



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS
EDITAL 01/2022



Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

CARGO:
PSICÓLOGO

DATA: 27/03/2022

HORÁRIO: das 14 às 18 horas

LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
 - LÍNGUA PORTUGUESA: 01 a 10
 - LEGISLAÇÃO DO SUS: 11 a 20
 - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: 21 a 50
- ☒ O candidato não poderá entregar o **caderno de questões** antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto a seguir e responda às questões de 01 a 10.

Por que é tão difícil admitir que estamos errados? A psiquiatria explica

01 Teimosia, falta de empatia, polarização política. Nós costumamos encontrar diversas justificativas para
02 quando não conseguimos convencer outra pessoa de que ela está errada, mesmo quando todos os fatos
03 apontam que está. E, quando alguém finalmente muda de ideia — seja ao se convencer de que a Terra é
04 redonda, de que o distanciamento social é sim uma medida eficaz contra o novo coronavírus ou de que
05 determinado post foi ofensivo nas redes sociais —, é difícil vê-lo publicizando seu arrependimento.

06 Mudar de opinião e falar sobre isso não é simples, e há décadas a psicologia vem tentando entender
07 por que costumamos ser tão cabeças-duras. Mais recentemente, a neurociência também entrou nessa área,
08 principalmente com os estudos do laboratório britânico Affective Brain Lab, da UCL (University College
09 London). O **TAB** conversou com a diretora, Tali Sharot, e com o psiquiatra brasileiro Rodrigo Martins Leite,
10 diretor de relações institucionais do IPq USP (Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo) para
11 entender quais são as raízes científicas desse problema e como ele se manifesta socialmente.

12 **Por que é difícil admitir que erramos?** Para Sharot, a pergunta deve ser outra. "O problema não é
13 necessariamente que a gente saiba que está errado e não admita. Na verdade, não percebemos que estamos
14 errados", explica ela. A neurocientista pesquisa, há quase 20 anos, como o nosso cérebro reage à chegada de
15 novas informações e descobriu que ele não grava tão bem aquelas que vão contra o que acreditamos —
16 principalmente quando são negativas. "Há maneiras de saber quais mudanças de atividade cerebral
17 deveríamos observar quando você recebe uma informação nova. Conseguimos ver que há menos 'gravação'
18 acontecendo quando a informação não é desejável ou é contrária ao que você acredita", explica a
19 neurocientista. "Isso ocorre principalmente nas regiões frontais, mas elas estão conectadas a regiões
20 subcorticais que estão envolvidas com emoção, motivação, memória etc." E o problema não para por aí.

21 **Só acredita quem quer.** Além de literalmente guardar menos os fatos que contrariam nossas crenças,
22 nós nem vamos atrás deles, afirma a pesquisadora. "Descobrimos que as pessoas são mais propensas a
23 procurar informações desejáveis e mais propensas a acreditar e reforçar suas crenças quando recebem
24 informações desejáveis", relata. Sharot e sua equipe conseguiram enxergar, no cérebro, o funcionamento do
25 que conhecemos hoje como vieses cognitivos.

26 **Vieses, sempre eles.** Há registros de ao menos 120 vieses cognitivos, mas o mais famoso é, sem
27 dúvida, o viés de confirmação, segundo o qual procuramos e aceitamos com mais facilidade informações que
28 confirmam aquilo em que já acreditamos. "Isso significa que você tem menos chances de encontrar
29 informações que vão contra o que você acredita", reforça Sharot. Um teste desenvolvido em 2015, pelo New
30 York Times, envergonha muita gente que acredita estar imune ao viés de confirmação. Quando confrontados
31 com uma informação que desbanca aquilo em que acreditamos — principalmente numa discussão acalorada
32 —, entram em jogo as emoções para "proteger" nossas posições. "Quando estamos tomados por alguma
33 emoção forte, fica mais difícil ainda a dialética da conversa, porque as pessoas não estão debatendo ideias, e
34 sim paixões", explica Leite, da USP. "Isso fortalece a sua opinião prévia sobre o assunto."

35 **Só sei que nada sei.** Outro viés bastante popular para explicar a nossa dificuldade em reconhecer
36 uma crença errada é o efeito Dunning-Kruger, lembra Leite. Os dois pesquisadores que dão nome ao efeito
37 realizaram, em 1999, um estudo demonstrando que as pessoas que possuem pouco conhecimento sobre um
38 assunto costumam ser mais confiantes e acreditam saber mais que a média. Isso se dá porque elas não têm
39 conhecimento suficiente para serem capazes de perceberem e admitirem seus próprios erros. Por outro lado,
40 aqueles que são gabaritados em determinado tema também têm uma visão distorcida sobre seu próprio nível
41 de conhecimento. Essas pessoas acham que os outros estão tão bem informados quanto elas, então tendem
42 a subestimar suas habilidades. "Quanto menos formação você tem em um assunto, menos preparo cognitivo,
43 mais você acredita piamente na sua opinião sobre ele", resume Leite.

