

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

## PROVA DE PSICOLOGIA

### INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

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

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersectorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomialis como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- e) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;
- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);

- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

### QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A morte de um filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida – morte dos mais velhos – deixando os pais sem referências temporais. A atuação da equipe nessas situações tem papel fundamental. No que diz respeito às condições facilitadoras para a elaboração do luto perinatal, pode-se afirmar que:

- a) diferentes formas e rituais de despedida podem propiciar uma melhoria do sofrimento quando realizadas em conformidade com o desejo dos pais;
- b) quanto mais cedo acontece a perda do bebê, por não ter tido contato com o entorno, mais propícia é a elaboração do luto;
- c) é importante que os pais sejam incentivados a lidar com o bebê real, evitando tal contato, contudo, em casos de malformação grave, a fim de evitar impactos psíquicos;
- d) é a partir do nascimento que o lugar psíquico de um filho para a mãe/família pode se constituir. Assim, o trabalho de escuta do luto perinatal inicia-se após o parto;

22. O luto perinatal é caracterizado por laconelli como algo insólito, uma vez que suas características apresentam aspectos incomuns que o tornam incompreensível e irreconhecível pelo entorno. A negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação, dificultando a elaboração do luto. A alternativa que mais diz respeito à definição acima é:

- a) o luto é um trabalho psíquico sem nenhuma relação com o aspecto traumático;
- b) é difícil inscrever a perda no psiquismo quando ela é sistematicamente desautorizada pelo outro;
- c) falar sobre o filho que perdeu aumenta o sofrimento dos pais;
- d) cada ser humano é singular em seu psiquismo, independente da cultura em que está inserido.

23. Com a questão “O que é mais importante na construção da personalidade dos indivíduos: a carga genética ou a influência do meio?”, a autora Maria T. Maldonado traz reflexões sobre o desenvolvimento e a formação humana sob a perspectiva do investimento no capital humano. Com base nisso, o psicólogo deve reconhecer que:

- a) as experiências precoces, ainda no útero materno, têm pouca influência na expressão do material genético;
- b) vínculos estáveis e afetivamente significativos desde a gestação até os primeiros anos de vida fornecem a estimulação apropriada, sendo a nutrição dispensável;
- c) políticas públicas são importantes, mas dispensáveis à promoção do desenvolvimento e saúde integral do ser humano;
- d) experiências ricas de aprendizagem terão benefícios duradouros fundamentais para a construção de uma sociedade sólida e sustentável.

24. Freud, em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/1996), traz algumas questões a fim de avançar a respeito do narcisismo, em sua relação com o autoerotismo e o ego. A respeito desses conceitos pode-se afirmar que:

- a) o ego existe no indivíduo desde o começo, assim que surge o autoerotismo;
- b) é necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo;
- c) os instintos auto eróticos se encontram desde o início e, posteriormente, são substituídos pelo ego;
- d) uma nova ação psíquica deve-se somar ao ego a fim de provocar o autoerotismo.

25. **(ANULADA)** Segundo Maldonado, ao nascer, longe de ser uma “folha em branco”, o bebê já tem um aparelho neurológico e psíquico que percebe, filtra e organiza seu novo mundo fora do útero, a partir de suas primeiras representações mentais formadas durante a vida fetal. Baseado nessa afirmativa analise as afirmativas a seguir:

I— Experiências da vida intrauterina modelam a estrutura do cérebro que auxiliarão a sobrevivência no mundo extrauterino.

II— O cérebro é um órgão biopsicossocial e sua maturação depende das experiências da vida intrauterina e do vínculo entre a família e o bebê.

III— Diferentes níveis de estresse, desde o positivo, suportável até o tóxico, afetam o feto produzindo desfechos desenvolvimentais.

IV— A imunossupressão induzida pelo estresse materno pode gerar complicações gestacionais e fetais permanentes e duradouras.

