mais sofisticadas.
- II - A adequação sociotécnica tem sete modos de operação, que vão desde o mais simples uso de técnicas tradicionais até a incorporação ao longo dos anos de conhecimento técnico-científico.
- III - A adequação sociotécnica tem quatro modos de operação: simples, médio, mediano e complexo.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

56. Cisternas de placas são parte de uma tecnologia social no semiárido brasileiro cujo sucesso para sua multiplicação depende de:

- (A) apoio do Governo Federal para a compra de cisternas de PVC que irão multiplicar o uso do sistema.
- (B) apoio das centenas de organizações civis e prefeituras, sindicatos, comunidades e lideranças locais que investem na cisterna de placa produzida localmente.
- (C) pesquisa tecnológica das universidades para baratear ainda mais esta tecnologia social.
- (D) decisão dos governadores do semiárido em investir recursos próprios estaduais.
- (E) recursos de fontes internacionais que têm sido bloqueados pela falta de contrapartida dos governos locais.

57. A universalidade do Sistema Único de Saúde é um ideal a ser alcançado como uma meta finalística, ou seja, indica um caminho para sua construção que depende:

- (A) da inclusão dos desempregados e indigentes no sistema.
- (B) da superação de obstáculos econômicos, pois grande parte da população brasileira que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou na periferia das grandes cidades não dispõe de condições mínimas de acesso aos serviços de saúde.
- (C) da remoção de obstáculos de comunicação, pois a maioria não sabe onde se localizam as unidades de saúde.
- (D) da superação da má-vontade de funcionários públicos municipais ao negar orientações para o acesso ao SUS para todos.
- (E) da remoção de obstáculos de ordem psicológica, após atendimento deficiente (trauma).

38. O SUS é um sistema público que opera sob o princípio da equidade, tema central em debates sobre reforma do sistema de saúde no Brasil, porque:

- (A) a equidade é muito dispendiosa.
- (B) a equidade no Brasil pode ser alcançada por que há grande disparidade de renda entre classes, famílias, gêneros, regiões e territórios.
- (C) a equidade é um planejamento participativo que exclui a igualdade.
- (D) a equidade não é viável no Brasil, dadas as disparidades de escolarização.
- (E) a equidade é tratar desigualmente os desiguais de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social.

59. Do ponto de vista sociocultural existem barreiras consideráveis no SUS, e a principal é a da linguagem, da comunicação entre:

- A) pessoal médico e políticos que controlam verbas escassas para o SUS.
- B) pessoal administrativo e usuários nas filas que se formam nas unidades de saúde.
- C) médico e demais profissionais de saúde.
- D) o profissional e trabalhador da saúde e os usuários, para convencer a estes últimos, a se tornarem coadjuvantes do processo de prevenção de riscos e de recuperação da sua saúde.
- E) os usuários e a alta direção do SUS.

60. A noção de integralidade nos serviços de saúde do SUS - também conhecida como "modelo de atenção integral à saúde" - inclui as seguintes ações, EXCETO:

- (A) ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos.
- (B) ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos.
- (C) ações para a detecção precoce de doenças, com ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- (D) ações de cobertura dos trabalhadores e empregados do setor privado cobertos por convênios-saúde.
- (E) ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação.