44 **Isso é desculpa para teimosia?** Não. A ideia é ter consciência dos vieses comportamentais para
45 tentar evitá-los ou, pelo menos, lembrar que todos encaramos os fatos de um ponto de vista bastante pessoal.
46 Leite lembra que costumamos debater dentro de bolhas, vendo nossas opiniões amplificadas por discursos
47 semelhantes, imaginando que estamos consumindo conteúdo "novo". "A sociedade vem dialogando cada vez
48 menos, acho que é uma tendência geral. Cada vez menos pensando no bem comum. Há sempre uma
49 primazia da opinião individual, de pequenos grupos, nunca pensando numa perspectiva mais sistemática e
50 globalizante", avalia ele.

51 **Impressão minha, ou estamos discutindo mais?** O psiquiatra se lembra do sociólogo Zygmunt
52 Bauman para defender que as redes sociais amplificam nossa necessidade de expor opiniões online. "A gente
53 publiciza nossa vida privada de uma forma nunca antes vista. E essa avalanche de opiniões privadas

54 colocadas em público acaba sofrendo manipulações — seja pelos algoritmos ou pela amplificação dos robôs",
 55 observa Leite. "Isso acaba contagiando muitas pessoas que eventualmente nem tinham uma opinião formada
 56 sobre o tema, mas é tamanho o bombardeio de mensagens e notícias que muitas vezes supera a capacidade
 57 do indivíduo de ter um filtro crítico sobre essas informações." Em consequência, todo mundo sente a
 58 necessidade de opinar — mesmo sem conhecer um assunto a fundo — e, como já vimos antes, ecoar vozes
 59 semelhantes às suas.

60 **Alguma dica para fazer alguém admitir um erro?** "Quando as opiniões são afetivas, refratárias a
 61 dados, não adianta discutir. É análogo, na psiquiatria, a um paciente que tenha um delírio. Delírio é
 62 grosseiramente uma ideia irremovível, é uma convicção muito profunda", explica. Tanto o psiquiatra quanto a
 63 neurocientista afirmam que reabrir um diálogo e diminuir a polarização é um trabalho social conjunto, pois não
 64 há tipos de personalidades mais suscetíveis à teimosia e à dificuldade em admitir erros. Estamos todos tão
 65 propensos a isso quanto os que criticamos. A dica, segundo eles, é fazer a sua parte e, ativamente, procurar
 66 informações contrárias àquilo que você acredita. E estar aberto ao diálogo — mesmo que os assuntos mais
 67 espinhosos precisem ficar de lado, opina Leite. "Precisa ser um princípio geral encontrar pautas que girem em
 68 torno do interesse comum. Mas a politização está tão grave que a gente fala em ecologia, por exemplo, que é
 69 algo do bem comum, e já se fala que é uma pauta de esquerda. Precisamos voltar a procurar identidade entre
 70 as pessoas. A politização enfraquece muito nosso senso de comunidade."

(POLLO, Luiza. Por que é tão difícil admitir que estamos errados? A psiquiatria explica. *TAB Uol*, 13 jun. 2020. Com adaptações. Disponível em: <
<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/06/13/como-neurociencia-e-psiquiatria-explicam-nossa-dificuldade-em-admitir-erros.htm>>

