

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. O estudo *Carga Global de Doença (GBD) 2015* para o Brasil analisou os indicadores de saúde, entre 1990 e 2015, que corresponde a grande parte do período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das melhorias importantes nas condições de saúde e na ampliação da vida saudável da população brasileira no período analisado, os principais desafios ainda a serem enfrentados pelo SUS são:

- a) A mortalidade materno-infantil, a magnitude da prevalência do tabagismo, das doenças imunopreveníveis e das doenças transmissíveis.
- b) O controle das doenças imunopreveníveis, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e do acesso a medicamentos.
- c) **As novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência.**
- d) A violência interpessoal e as doenças sexualmente transmissíveis, a expansão das ações de emergência e de promoção da saúde.

02. A Lei 8142/1990 define as instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a opção abaixo que enuncia corretamente a obrigatoriedade de existência dessas instâncias, segundo as esferas de gestão:

- a) Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas estadual e municipal.
- b) **Conselho de Saúde e Conferência de Saúde nas três esferas de gestão.**
- c) Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera federal.
- d) Conferência de Saúde na esfera federal e Conselhos de Saúde nas esferas estadual e municipal.

03. Em relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, pode-se afirmar que:

- a) Constitui a porta de entrada do sistema para os usuários, e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela atenção básica.
- b) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atendem em ambulatórios de especialidade mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).
- c) Constitui uma estratégia de garantia de acesso do usuário, no nível da Atenção Especializada para complementar as ações da Atenção Básica, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
- d) **É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de diferentes áreas para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).**

04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/ 2010 são caracterizadas como:

- a) Arranjos organizativos de serviços de Atenção Básica, que integradas por contratualização com a rede de Atenção Especializada conveniada ao SUS, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- b) Conjunto das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, de diferentes densidades tecnológicas, hierarquizados verticalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que buscam garantir a universalidade do atendimento.
- c) Conjunto de serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde, coordenados pela Atenção Básica municipal e pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar estaduais, buscando garantir a equidade do acesso.
- d) **Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.**

05. As redes temáticas prioritárias pactuadas em 2011 e 2012 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir dos referenciais da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram:

- a) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Atenção à População em Situação de Rua, Rede de Saúde Bucal.
- b) **Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.**

- c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- d) Rede de Promoção da saúde, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Saúde bucal, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

06. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003) Essa transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, claramente manifestada no Brasil, faz-se de forma singular e muito acelerada. Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo:

- a) Infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco e, forte crescimento da violência e das causas externas.
- b) Causas maternas e perinatais; parte significativa das doenças infecciosas e, condições agudas, expressas nas doenças parasitárias.
- c) Doenças infecciosas e doenças crônicas; desnutrição e enfermidades emergentes e, doenças reemergentes, como a Dengue e Febre Amarela.
- d) Doenças do aparelho circulatório e neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e, doenças infecciosas e parasitárias, como HIV e Tuberculose.

07. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No componente da Atenção Básica em Saúde, estão incluídos os seguintes serviços/programas:

- a) UPA 24 horas; Leitos de saúde mental em hospital geral; Unidade de acolhimento e Samu 192.
- b) Serviços residenciais terapêuticos; Serviço de atenção em regime residencial; unidades básicas de saúde e Projeto olhar Brasil.
- c) Programa Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares; Centros de Atenção Psicossocial e Academias da Saúde.
- d) Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura.

08. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Esta importante política do SUS é orientada por seis princípios, dentre os quais se estaca o princípio de construção compartilhada do conhecimento, que consiste:

- a) No encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

- b) Na ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.
- c) Em processos coletivos e compartilhados nos quais pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- d) Em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

09. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, a evolução das pesquisas e das tecnologias em saúde, implica no melhor monitoramento de doenças e agravos e integração de ações e serviços de saúde. No que se refere à Vigilância em Saúde, à luz dos determinantes sociais da saúde, podemos afirmar que:

- a) A estrutura e o funcionamento efetivo de um sistema de vigilância em saúde são irrelevantes para o pleno funcionamento do SUS.
- b) As vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, que compõe o sistema de Vigilância, devem atuar de forma independente, articulando-se com a Atenção Básica apenas em situação de emergência epidemiológica.
- c) A integração entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica estabelece processos de trabalho baseado na integralidade, numa atuação intra e intersetorial visando o planejamento e implementação de medidas de saúde pública promotora e protetora da saúde.
- d) A organização e coordenação das ações e serviços de vigilância em saúde são de competência da Atenção Básica.