A sequência mais adequada é:

- a) (F); (F); (V); (V);
- b) (V); (V); (V); (F);
- e) (F); (F); (F); (V);
- d) (V); (F); (F); (F);

26. Ao observar a atitude de pais afetuosos para com os filhos, Freud (1914/1996) reconhece que eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios há muito tempo por eles próprios abandonados. Isso o faz concluir que essa atitude:

- a) **é uma revivescência e reprodução do próprio narcisismo dos pais;**
- b) revela que no ponto mais sensível do sistema narcisista, a mortalidade do ego é alcançada por meio do refúgio no narcisismo dos próprios pais;
- c) demonstra que a doença, a morte e a renúncia ao prazer não mais atingirão os pais, apenas o bebê;
- d) aponta para o amor instintivo dos pais para com seu filho.

27. Boaventura de Sousa Santos conceitua o pensamento moderno ocidental como um pensamento abissal. De acordo com o referido autor pode-se afirmar que o pensamento abissal:

- a) consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas primeiras fundamentam as últimas. As distinções visíveis são estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos co-presentes: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”;
- b) divide dois universos sociais diferentes que coexistem lado a lado, produzindo visibilidade a ambos os lados, apesar de desiguais: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”;
- c) **consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas últimas fundamentam as primeiras. As distinções invisíveis são estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”;**
- d) divide dois universos sociais similares que coexistem lado a lado, produzindo desigualdade e vulnerabilidade social em ambos os lados, divididos abissalmente: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”.

28. Segundo Boaventura de Sousa Santos são características do território demarcado pela linha abissal e denominado “o outro lado da linha”:

- a) inexistência, significando não existir como a produção de possibilidade de expressão singular e onde tudo o que é produzido como inexistente é construído como liberdade da diversidade;
- b) existência, significando os territórios metropolitanos, onde é possível a expressão de singularidade psíquica dentro do espaço democrático;
- c) inexistência, significando não existir sob qualquer modo de ser relevante e onde tudo o que é produzido como inexistente é excluído de forma radical;
- d) existência, com toda a visibilidade e coexistência de um território que se mantém pela singularidade e o estado democrático de direito.

29. A pandemia da COVID-19 trouxe inúmeras questões relativas ao trabalho de luto importante após a perda do objeto amado. Considerando a leitura psicanalítica acerca da nossa atitude diante da morte, pode-se afirmar que:

- a) considerando as características dinâmicas, topológicas e econômicas do aparelho psíquico, a morte não encontra registro no inconsciente;
- b) a vivência da perda de alguém fixa o registro da morte no inconsciente;
- c) assim como no sonho, o inconsciente reconhece algo negativo como a morte;
- d) a perda da realidade na psicose é um mecanismo do inconsciente para afirmar a morte.

30. Segundo *Costa-Moura & Lo Bianco (2020)*, durante a pandemia da COVID-19, o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar permite, dentre outras coisas:

- a) Determinar um protocolo acerca das condições sanitárias do velório de vítimas decorrentes da covid;
- b) Tornar o aspecto contingente da morte como necessário;
- c) Reunir recursos que ajudem a reconhecer e enfrentar a presença da morte e do morrer;
- d) Estabelecer uma atitude para com a morte mais inteligível e aprazível.

31. A relação que se estabelece com a morte durante a pandemia da COVID-19 convoca os profissionais de saúde a refletir sobre qual o lugar que damos a esse fenômeno intrínseco à vida, e como vem se transformando no laço social. Com isso, podemos afirmar que:

- a) a morte, para a psicanálise, é equivalente ao perecimento;
- b) a comoção geral é a atitude mais relevante diante da morte, pois não tampona ou escamoteia o sem sentido da perda;
- c) a indiferença é uma atitude saudável para o sujeito não se perder num gozo mortífero;
- d) o lugar que damos ao morrer e à morte vem pouco a pouco sendo higienizado de seus horrores assim como de sua dimensão de contingência.

32. *Foucault*, ao discutir as três etapas do nascimento da medicina social, afirma que:

- a) a França desenvolveu uma medicina que tem por suporte a força de trabalho;
- b) o Reino Unido desenvolveu uma medicina que tem por suporte a urbanização;
- c) a Alemanha desenvolveu uma medicina que tem por suporte o Estado;
- d) a Inglaterra desenvolveu uma medicina que tem por suporte o saneamento.