01. A partir da leitura e da interpretação do texto, é possível afirmar que seu objetivo é:
- (A) Tecer críticas às pessoas que são incapazes de mudar de ideia, mesmo quando percebem que estão erradas.
 - (B) Noticiar descobertas científicas relacionadas à influência das emoções na mudança de ideias.
 - (C) Evidenciar dados científicos que buscam explicar por que as pessoas têm dificuldades em perceber e admitir quando estão erradas.
 - (D) Fazer propaganda do método de debate propagado pelo laboratório britânico que desenvolveu estudos na área de psiquiatria.
 - (E) Alertar sobre as consequências sociais e emocionais de as pessoas não admitirem quando estão erradas.
02. Indique, dentre as afirmações a seguir, a única que é condizente com as informações apresentadas no texto:
- (A) Pessoas que são gabaritadas em um tema são mais confiantes e menos propensas a admitir os próprios erros.
 - (B) Mais informações são gravadas nos cérebros das pessoas quando refutam o que essas pessoas acreditam.
 - (C) As emoções fortes, ao fazer com que as pessoas defendam um tema com afinco, facilitam o debate de ideias.
 - (D) As pessoas tendem a buscar e aceitar mais facilmente informações que reafirmem suas crenças.
 - (E) Quando mudam de ideia, as pessoas sentem necessidade de tornar público o seu arrependimento.
03. Dentre os substantivos compostos a seguir, indique o único cuja flexão para o plural é feita da mesma forma que em “cabeças-duras” (linha 07):
- (A) Beija-flor
 - (B) Guarda-roupa
 - (C) Cachorro-quente
 - (D) Alto-falante
 - (E) Recém-formado
04. Indique, dentre as palavras a seguir, a única que está sendo usada, no texto, com sentido denotativo:
- (A) avalanche (linha 53)
 - (B) bombardeio (linha 56)
 - (C) raízes (linha 11)
 - (D) espinhosos (linha 67)
 - (E) dados (linha 61)

05. A palavra “piamente” (linha 43) pode ser substituída, de maneira a manter o sentido do trecho em que ocorre, por:
- (A) convictamente
 - (B) francamente
 - (C) sobriamente
 - (D) falsamente
 - (E) caridosamente
06. Por ocasião da vigência do Novo Acordo Ortográfico, algumas palavras perderam o acento agudo, a exemplo de “ideia” (linha 03). Dentre as palavras a seguir, a única em que esta alteração NÃO ocorreu e, portanto, está grafada INCORRETAMENTE é:
- (A) paranoico
 - (B) heroi
 - (C) asteroide
 - (D) assembleia
 - (E) joia
07. Dentre as palavras a seguir, presentes no texto, indique a única que contém prefixo que expressa sentido de negação:
- (A) irremovível (linha 62)
 - (B) informações (linha 15)
 - (C) imaginando (linha 47)
 - (D) ideia (linha 03)
 - (E) impressão (linha 51)
08. Considere o período “A neurocientista pesquisa, há quase 20 anos, como o nosso cérebro reage à chegada de novas informações e descobriu que ele não grava tão bem aquelas que vão contra o que acreditamos — principalmente quando são negativas” (linhas 14 a 16). Julgue as seguintes afirmações sobre sua construção sintática:
- I. Uma das posições que “há quase 20 anos” pode ocupar no período é após a conjunção “e”.
 - II. Há duas orações conectadas por “e” que compartilham o mesmo sujeito.
 - III. As duas ocorrências do pronome relativo “que” marcam a introdução de oração com valor adjetivo.
 - IV. A oração subordinada “como o nosso cérebro reage à chegada de novas informações” exerce função de objeto direto e possui, em sua composição, um objeto indireto.
- (A) Somente os itens I e II estão corretos.
 - (B) Somente os itens II e IV estão corretos.
 - (C) Somente os itens I, II e III estão corretos.
 - (D) Somente os itens II, III e IV estão corretos.
 - (E) Somente os itens III e IV estão corretos.
09. Tendo em vista as estratégias de retomada referencial usadas na construção de sentidos do texto, é possível afirmar, EXCETO:
- (A) “Diversas justificativas” (linha 01) retoma “Teimosia, falta de empatia, polarização política” (linha 01).
 - (B) “Ele” (linha 15) retoma “o nosso cérebro” (linha 14).
 - (C) Em “deles” (linha 22), o pronome “ele” retoma “os fatos que contrariam nossas crenças” (linha 21).
 - (D) O pronome “os”, presente em “evitá-los” (linha 45) retoma “os vieses comportamentais” (linha 44).
 - (E) “Essas pessoas” (linha 41) retoma “as pessoas que possuem pouco conhecimento sobre um assunto” (linhas 37 e 38).
10. Julgue os itens a seguir, que tratam da utilização das vírgulas no texto:
- I. Em “Teimosia, falta de empatia, polarização política” (linha 01), as vírgulas estão sendo utilizadas para separar elementos de uma enumeração.
 - II. Em “Isso ocorre principalmente nas regiões frontais, mas elas estão conectadas a regiões subcorticais que estão envolvidas com emoção, motivação, memória etc.” (linhas 19 e 20), as três vírgulas utilizadas marcam separação de orações subordinadas.