10. Acerca do processo de organização do SUS, está estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a instituição de mecanismos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, através de:

- a) Porta de entrada única do SUS, por meio dos serviços de urgência/emergência.
- b) Atuação da população na regulação dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.
- c) Regiões de Saúde, que reúnem ações e serviços de saúde organizados em rede de atenção.
- d) Centrais de regulação em nível Estadual, pactuado e coordenado com os municípios.

11. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na Pactuação Intergestores e para promoção de equidade na saúde. Tendo como referência o no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) compete, entre outras:

- a) Pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde.
- b) Definir a composição da CIT e estabelecer normas de funcionamento.
- c) Identificar as necessidades de saúde locais e regionais.
- d) Estabelecer estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços.

12. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece seu processo de trabalho fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, as principais características do trabalho na PNAB são:

- a) Clientela específica, atendimento por demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e atendimento por especialidade médica.
- b) Acesso, integralidade, regionalização, hierarquização da assistência, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma e ecomapa.
- c) Acolhimento, classificação de risco, atendimento multiprofissional, Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação e Formação em Saúde.
- d) Territorialização, adscrição da clientela, vínculo, acesso, acolhimento, entrada preferencial ao SUS e responsabilização sanitária.

13. A participação paritária da comunidade na gestão do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada em outros dispositivos legais, é efetivada quando ocorre a:

- a) Organização de entidades para reivindicar melhorias para pacientes ou categorias profissionais.

- b) Participação dos representantes na definição dos gestores da saúde para ocupar cargos de comando no SUS.
- c) Atuação dos representantes nas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo.
- d) Coesão de movimentos populares de bairro com associações profissionais e sindicatos.

14. Os princípios e diretrizes da PNAB são elementos orientadores da organização das ações e dos serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito municipal. O significado de LONGITUDINALIDADE do cuidado, considerando sua definição na legislação:

- a) Consiste na utilização de diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, com construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.
- b) É o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de promover a participação da comunidade na gestão do SUS.
- c) É um elemento fundamental na coordenação do cuidado, por promover vínculo e responsabilidade entre usuários e profissionais de forma permanente.
- d) Trata-se do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e gestão das redes de ações e serviços de saúde.

15. A Constituição Federal de 1988 é uma conquista da população brasileira, garantidos pelo Estado direitos sociais fundamentais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e igualitária. Acerca do direito universal à saúde, podemos afirmar que:

- a) Abrange oferta de ações e serviços que promova, proteja e recupere a saúde da população, garantindo melhor qualidade de vida.
- b) Garante assistência básica, sendo vedados o acesso aos serviços de alta complexidade e alto custo.
- c) Trata-se da garantia de acesso a serviços de assistência médico-hospitalar para população de área urbana.
- d) Garante assistência à saúde no território nacional e em outros países que tenham sistemas de saúde universais.

16. Considerando os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), correlacione as manchetes da Imprensa apresentadas na segunda coluna de acordo com a primeira.

(1) Universalidade	() Em dois anos, planos de saúde perdem 80 mil usuários no Estado. Crise econômica leva à redução de quase 3% do número de beneficiários no país. Como consequência, procura por serviços do SUS deve aumentar (ZH Notícias, 05 mar. 2017).
(2) Integralidade	() Em todo o país, a cada mil nascidos vivos, 15 morrem antes de completar 12 meses de vida. Maranhão é o último Estado do ranking, com 24,7/1000 mortos. E o Estado com a menor taxa é Santa Catarina, com mortalidade infantil de 10,1/1000. Diante destes fatos, o Ministério da Saúde deve empregar mais esforços e investimentos na política de nutrição e pré-natal, parto e puerpério no Estado do Maranhão. (Revista Exame.com, 12 mar. 2015)
(3) Equidade	() “Faz-se necessário um sistema de referência e contra referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.” (Repositório Institucional UNESP, 2010).

Assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento descendente dos parênteses.