33. Freud recorre ao mito de “Totem e Tabu” para estabelecer o fundamento pulsional do laço social. Ao reconhecer o desejo de morte presente na vida em coletividade, pode-se afirmar que:

- a) ao renunciar ao pulsional, o sujeito pode entrar em sociedade de modo a não perpetuar ódio e assassinatos;
- b) é na identificação de nossas moções agressivas que teremos as condições de as ultrapassarmos, ou melhor, de renunciar a elas em prol de uma vida comum;
- c) o estranhamento das moções agressivas presentes no inconsciente permite ao ego se afastar da realidade;
- d) com a impossibilidade de renunciar às moções agressivas, torna-se imprescindível uma educação de orientação psicanalítica.

34. O lugar do hospital enquanto uma instituição de tratamento remonta à própria sistematização do discurso médico. Dentre as consequências desse processo, destaca-se a mudança na concepção da infância. É possível afirmar que:

- a) a força do discurso pedagógico gera críticas ao modelo hospitalar hegemônico;
- b) com o aumento da expectativa de vida, o adulto é privilegiado em detrimento da criança;
- c) a criança deixa de ser tratada de forma equivalente ao adulto e é elevada a protótipo investigativo dos processos orgânicos em estado inicial;
- d) a especificidade da infância diz respeito ao caráter lúdico que não se encontra no adulto.

35. A inserção da psicanálise em instituições de saúde coloca questões acerca do trabalho em equipe. Uma delas concerne ao manejo da demanda, isto é, como responder a partir da hiância entre demanda e desejo. Esse ponto implica na dimensão ética do trabalho clínico. Sobre isso, pode-se afirmar que:

- a) o psicanalista deve sustentar sua prática no ideal coletivo de cura;
- b) é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica;
- c) o clínico orientado pela psicanálise deve recusar-se a responder à demanda;
- d) o médico deve trabalhar com um psicanalista para manejar a demanda de forma adequada.

36. Paulo Amarante, ao tratar do processo histórico de medicalização do Hospital, principalmente após a Revolução Francesa, afirma que o hospital se tornou:

- a) terapêutico, ao mesmo passo que abandonou o caráter de exame e de distribuição espacial, característicos da época das hospedagens;
- b) disciplinarizador, ao mesmo passo que rompe com o modelo de controle e de normalização das vidas;
- c) o espaço da anátomo clínica, ao mesmo passo que a medicina enfatizou a compreensão da integralidade e dos determinantes sociais na atenção médica;
- d) a principal instituição médica, ao mesmo passo que a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalar;

37. Foucault, ao discutir o nascimento da medicina social, afirma que:

- a) a medicina é uma estratégia biopolítica e o corpo uma realidade biopolítica;
- b) a medicina moderna, científica, é individualizante e com dimensões coletivas discretas e limitadas;
- c) o controle da sociedade sobre os indivíduos opera-se pela consciência ou pela ideologia;
- d) nos séculos XVIII e XIX ocorre a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada.

38. Paulo Amarante, ao tratar das reformas e de outros processos transformadores e de ruptura com a prática manicomial, comenta sobre 06 experiências internacionais, organizadas didaticamente em 03 grupos. Sobre estas experiências, pode-se afirmar que a:

- a) comunidade terapêutica britânica e a psicoterapia institucional francesa tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir de mudanças no hospital psiquiátrico, como utilizar o potencial dos próprios pacientes e realizar escuta polifônica;
- b) psiquiatria de setor francesa e a psiquiatria preventiva estadunidense tinham em comum a qualificação da atenção em saúde mental a partir da ruptura total com a estrutura dos hospitais manicomiais, centrando os esforços no território;
- c) antipsiquiatria britânica e a psiquiatria democrática italiana tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a atenção em saúde mental a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, articulando estas ações no território e em cooperativas;
- d) psicoterapia Institucional e a psiquiatria de setor, francesas, tinham em comum o fato de não acreditar em possibilidade nas reformas do hospital psiquiátrico, defendendo uma rede substitutiva em que não houvesse manicômio, com a atenção em saúde realizada integralmente em liberdade.