- III. Em “Delírio é grosseiramente uma ideia irremovível, é uma convicção muito profunda [...]” (linhas 61 e 62), a palavra “grosseiramente” poderia estar entre vírgulas sem prejuízo ao significado do trecho em que ocorre.
- IV. A oração “principalmente quando são negativas” (linha 16) poderia estar isolada por vírgula em vez de travessão, sem prejuízo ao significado do trecho em que ocorre.
- (A) Somente os itens I e III estão corretos.
 (B) Somente os itens II, III e IV estão corretos.
 (C) Somente o item III está correto.
 (D) Somente os itens I, III e IV estão corretos.
 (E) Somente os itens II e IV estão corretos.

LEGISLAÇÃO DO SUS

11. O gestor do município de Esperança está bastante atento com a saúde de sua população. Em 2019, intensificou a busca ativa por novos casos de hipertensão e recrutou todas as equipes de saúde para o trabalho. Somente naquele ano, foram cadastrados 500 novos casos. O número total de casos (novos e antigos) foi de 5.000 no último dia do ano. Sabendo que a população total era de 20.000 habitantes, a prevalência de hipertensão em Esperança para o ano de 2019 foi de
- (A) 15%
 (B) 20%
 (C) 22,5%
 (D) 25%
 (E) 27,5%
12. No que diz respeito à incidência de hipertensão nesse mesmo município, considerando o mesmo quantitativo populacional e o mesmo período, podemos dizer que a incidência foi de
- (A) 2,5%
 (B) 5%
 (C) 7,5%
 (D) 10%
 (E) não é possível calcular devido à insuficiência de dados.
13. A epidemiologia, no processo de entender como se dão as manifestações de saúde/doença nas populações, utiliza duas medidas principais: *incidência* e *prevalência*. Em se tratando da importância das taxas de prevalência e incidência em uma população, podemos dizer:
- (A) Incidência e prevalência são medidas de frequência de doenças que identificam onde ocorrem mais casos de uma determinada doença ou agravo.
 (B) A medida mais simples de prevalência é a frequência absoluta ou a contagem dos casos de uma doença em um determinado tempo e lugar.
 (C) A prevalência refere-se ao total de casos de uma doença em uma região, enquanto a incidência considera apenas os casos novos ou ocorridos recentemente.
 (D) A incidência traduz a ideia de doentes ou de casos novos que vão acontecendo ao longo do tempo e prevalência dá a ideia de um número de casos (novos e antigos) contados em um tempo limitado.
 (E) Todas as opções anteriores estão corretas.
14. Bárbara Starfield (2002) menciona alguns atributos da atenção primária à saúde. Um deles implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Estamos tratando do atributo da
- (A) atenção ao primeiro contato.
 (B) longitudinalidade.
 (C) integralidade.
 (D) coordenação da atenção.
 (E) universalidade.

15. Quando mencionamos um elemento que envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender e o grau de tolerância para consultas não-agendadas, estamos tratando de
- (A) acesso. (D) população eletiva.
 (B) acessibilidade. (E) continuidade.
 (C) variedade de serviços.
16. De acordo com a Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, foram definidas políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde. Assim a opção que menciona uma dessas políticas é:
- (A) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
 (B) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública.
 (C) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.
 (D) Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
 (E) Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).
17. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), são princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica, respectivamente:
- (A) Universalidade e equidade. (D) Longitudinalidade e coordenação do cuidado.
 (B) Territorialização e população adscrita. (E) Regionalização e hierarquização.
 (C) Integralidade e cuidado centrado na pessoa.
18. O Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) compreende várias funções, dentre elas:
- (A) Cadastro do estabelecimento de saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada.
 (B) Cadastro dos usuários por equipe e estabelecimento de saúde.
 (C) Cadastro de hipertensos e diabéticos de um território adscrito a um estabelecimento de saúde.
 (D) Cadastro de gestantes por equipe e estabelecimento de saúde.
 (E) Cadastro de todos os pacientes pertencentes ao território adscrito ao estabelecimento de saúde independente da sua condição de saúde ou agravo relacionado.
19. Quando mencionamos “reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas”, estamos tratando da diretriz da Atenção Básica:
- (A) Regionalização. (D) Ordenar as redes.
 (B) Longitudinalidade do cuidado. (E) Integralidade.
 (C) Coordenar o cuidado.
20. A Vigilância em Saúde está incluída no campo de ação do SUS e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, em várias áreas. A vigilância sanitária é uma delas e tem como competência:
- (A) Realizar um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
 (B) Desencadear um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), com ações integradas com as subprefeituras e outras secretarias, devendo participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
 (C) Realizar um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Trabalha com doenças sexualmente transmissíveis agudas e crônicas; doenças transmissíveis agudas; doenças transmissíveis crônicas; doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos e surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados; inclui também o Programa Nacional de Imunização (PNI), descentralizado aos municípios.
 (D) Desenvolver as atividades relacionadas com os imunobiológicos e sua adequada utilização.
 (E) Nenhuma das alternativas anteriores.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CARGO