- a) 1; 2; 3
- b) 2; 3; 1
- c) 1; 3; 2
- d) 3; 2; 1

17. A Lei nº 8080, que completou 29 anos no último dia 19 de setembro, regula as ações e serviços de saúde. Considerando os princípios e diretrizes do SUS apresentado na lei, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O acesso universal aos serviços de saúde fica assegurado se for respeitada porta de entrada pela Atenção Básica.
- b) A integralidade da assistência garante que os indivíduos e coletivos sejam atendidos com base em suas múltiplas demandas e considera os Determinantes Sociais da Saúde.
- c) A participação da comunidade é necessária e deverá ter instâncias organizadas e formais para ser assegurada.
- d) Reconhecer o direito à informação sobre a sua saúde, a toda e qualquer pessoa assistida nos serviços.

18. Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo as principais causas dessas doenças os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j). Sendo assim, a linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a de/da:

- a) Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.
- b) Pessoa com Doença Renal Crônica.
- c) Cuidado, prevenção e controle do câncer.
- d) Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

19. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Neste sentido, a PNPS tem por objetivo geral:

- a) Estimular a cooperação e a articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
- b) Apoiar a formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
- c) Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
- d) Organizar os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

20. O objetivo precípua das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual transição epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes, dentre os quais estão os sistemas logísticos, dos quais fazem parte:

- a) Os sistemas de governança; o centro de comunicação e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
- b) Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os modelos de atenção à saúde e os sistemas de informação em saúde.
- c) O registro eletrônico em saúde; os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.
- d) Os sistemas de teleassistência; os sistemas de assistência farmacêutica e os determinantes de vulnerabilidade social.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. No texto Luto e Melancolia, Freud lança luz sobre a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto. Em tal texto, Freud atribui como característica exclusiva da melancolia:

- a) Uma expressão em auto-recriminação e auto-avilamento, culminando numa expectativa delirante de punição.
- b) Um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo.
- c) Um desânimo profundamente penoso e a cessação de interesse pelo mundo externo.
- d) Uma perda da capacidade de amar.

22. A assistência ao parto de um bebê que já se encontra sem vida pode ser uma situação delicada e incômoda para muitos profissionais da saúde. Nestes casos, a agitação própria após o nascimento de um bebê visa não à realização dos primeiros cuidados a um recém-nascido, mas a retirada deste bebê sem vida diante da mãe e o exame rápido das condições de nascimento e, conseqüentemente, do óbito. Ao receber este bebê envolto no silêncio que seu primeiro choro não preencheu, alguns profissionais agem retirando rapidamente o bebê morto da presença da mãe (e deles próprios). Podemos afirmar que tal atitude parece refletir:

- a) cuidado, já que manter o bebê morto junto a sua mãe é o pior a ser feito.
- b) preocupação e respeito pelo sofrimento que os profissionais imaginam que a mulher esteja sentindo.
- c) qualidade da assistência, pois ao não ver o bebê sem vida não haverá desconforto e nem sofrimento para a mãe e os profissionais.
- d) cumprimento da orientação recebida pelos profissionais de se opor ao desejo da mãe de ver seu filho morto.

23. Em “Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal” há o registro de uma pesquisa na qual foram ouvidas famílias enlutadas em decorrência de uma perda perinatal. Na pesquisa emergiram cinco categorias: história da gestação, os pais diante da morte do filho, desejo de reparação, despedida do bebê e avaliação do atendimento da psicologia. Constatou-se o desejo de reparação em face do/dos:

- a) fato de ser comum aos pais e familiares criarem expectativas e planos sobre o bebê somente a partir do momento que ele nasce;
- b) passado dos pais, quando estavam no papel de filhos, dando ao próprio filho um significado de recuperação de suas histórias;
- c) sentimentos de fracasso, incapacidade e inferioridade pela possibilidade de gestar e ver nascer o próprio filho;
- d) sentimento de remorso dos pais por sua negligência com a gestação e, conseqüentemente, com o bebê imaginado, o que resultou na morte do bebê;

24. A importância da assistência psicológica no contexto da UTI neonatal e no acompanhamento ambulatorial de seguimento de bebês prematuros vem crescendo e ganhando maior expressão nos últimos anos no Brasil. Além do acompanhamento das perdas e notícias difíceis, o papel do psicólogo se destaca como de grande relevância no campo das intervenções precoces na relação pais-bebê. O psicólogo, partindo de conceitos psicanalíticos, deve estar bem atento neste contexto:

- a) à relação da equipe de cuidadores com os bebês, assinalando que quando esta fica excessivamente próxima termina por prejudicar o estabelecimento do laço pais-bebê.
- b) à impossibilidade de “se deixar enganar”, isto é a impossibilidade de uma representação antecipadora por parte dos pais que torna também impossível que o bebê reencontre no olhar deles a confirmação de sua imagem e unidade corporal.
- c) ao que Winnicott nomeia como doença normal da mãe, referindo-se aos quadros de *blues* puerperal e depressão pós-parto que, se não tratados adequadamente e a tempo, podem acarretar dificuldades na constituição psíquica do bebê.
- d) ao bom desenvolvimento do estágio do espelho, pois caso isso não se dê o bebê tem grandes chances de ser diagnosticado com transtorno do espectro autista, já que não consegue avançar para a próxima etapa da constituição psíquica.

25. Tradicionalmente a dor pediátrica tem sido desvalorizada e desconsiderada (Barros, 2010). Baseado nessa afirmativa analise as alternativas abaixo e assinale a correta:

I – Técnicas de controle da dor associadas a procedimentos médicos expõem a criança a sofrimentos físico e psicológico desnecessários;

II – A prevalência de ideias equivocadas acerca da prevenção da dor e da ansiedade em crianças é exclusiva dos profissionais;

III – Embora a dor aguda seja uma experiência individual, subjetiva, sensorial e emocional, ela é tipicamente breve;

IV – Baseado no Modelo Integrativo do *Distress* Agudo, que ajuda a explicar a experiência da dor pediátrica, deve-se valorizar tanto o comportamento do adulto como o da criança, como por exemplo, o *coping*, para se compreender essa experiência;

- a) F; F; F; V;
- b) V; F; F; F;
- c) V; V; V; F;
- d) F; F; V; V;

26. Contrária a ideia de uma gravidez perfeita, quando uma malformação fetal é diagnosticada, a mulher grávida e todos os envolvidos na gestação vivenciam sofrimento e angústia emocional. Cabe ao psicólogo no manejo desta situação, **EXCETO**:

- a) avaliar e acompanhar a saúde mental da gestante ao longo da gravidez, considerando sinais de ansiedade e de depressão conforme os trimestres gestacionais em que notícia de malformação ocorreu;
- b) auxiliar o profissional a adotar uma postura empática, baseada em informações claras que proporcione suporte emocional para a gestante e seus familiares lidarem com suas angústias;
- c) facilitar para a gestante e seus familiares vivenciarem o luto pela perda do bebê idealizado e investirem na aceitação do bebê real com diagnóstico de malformação;
- d) atuar com base em um protocolo de assistência com procedimentos técnicos gerais, aplicáveis a todas as situações de malformação fetal na gestação;

27. Avalie as alternativas abaixo e assinale a resposta **CORRETA**.

I. São fatores protetores para a conjugalidade por ocasião da chegada de um filho: ter acesso a emprego, bens sociais e culturais; ter uma boa relação conjugal antes da gestação, sexualmente satisfatória e com percepções positivas sobre o(a) parceiro(a); ter tido uma relação de cuidado e apego seguro com as figuras primordiais.

II. A construção da maternalidade implica em grandes transformações psíquicas das quais fazem parte processos como a ambivalência afetiva, a constelação da maternidade e a preocupação materna primária.

III. O reconhecimento primordial de seu bebê pela mãe implica em um estranhamento em função do nascimento do bebê real e, ao mesmo tempo, no reconhecimento do bebê imaginado, que foi se constituindo na fantasia dos pais

durante a gestação. Esse processo se faz necessário para que a mãe possa, identificando-se com seu bebê, exercer a função materna.

IV. A parentificação é um processo que se dá por parte dos pais, sendo o bebê apenas um receptor deste.

- a) V, F, F, F
- b) V, V, V, F
- c) F, V, V, V
- d) F, F, V, F

28. Elisa chega a uma maternidade, acompanhada do marido, para fazer um ultrassom, alegando estar grávida de 5 meses. Tendo engravidado anteriormente, Elisa mesma fez seu diagnóstico baseado na falta da menstruação, no inchaço e dores nos seios e no crescimento da sua barriga. Ela alega não ter tido tempo de ir ao médico porque o filho mais velho está em tratamento oncológico. Conta ainda que teve um início de gestação bastante difícil, tanto porque acompanhou o filho nas internações hospitalares para o tratamento do câncer, quanto pelos seus frequentes enjoos. Elisa se recusava a fazer o pré-natal para não sair de perto do filho mais velho por medo de perdê-lo. No hospital de oncologia onde o filho se tratava a aconselharam fazer ao menos o exame morfológico de segundo trimestre para verificar se o bebê estava bem. Ao fazer o exame, o obstetra constatou que não havia bebê e nem sinais de gravidez recente em Elisa, que ficou transtornada, assim como seu marido. Nesse caso, é possível afirmar que Elisa teve:

- a) Uma pseudociese, com as alterações psicossomáticas gerando sintomatologia e alterações corporais de uma gravidez que se mostrou falsa, provocada por um intenso desejo relacionado ao medo de morte do seu filho pela doença.
- b) Uma psicose provocada pela dor da possível perda do filho, que cindiu seu ego e provocou um delírio com manifestações corporais.
- c) Um sintoma histérico, onde o desejo inconsciente de gerar um novo filho provocou a simulação dos sintomas.
- d) Um transtorno dismórfico corporal, com as alterações da percepção da imagem do corpo condizentes com o desejo de ter um filho diante da iminência da morte do filho mais velho.

29. Desde sua criação, a Estratégia de Saúde da Família contribuiu para o fortalecimento de propostas desenvolvidas na perspectiva da saúde integral. Na sua evolução, podemos destacar os seguintes pontos, **EXCETO**:

- a) Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, como proposta para responder a demanda de ampliação dos membros das equipes de saúde da família.
- b) Maior grau de descentralização e capilaridade, se comparado aos níveis secundários e terciários de atenção à saúde.
- c) Aumento da capacidade de resolutividade da Atenção Primária em Saúde - APS, direcionando aos outros níveis de atenção à saúde a coordenação do cuidado.
- d) Inovações organizacionais, como abordagem territorial, trabalho multi e interprofissional, e articulação de ações de prevenção, promoção e cuidado.

30. As discussões sobre as proximidades e diferenças entre os conceitos de prevenção e promoção em saúde são importantes para compreender como os entendimentos sobre o processo saúde-doença foram se modificando ao longo do tempo. Segundo Dina Czeresnia (1999), esta reflexão permite observar as tensões e desafios entre a intersetorialidade e as especificidades dos campos disciplinares. Tendo esta discussão como base, é **CORRETO** afirmar que:

- a) As práticas de prevenção e promoção em saúde são excludentes e não complementares.
- b) As estratégias de promoção de saúde se dirigem a doenças ou desordens específicas, mas partem do entendimento de que os principais determinantes de saúde são internos ao sistema de tratamento.
- c) Qualquer teoria mostra-se redutora e incapaz de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer.
- d) As ações preventivas em saúde não possuem como base importante o conhecimento epidemiológico, mas sim o trabalho intersetorial e o esforço para reduzir o risco e a prevalência de uma doença.

31. Em texto sobre Atenção Psicossocial e Atenção Básica, os autores Yasui, Luiz e Amarante (2018) apontam que o conceito de território representa elemento comum e articulador a estes dois campos, sendo necessário análise constante das lógicas nele atuantes. Considerando a discussão do texto, podemos afirmar que:

- a) Os espaços urbanos muitas vezes são marcados por uma divisão, setorização e hierarquização que estabelece fronteiras invisíveis, delimitando quem pode ou não circular em certos espaços.
- b) A perspectiva da Atenção Psicossocial, em sua relação com o território, visa acompanhar, cuidar e investir em movimentos de homogeneização da existência humana.
- c) Na Atenção Básica, as dimensões do território podem ser resumidas ao esquadramento das áreas de adstrição das equipes.
- d) A lógica manicomial refere-se ao tratamento asilar e institucionalizado, sendo garantida a sua superação quando o atendimento ocorre na rede substitutiva e de portas abertas.

32. Considerando a construção do Sistema de Saúde no Brasil nas primeiras décadas do séc. XX (30 e 50) e as concepções que embasam as ações no que tange ao processo de saúde e doença, principalmente relacionado às vulnerabilidades relacionadas à saúde da mulher, assinale a resposta **CORRETA**:

- a) Uma característica desses programas era a horizontalidade e a integração com outros programas e ações propostas pelo governo federal.
- b) As metas eram definidas pelo nível municipal, avaliando as necessidades de saúde das populações locais.
- c) Os programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes.
- d) As práticas demonstravam uma fragmentação da assistência, que acarretava um alto impacto nos indicadores de saúde da mulher.