14

39. *Barbara Starfield*, ao tratar da Atenção Primária e fazer comparações internacionais, afirma que:

- a) todos os países organizam seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária;
- b) em países industrializados, quanto mais forte a orientação para a atenção primária, menor a probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos baixos;
- c) o imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade generalista;
- d) a atenção secundária e a atenção terciária são mais capilarizadas do que a atenção primária.

40. *Barbara Starfield*, ao tratar de Estrutura para Medição da Atenção Primária, afirma que:

- a) o suporte filosófico e as definições gerais da atenção primária são, por si só, suficientes para a criação de indicadores;
- b) os profissionais da atenção primária geralmente encontram uma série muito menos ampla de problemas apresentados do que os de outros níveis de atenção;
- c) por ser a principal porta de entrada no sistema de saúde, os profissionais da atenção primária, diferente dos outros níveis de atenção, não conseguem ter maior familiaridade tanto com os pacientes, como com suas necessidades de saúde;
- d) historicamente a atenção primária tem sido definida pelo tipo de médico que a exerce, geralmente clínicos gerais ou médicos de família.

41. *Castro e Bornholdt (2004)* apresentam as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital, conforme *Rodriguez-Marin (2003)*. Pode-se afirmar que a função definida como aquela voltada para a intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes é a:

- a) de enlace;
- b) de interconsulta;
- c) de gestão de recursos humanos;
- d) assistencial direta.

42. A confusão entre o que seria a psicologia clínica, a psicologia da saúde e a psicologia hospitalar não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo os diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social. A definição e o saber-fazer da Psicologia Hospitalar no Brasil, que a diferencia da psicologia clínica e da psicologia da saúde, conforme *Castro e Bornholdt (2004)*, trata-se:

- a) do conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes, com sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde;
- b) da área cujo objetivo consiste em compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença, realizando pesquisas e promovendo a intervenção clínica, enfatizando as implicações psicológicas, sociais e físicas da saúde e da doença;
- c) da área que centra sua atuação em diversos contextos e problemáticas em saúde mental de maneira ampla nos três níveis de atuação - primário, secundário e terciário;
- d) de área de especialização da psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença, sendo realizado em distintos e variados contextos.

43. Com relação ao conceito de Psicologia Hospitalar, pode-se afirmar que ter como referência o local de atuação contribui para a fragmentação das práticas e a dispersão teórica da Psicologia. Contudo, a partir de outra lógica, é possível afirmar que a Psicologia Hospitalar é um:

- a) braço institucional da Psicologia Clínica, tendo como referência a natureza das intervenções realizadas pelo psicólogo no contexto hospitalar;
- b) braço clínico da Psicologia da Saúde, tendo como referência as atividades desenvolvidas pelo psicólogo no contexto hospitalar;
- c) campo híbrido composto pela Psicologia da Saúde e pela Psicologia Clínica, cujas práticas e saberes constituem a sua singularidade;
- d) campo híbrido composto pela Psicologia Clínica e pela Psicologia Social-Comunitária, cujas práticas e saberes a distinguem da Psicologia da Saúde.

44. Observa-se que o enfrentamento religioso frente à doença e à hospitalização é utilizado por muitos pacientes. Contudo, pode ocorrer de um paciente recusar um tratamento de saúde proposto sob a alegação de que a sua fé religiosa é o bastante para a solução do seu problema. Nesta situação, inicialmente, cabe ao psicólogo hospitalar:

- a) explicar que o tratamento não exclui a fé e, estrategicamente, estimular o paciente a falar de sua religiosidade;
- b) atuar de modo interdisciplinar, solicitando a presença de um conselheiro religioso de acordo com a religião do paciente;
- c) acatar em silêncio a recusa do paciente, uma vez que ele tem direito a aceitar ou não quaisquer tratamentos de saúde;
- d) explicar que o tratamento não se relaciona com a fé, já que o tratamento possui uma eficácia comprovada pela ciência;

45. Considerando a discussão sobre a crescente medicalização da vida proposta no texto de *Caron e Feuerwerker (2019)*, pode-se afirmar que **NÃO** se relaciona a este tópico, de acordo com o texto a:

- a) centralidade da psiquiatria e da psicofarmacologia na discussão do assunto;
- b) notável expansão global da prescrição e do uso continuado de medicação psicotrópica;
- c) medicalização da vida tem como preocupação central a prescrição e uso mais racional de psicotrópicos;
- d) influência crescente do conhecimento neurocientífico na constituição dos modos de vida.