21. Leia as proposições e assinale a opção CORRETA.

- I. Psicologia da saúde clínica (PSCLIN): é a abordagem dominante, que é representada pela maioria dos manuais, dos periódicos científicos e dos programas acadêmicos. A PSCLIN reivindica uma fundamentação científica, é proclamada como a expressão de um modelo biopsicossocial de saúde, possui um vínculo estreito com a Psicologia clínica e é aplicada em clínicas, hospitais e centros de saúde;
 - II. Psicologia da saúde pública (PSP): é um componente do sistema de saúde que lida mais com a promoção da saúde e a prevenção do que com o tratamento da doença. Dentro dessa abordagem, a Psicologia da saúde é vista como uma atividade multidisciplinar que busca integrar estudos epidemiológicos, intervenção e avaliação em saúde pública;
 - III. Psicologia da saúde comunitária (PSCom): é baseada na pesquisa e na intervenção em comunidades, e envolve o trabalho em coalizão com membros de grupos e de comunidades vulneráveis e busca colaborar para o empoderamento desses indivíduos, visando a ajudá-los na superação das causas de suas vulnerabilidades (exclusão social e pobreza, por exemplo). Da mesma forma que a PSP, a PSCom compreende a saúde individual como o produto de determinantes políticos, econômicos e sociais, e conceitua saúde como Bem-Estar no sentido mais amplo do termo, o que inclui saúde física e mental, assim como resiliência;
 - IV. Psicologia da saúde crítica (PSCri): objetiva analisar como o poder, os processos macrossociais e econômicos influenciam e/ ou estruturam a saúde, a atenção à saúde, a Psicologia da saúde e a sociedade como um todo. A PSCri é preocupada com a natureza política de toda a existência humana, incorpora a compaixão na teoria e na prática como elemento estruturante da abordagem, defende a liberdade de pensamento e é consciente da interdependência dos seres humanos como agentes sociais. Seu contexto de estudo é a sociedade como um todo, as políticas públicas e as relações de mercado. Essa abordagem faz uso de análise teórica, pensamento crítico, ação social e política, focando a prevenção de doenças como principal estratégia.
- (A) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
(B) Somente as proposições I, III e IV estão corretas.
(C) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
(D) Somente as proposições II e IV estão corretas.
(E) Somente as proposições I e III estão corretas.

22. Assinale a opção INCORRETA:

- (A) A constituição da Psicologia da saúde como um campo autônomo de pesquisa e de intervenção psicológicas ocorre efetivamente, no contexto anglo-saxônico, no final da década de 70. O marco inaugural dessa constituição é a criação da trigésima oitava seção da Associação de Psicologia Americana.
- (B) A Psicologia da saúde é um agregado das específicas contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças e à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, da doença e das disfunções relacionadas, de acordo com Joseph Matarazzo (1982).
- (C) A saúde comportamental é, de acordo com Matarazzo (1982), um campo disciplinar dedicado a promover uma filosofia da saúde que enfatiza a responsabilidade individual na aplicação de técnicas das ciências biomédicas e comportamentais na manutenção da saúde e na prevenção de doenças e disfunções através de uma variedade de atividades propostas ou de iniciativa própria do indivíduo.
- (D) O texto *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine*, de Engel, considerado por Santiago-Delfosse e Chamberlain (2008) como iniciador da Psicologia da saúde, era primariamente uma crítica ao modelo biomédico. Somente na sua segunda metade aparecem algumas referências ao que seria um modelo biopsicossocial, o que é demonstrado por meio de exemplos e não pelo desenvolvimento de uma teoria, de um modelo ou de uma abordagem.
- (E) A Psicologia da saúde também serve como espaço para o debate metodológico, pois vários autores questionaram a validade das pesquisas quantitativas no contexto da saúde. As pesquisas qualitativas no contexto da saúde deram uma atenção nova ao sujeito em situação, à psicologia da vida cotidiana concreta e à linguagem considerada como um meio de acesso privilegiado à experiência humana.