33. A partir da leitura do Código de Ética dos psicólogos, assinale a resposta que **NÃO** condiz com uma conduta ética em psicologia:

- a) O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- b) O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- c) O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e reproduzir os efeitos da negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- d) O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

34. O texto de Assis et. al. (2014), que discute a construção da política de saúde mental no Brasil, trabalha questões ligadas à reforma psiquiátrica. Sobre essa última, pode ser afirmado, **EXCETO**:

- a) Reduziu o número de leitos e de hospitais psiquiátricos.
- b) Ampliou o acesso nas grandes cidades, contribuindo pouco para a interiorização de serviços
- c) Busca a superação do modelo asilar e de garantia e promoção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais
- d) Adota o território como conceito organizador da atenção

35. De acordo com a discussão sobre a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), realizada por Assis et. al. (2014), compõem a rede acima referida as alternativas citadas abaixo, **EXCETO**:

- a) Hospital Psiquiátrico
- b) Atenção Básica
- c) Atenção de urgência e emergência
- d) Atenção residencial de caráter transitório

36. Considerando a discussão sobre o campo da saúde mental proposto por Assis et. al., é possível listar entre as atribuições do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), as atividades abaixo, **EXCETO**:

- a) ações de rastreamento, para prevenção
- b) ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento de protagonismo
- c) matriciamento
- d) ações de acompanhamento de usuários e de familiares nos cenários de vida cotidiana

37. Considerando o artigo de Cecílio “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade equidade na atenção em saúde”, assinale a expressão que possui maior correspondência com o conceito de integralidade focalizada:

- a) Articulação intersetorial
- b) Trabalho multiprofissional
- c) Sistema fragmentado
- d) Atendimento especializado

38. Segundo Mattos, no texto “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”, um dos sentidos da integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre:

- a) ações hospitalares e atendimentos ambulatoriais
- b) organizações horizontais e organizações verticais
- c) saúde pública e práticas assistenciais
- d) ações especializadas e procedimentos médicos

39. Segundo Thibierge, no texto “Corpo e identidade: questões de psicopatologia individual e coletiva”, na nossa tradição filosófica e científica, Descartes representa um momento em que o corpo é separado do pensamento. No entanto, a presença deste corpo retorna dessa operação de exclusão pela via da:

- a) dor
- b) doença
- c) necessidade
- d) angústia

40. De acordo com o texto: “Psicossomática hoje”, de Mello Filho e Burd, sabe-se que as queixas somáticas inespecíficas estão frequentemente relacionadas a transtornos mentais comuns, principalmente transtornos ansiosos e depressivos, prevalentes em unidades gerais de saúde. Nesses casos, os pacientes apresentam nas consultas médicas prioritariamente queixas físicas quando o seu sofrimento é emocional. A respeito do tema, é correto afirmar que os pacientes:

- a) normalmente não reconhecem a somatização dos seus problemas de ordem emocional já que estes são inconscientes e requerem uma escuta psicológica diferenciada para serem reconhecidos.
- b) reconhecem a associação das queixas físicas com problemas de ordem emocional, beneficiando-se quando os profissionais de saúde demonstram interesse, abertura e capacidade de escuta sobre tais problemas.
- c) mesmo sabendo que suas queixas físicas estão associadas com problemas de ordem emocional, não reconhecem esta associação diante dos profissionais de saúde pelo medo de rejeições e incompreensões.
- d) correspondem às expectativas dos profissionais de saúde e, por isso, reproduzem o discurso biomédico focado nas queixas físicas, acreditando que, desta forma, receberão maior atenção.