46. A proposta da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) surge em 1993 a partir da mobilização de usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental e acadêmicos preocupados com o respeito aos direitos humanos, à cidadania e ao protagonismo de pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica. Sobre essa prática, em sua versão brasileira, o texto de *Caron e Feuerwerker* afirma que:

- a) a preocupação com os usuários é de propor o não uso de medicação psiquiátrica, uma vez que os dados apontam para a prescrição excessiva;
- b) trata-se de uma técnica psicológica individual que funciona em torno de um manual proposto aos usuários;
- c) se afirma como um posicionamento que aposta principalmente na ampliação da rede de conexões institucionais entre os serviços de saúde;
- d) a GAM se constituiu como um posicionamento estratégico na área da saúde que advoga a autonomia individual e coletiva.

47. A violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde, conforme afirmam *D'Oliveira* e outras autoras. Sobre a questão da violência contra as mulheres e o uso que elas fazem do sistema de saúde, é **INCORRETO** afirmar:

- a) as mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias do que as que não viveram essa situação;
- b) as mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais sintomas ligados à saúde mental, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência;
- c) as mulheres que vivem em situação de violência costumam procurar a atenção básica, a partir de queixas pouco específicas, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais;
- d) por frequentarem mais os serviços de saúde, mulheres que vivem situações de violência fazem mais ações preventivas, como o Papanicolau.

48. De acordo com *D'Oliveira et. al.* de um terço à metade das mulheres do mundo vive ou viveu situações de violência de gênero. A fim de buscar metodologias e estratégias que identifiquem e abordem esse grave problema de saúde, assinale a sentença **INCORRETA**, de acordo com o texto citado acima.

- a) A utilização da técnica de screening universal como proposta de busca ativa de rotina para situações de violência vividas pelas mulheres é um método que apresenta bons resultados em países como EUA e Canadá;
- b) O uso reiterado e ineficaz dos serviços de saúde, tanto de urgência e emergência como de atenção primária, decorre da redução do problema às suas manifestações no corpo entendido da perspectiva biomédica;
- c) A medicalização reduz a procura das mulheres que vivem situações de violência a patologias que, além de médico-sanitárias, são sociais;
- d) Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social e práticas assistenciais adequadas.

49) A partir das discussões sobre o apoio matricial propostas por *Campos e Domiti*, assinale a resposta **INCORRETA**:

- a) a proposta busca alterar a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema de saúde para uma outra, mais consentânea com a interdisciplinaridade;
- b) o arranjo do apoio matricial permite um uso racional de recursos, criando oportunidade para que um único especialista integra organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência;
- c) a incorporação progressiva dos saberes no apoio matricial é benéfica para as equipes mínimas, otimizando o trabalho em saúde;
- d) o apoio matricial é importante para realizar o encaminhamento do acesso dos usuários ao uso de recursos especializados e à profissionais especialistas.

50. Considerando os limites propostos pelo Código de Ética das psicólogas, assinale a resposta **INCORRETA** sobre aquilo que é **VEDADO** no exercício da profissão:

- a) estabelecer com a pessoa atendida, familiar ou terceiro, que tenha vínculo com o atendido, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado;
- b) informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário;
- c) receber, pagar remuneração ou porcentagem por encaminhamento de serviços;
- d) realizar diagnósticos, divulgar procedimentos ou apresentar resultados de serviços psicológicos em meios de comunicação, de forma a expor pessoas, grupos ou organizações.