23. Leia as proposições e assinale a opção CORRETA no que diz respeito aos elementos constituintes da Psicologia Crítica, de acordo com Ian Parker (2007):
- I. “um exame sistemático de como algumas variedades de experiências e ações psicológicas são privilegiadas em relação a outras, de como os discursos dominantes na Psicologia operam de modo ideológico e a serviço do poder”;
 - II. “o estudo das maneiras pelas quais todas as variedades de Psicologia são cultural e historicamente construídas, e como variedades de psicologias alternativas podem afirmar ou resistir a assunções ideológicas originadas nos modelos teóricos dominantes”;
 - III. “o estudo das formas de controle e autorregulação na vida cotidiana e dos meios pelos quais a cultura psicológica opera além das fronteiras da Academia e da prática profissional”;
 - IV. “a investigação cotidiana das estruturas acadêmicas e do trabalho profissional da Psicologia e de como atividades cotidianas não podem providenciar a base para a resistência a práticas disciplinares contemporâneas”.
- (A) Somente as proposições I, II e IV estão corretas.
 - (B) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
 - (C) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
 - (D) Todas as proposições estão corretas.
 - (E) Todas as proposições estão incorretas.
24. Assinale a opção que apresenta a proposição INCORRETA.
- (A) De acordo com Santiago-Delfosse e Chamberlain (2008), a Psicologia da saúde crítica apresenta as seguintes posições: questionamento da pertinência do modelo biopsicossocial para a compreensão da complexidade e da temporalidade da doença na experiência humana, refutação da ideologia a-contextualizada e individualista da corrente dominante da Psicologia da saúde e compreensão do papel e das práticas do psicólogo e questionamento de sua função e de sua formação.
 - (B) De acordo com Carvalho (2013), o campo da Psicologia da saúde é mais bem organizado da seguinte forma: 1) perspectivas: tradicional e crítica; 2) abordagens: Psicologia da saúde clínica, Psicologia da saúde pública, Psicologia da saúde comunitária e Psicologia sanitária.
 - (C) Para Prilleltensky e Prilleltensky (2003) uma proposta de prática da Psicologia da saúde se dá a partir de uma perspectiva crítica. A proposta se fundamenta na promoção do bem-estar (individual, relacional e coletivo), na compreensão sobre o que é a boa vida, a boa sociedade, o conhecimento, a ética, o papel do profissional de saúde e o papel do usuário dos serviços de saúde. Deve haver um equilíbrio entre a necessária ênfase na autonomia dos usuários e a preocupação com o cuidado, com a compaixão e com a interdependência.
 - (D) Conforme Bolam e Chamberlain (2003) uma prática em Psicologia da saúde, a partir de uma perspectiva crítica, envolve, necessariamente, uma discussão sobre o processo de profissionalização do campo. Os autores argumentam que o desenvolvimento da profissionalização em Psicologia da saúde seguiu o modelo da Psicologia clínica, que é derivado do modelo médico e predominantemente situado a serviço da Biomedicina.
 - (E) Para Carvalho (2013), no campo da Psicologia da saúde, a reflexividade deve ser um instrumento para transformar o modelo técnico de um cientista teórico em um que defina o psicólogo da saúde como um agente social reflexivo e engajado.
25. Assinale a opção INCORRETA em relação ao modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), sobre os determinantes sociais de saúde (DSS):
- (A) O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, em que se situam os microdeterminantes.
 - (B) Os indivíduos estão na base deste modelo, com suas características pessoais, como sexo, faixa etária e fatores hereditários, as quais influenciam as condições de saúde na esfera individual.

- (C) Os estilos de vida dos indivíduos e seus comportamentos aparecem na camada subsequente à base. A mesma está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, e é condicionada por determinantes sociais, como pressão dos pares, informações e acesso a alimentos saudáveis, entre outros.
- (D) A terceira camada destaca a relação entre a rede e o apoio social, nível fundamental para a saúde da sociedade por completo.
- (E) Os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho estão no próximo nível. A última camada se relaciona aos aspectos macro, tais como as condições culturais, econômicas e sociais; por sua vez, influenciando as demais camadas.
26. Assinale a opção que apresenta a proposição que NÃO se refere adequadamente ao modelo demanda e controle do estresse laboral relacionado às suas condições de produção.
- (A) O modelo demanda-controle tem como principal hipótese que os agravos à saúde ocorrem devido à exposição simultânea dos trabalhadores a elevadas demandas psicológicas e insuficiente amplitude decisória acerca de seu próprio processo de trabalho.
- (B) Esse modelo associa dois aspectos psicossociais no ambiente laboral: a demanda psicológica, relacionada às características envolvidas para a realização da tarefa, e o grau de controle que está vinculado à autonomia.
- (C) A forma como se combinarão diferentes níveis de controle e de demanda proporcionarão experiências distintas no trabalho, estando diretamente relacionadas à possibilidade ou não de adoecimento.
- (D) O trabalho de baixa demanda combinado com alto controle por parte do profissional pode produzir desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão. Ao passo que em situações laborais de alto controle e baixa demanda, encontramos um padrão de enfrentamento que promove motivação e novas aprendizagens.
- (E) A avaliação das características psicossociais do ambiente de trabalho é realizada a partir da interação entre os níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configurando-se em quatro situações laborais específicas que implicam riscos diferenciados à saúde: trabalho passivo (baixa demanda - baixo controle), trabalho ativo (alta demanda - alto controle), alta exigência do trabalho (alta demanda - baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda - alto controle).
27. Relacione a primeira coluna com a segunda, em relação ao WHOQOL - Bref, validado no Brasil (Fleck et al., 2000), que contempla os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente:
- (1) Domínio físico
 (2) Domínio psicológico
 (3) Relações Sociais
 (4) Meio Ambiente
- () Dor e desconforto; sono e repouso; energia e fadiga.
 () Relações pessoais; relação sexual; apoio social.
 () Sentimentos positivos, autoestima; sentimentos negativos.
 () Segurança física e proteção; ambiente no lar; transporte.
- A opção que apresenta a sequência CORRETA é:
- (A) 1, 2, 3, 4
 (B) 4, 3, 2, 1
 (C) 4, 2, 3, 1
 (D) 1, 3, 2, 4
 (E) 2, 3, 4, 1