41. A interconsulta é compreendida como uma atividade interprofissional e interdisciplinar. Muitas vezes o termo “interconsulta” é utilizado no campo da saúde em sentido amplo, envolvendo tanto o trabalho de consultoria quanto o trabalho de ligação. No entanto, o que diferencia a interconsulta do trabalho de ligação é que na interconsulta:

- a) a presença do profissional é episódica e responde a uma solicitação específica feita pela equipe multiprofissional, enquanto no trabalho de ligação o profissional é membro efetivo da equipe multiprofissional.
- b) a presença do profissional é regular conforme rotina preestabelecida entre os diversos serviços de uma unidade de saúde, enquanto no trabalho de ligação o profissional está inserido na rotina de um único serviço.
- c) o profissional pode ser um psicólogo ou um psiquiatra que presta assessoria em saúde mental para outros serviços clínicos, enquanto no trabalho de ligação o profissional é necessariamente um psicólogo.
- d) não é a frequência da presença ou o tipo de tarefa realizada que diferencia a interconsulta do trabalho de ligação, mas sim a postura técnica do profissional diante de uma equipe multiprofissional.

42. O processo de avaliação do psicólogo hospitalar deve ser considerado um espaço de resgate da subjetividade e da individualidade do paciente, muitas vezes desconsideradas no contexto hospitalar. Dentre as variáveis que podem ser observadas nesse processo, é **CORRETO** afirmar que devem ser avaliadas:

- a) as dificuldades objetivas e subjetivas em relação à doença, ao tratamento e à hospitalização no processo de avaliação.
- b) exclusivamente as dificuldades subjetivas em relação à doença, ao tratamento e à hospitalização no processo de avaliação.
- c) quaisquer dificuldades objetivas e subjetivas que possam ser identificadas no processo de avaliação.
- d) as dificuldades objetivas ou as dificuldades subjetivas dependendo das demandas no processo de avaliação.

43. Segundo o texto “*Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional*”, de Goia-Martins, a Psicologia Clínica surgiu no Brasil no contexto da clínica privada de orientação psicanalítica destinada ao atendimento das classes mais abastadas. Posteriormente a Psicologia Clínica inseriu-se na Saúde Pública, passando a atender as demandas mais variadas e frequentemente pessoas em situação social precária. Sobre este tema é **CORRETO** afirmar que a precariedade social:

- a) é uma das facetas do desamparo humano que deve receber atenção do psicólogo clínico e, neste sentido, não exige mudanças essenciais na sua prática.
- b) exige da parte do psicólogo clínico adaptações técnicas no manejo do caso, considerando fatores como vocabulário, escolaridade e disponibilidade de tempo.
- c) revela ao psicólogo clínico a insuficiência e a inadequação das suas intervenções de modo que ele é levado a uma total mudança na sua atuação profissional.
- d) exige o cuidado emocional dos que nela sofrem e implica o psicólogo clínico em um engajamento profissional comprometido com transformações sociais.

44. Segundo Osasco-Campos, compreender os desejos dos indivíduos e os contornos das subjetividades é tão importante para o campo da saúde coletiva quanto às quantificações epidemiológicas. Neste sentido, a articulação entre o campo da saúde mental e saúde coletiva pode contribuir para:

- 1- Ampliar a visão das necessidades em saúde dos usuários;
- 2- Oferecer novas ferramentas para a análise das instituições;
- 3- Complementar a formação dos profissionais de saúde, ao introduzir a dimensão subjetiva do usuário e do profissional de saúde;
- 4- Favorecer a entrada de uma psicanálise pautada pelas práticas privadas e lucrativas, de acordo com a perspectiva de atenção a saúde no espaço público.

Analise as alternativas abaixo e assinale as que são falsas (F) e as verdadeiras (V):

- a) V; F; V; F
- b) V; V; V; F
- c) V; F; F; V
- d) V; V; V; V

45. Se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Elas podem ser apreendidas a partir de 4 grandes conjuntos:

- a) Boas condições de vida; equidade; criação de vínculos afetivos; autonomia.
- b) Boas Condições de Vida; Acesso a todas as tecnologias de saúde; Criação de vínculos afetivos; autonomia.
- c) Integralidade; equidade; criação de vínculos; autonomia
- d) Integralidade; equidade; universalidade; autonomia.

46. O agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena as tensões, autonomia versus controle, em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde. Nesta linha de raciocínio, a superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica:

- a) Na inserção da Psicologia como disciplina orientadora do trabalho em saúde, fortalecendo as equipes de saúde e introduzindo a dimensão subjetiva do usuário e do profissional de saúde, nas instituições de saúde.
- b) No gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica usuário-centrada, que permita a construção de vínculos estreitos entre trabalhadores e usuários.
- c) Na aproximação da Filosofia, das Ciências Sociais, da Psicologia, da Antropologia e da Psicanálise com a saúde como disciplinas provocadoras de tensionamentos e que apontem novas possibilidades de olhar, compreender, pensar e atuar junto aos profissionais de saúde e usuários.
- d) Na necessidade das instituições de saúde e seus trabalhadores atuarem de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), concebendo Saúde como o completo bem-estar físico, mental e social.