28 Preencha a segunda coluna de acordo com a primeira e assinale a opção CORRETA.

- (1) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
- (2) Transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes
- (3) Transtorno de oposição desafiante
- (4) Transtorno de conduta
- (5) Continuidade da psicopatologia
- (6) Remissão de um transtorno mental

- () são transtornos mentais com início precoce, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o transtorno do tique, os quais apresentam prevalências diminuídas no início da adolescência e um novo declínio na adolescência.
- () reconhecido fundamentalmente pela existência de humor irritável/raivoso, comportamento questionador/desafiante e índole vingativa no decorrer de seis meses. Os sintomas são geralmente revelados, de forma notória, em relações com pessoas mais íntimas, e desse modo, podem se manifestar em um ambiente apenas, o qual habitualmente é a casa.
- () possui três dimensões: comportamental, fisiológica e cognitiva. A primeira é a mais notória, e consiste em comportamentos de fuga e esquiva, incluindo choro, voz e mãos trêmulas, em roer unhas, em chupar do polegar e até correr. Já os aspectos fisiológicos, em concordância com Knapp (2004), reproduzem a atividade do SNA (Sistema Nervoso Autônomo) e são compostos por náuseas, vômitos, palpitação, sudorese, sensação de sufocamento ou afogamento, ondas de frio ou calor, entre outros. Enquanto a terceira dimensão, a cognitiva, inclui pensamentos ansiosos, como por exemplo, preocupações sobre o que acontecerá e sobre o julgamento dos outros.
- () caracteriza-se por sintomas como hiperatividade e impulsividade, com ou sem desatenção, ou somente por aspectos de desatenção inapropriados à idade. O diagnóstico detecta um padrão persistente de sintomas que inicia, geralmente, antes dos sete anos de idade, causando significativo prejuízo escolar, social e ocupacional.
- () caracteriza-se por um padrão persistente de comportamento, no qual há importantes violações de normas sociais ou dos direitos alheios. Essas manifestações concentram-se em quatro grupos de sintomas: atos agressivos a pessoas e/ou a animais; ações que provocam danos e/ou destruição de patrimônio; fraude ou furto e sérias violações às regras e às normas.
- () é definida como um padrão preditivo de associações entre comportamentos em um estágio prévio do desenvolvimento e algum tipo de desfecho psicológico mais adiante. A manifestação dos sintomas pode ser semelhante em diferentes idades — continuidade homotípica. Ansiedade, depressão e transtornos de conduta são exemplos de transtornos que geralmente apresentam uma continuidade homotípica. Porém, os padrões de sintomas, inclusive as categorias diagnósticas, podem mudar ao longo do ciclo vital, refletindo os diferentes aspectos da maturação biológica, do nível cognitivo, do status social, da duração e do tipo de experiências vividas pelo indivíduo nas diferentes idades. Este curso da psicopatologia é chamado de comorbidade sequencial.