47. Sobre o psicólogo hospitalar e sua atuação em equipe multi e interdisciplinar, a transposição do modelo clínico de sua formação para o hospital trouxe algumas dificuldades para sua inserção e legitimação como profissional no ambiente da saúde. São exemplos as dificuldades relacionadas:

- a) à apropriação, pelo psicólogo, do modelo biomédico, já que este é um paradigma bem alicerçado nas instituições de saúde.
- b) à definição da prática psicoterapêutica, cuja atenção deve estar voltada a problemas eminentemente psicológicos.
- c) à compreensão dos aspectos individuais do paciente, vertente fundamental para a oferta de um bom atendimento no contexto da psicologia hospitalar.
- d) ao atendimento da demanda institucional, cuja clientela apresenta especificidades e necessidades que precisam ser avaliadas numa perspectiva ampla, com uma redefinição dos limites de atuação do psicólogo no espaço institucional e na relação com outros profissionais.

48. A entrada do profissional de saúde mental nas instituições de saúde trouxe vários desafios, como a necessidade de definição dos papéis, atividades e mesmo atitudes esperadas do psicólogo. Sobre o trabalho do psicólogo na área da psicologia hospitalar, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Ao voltar o seu olhar para os aspectos psicológicos da doença, faz uma dicotomia entre causas psicológicas e causas orgânicas.
- b) Atua no tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, com vistas a minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização.
- c) Tem por função o apoio aos relacionamentos entre paciente, família e equipe de saúde.
- d) Está interessado na relação que o paciente tem com seu sintoma, o significado que confere à doença.

49. O processo saúde-doença tem sido um importante conceito que auxilia na compreensão das práticas de saúde integrais, na medida em que busca uma compreensão tanto de práticas que reafirmam valores e representações baseados no modelo biomédico hegemônico, quanto nas práticas desenvolvidas pelos vários grupos sociais. Sobre uma compreensão do conceito, em sua articulação com a integralidade em saúde, é **CORRETO** afirmar:

- a) Está presente nas práticas de saúde dominantes (biomedicina) uma dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, com modelos que incorporam ações individuais e coletivas.
- b) O sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais em situações de adoecimento não corresponde necessariamente à concepção de doença que orienta as práticas de saúde do modelo hegemônico da biomedicina.
- c) A concepção de que saúde é não ter doenças é tipicamente uma visão característica dos modelos mais populares de saúde-doença, das práticas voltadas para a saúde e a doença realizadas pelas populações, as quais desconsideram outros aspectos do processo como a vitalidade.
- d) A concretização de ações de saúde integrais implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população, aspecto já desenvolvido nos serviços de saúde do nosso país.

50. A atenção psicológica no contexto da saúde pode se dar através da ação preventiva, diagnóstica e terapêutica. Quanto à terapêutica, os modelos de psicoterapia breve têm sido o tratamento de escolha nas situações de crise impostas pela doença e hospitalização. Sobre esse modelo de intervenção é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) A psicoterapia breve no hospital é definida pela especificidade de limitação a uma ou algumas sessões de tratamento e pela utilização de técnicas características, para a obtenção de um fim terapêutico específico.
- b) A intervenção psicológica deve caracterizar-se, predominantemente, por limite de tempo imposto sobre a duração do processo, um papel muito mais ativo do terapeuta, maior orientação no contexto do processo terapêutico e objetivos de tratamento mais limitados e específicos, delineados por hipóteses diagnósticas circunstanciais.
- c) Uma das vantagens do método terapêutico breve é o alívio para o paciente da atuação do psicólogo em face do desequilíbrio agudo em uma situação de crise, agindo preventivamente contra a cronicidade dos sintomas.
- d) A abordagem da psicoterapia breve no hospital deve se adaptar à personalidade do paciente e visar o sofrimento psíquico, devendo-se realizar uma avaliação prévia sobre o benefício das intervenções interpretativas.