- (A) 1, 3, 5, 2, 4, 6
- (B) 1, 4, 3, 2, 5, 6
- (C) 6, 4, 1, 3, 2, 5
- (D) 6, 3, 2, 1, 4, 5
- (E) 2, 4, 5, 6, 1, 3

29. Assinale a opção que NÃO se refere aos fatores terapêuticos propostos por Yalom para a Psicoterapia de Grupo:

- (A) Universalidade
- (B) Coesão Grupal
- (C) Catarse
- (D) Identificação
- (E) Racionalização

30. Enumere a segunda coluna de acordo com a primeira, apontando a opção CORRETA.

- (I) Curso da vida
- (II) Natureza dinâmica do desenvolvimento humano
- (III) Processos saúde e doença
- (IV) Modelo bioecológico de Bronfenbrenner

- () a pessoa é ativa no seu desenvolvimento e, conseqüentemente, suas escolhas podem ter um papel substancial no curso desse processo, incluindo o curso de doenças
- () são processos multideterminados por aspectos intra e intersujeitos, com origem e evolução perfazendo uma trajetória probabilística. Isto significa dizer que seu resultado depende de um conjunto de fatores (do nível micro ao nível macro), que interconectados se influenciam mutuamente, podendo mudar o rumo do desenvolvimento em qualquer fase da vida.
- () representa uma orientação teórica para o estudo do desenvolvimento humano que incorpora distinções temporais, contextuais e processuais.
- () permite analisar as variações do processo e do produto do desenvolvimento enquanto função conjunta das características da pessoa e do ambiente em um determinado período da história.

- (A) II, I, IV, III
- (B) II, I, III, IV
- (C) I, II, III, IV
- (D) II, IV, I, III
- (E) III, I, IV, II

31. Leia as proposições e assinale a opção CORRETA.

- I. O estresse ocupacional pode ser definido como um processo relacional entre os aspectos cognitivos, emocionais e motivacionais do indivíduo com o contexto organizacional;
- II. Um elevado nível de estresse ocupacional é um antecedente de algumas doenças, como a fadiga ocupacional, depressão, distúrbios do sono, transtornos psicossomáticos, lesões por esforços repetitivos e a Síndrome de Burnout;
- III. Os fatores físicos, psíquicos e comportamentais como cefaleia e/ou enxaqueca, alterações de memória, desconfiança e paranoia, aumento do consumo de substâncias e o suicídio destacam-se quanto à sintomatologia apresentada pela SB;
- IV. A Síndrome de Burnout, adaptada à língua portuguesa como síndrome do esgotamento profissional ou estafa, é caracterizada como uma síndrome psicossocial que ocorre em resposta aos estressores severos presentes no contexto das grandes cidades, principalmente em contextos de insegurança pública.

- (A) Todas as proposições são corretas.
- (B) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
- (C) Somente as proposições I, II e IV estão corretas.
- (D) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
- (E) Todas as proposições estão incorretas.

32. Assinale a opção que NÃO expressa adequadamente o modelo demanda-e-controle:

- (A) Baixa exigência – não expostos ao estresse ocupacional (baixa demanda e alto controle).
- (B) Trabalho ativo (alta demanda e alto controle).
- (C) Trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle).
- (D) Modelo Demanda-Controle, proposto por Robert Karasek (1979), compreende dois fatores: (1) a demanda, que pode ser entendida como a capacidade de tomada de decisão e utilização das habilidades intelectuais para realização do trabalho e (2) o controle, que refere-se às exigências e às pressões psicológicas para realização das tarefas organizacionais (por exemplo, prazos para realização de determinada tarefa e concentração para execução da tarefa).
- (E) Alta exigência – maior exposição ao estresse ocupacional (alta demanda e baixo controle).

33. Leia as proposições e assinale a opção CORRETA.

- I. O ambiente ecológico é concebido como um arranjo de estruturas concêntricas inseridas umas nas outras. Inicialmente, como centro dessas estruturas, está o microssistema, que é definido como o complexo de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente imediato que a contém (casa, escola, trabalho);
- II. O mesossistema, segundo componente do modelo, refere-se ao conjunto de microssistemas e às inter-relações entre esses locais imediatos que contém a pessoa, ou seja, entre a escola e a família, entre local de trabalho e a família;
- III. O exossistema é uma extensão do mesossistema, envolvendo outras estruturas sociais, formais e informais, que não contém a pessoa em desenvolvimento, mas que influenciam o seu desenvolvimento. Em se tratando de filhos pequenos, o trabalho dos pais constitui um exemplo de exossistema;
- IV. O cronossistema abrange os sistemas de valores e crenças que permeiam a existência e a evolução das diversas culturas e subculturas, tais como a economia, políticas sociais, educacionais e legais.

- (A) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
- (B) Somente as proposições I, III e IV estão corretas.
- (C) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
- (D) Somente as proposições II e IV estão corretas.
- (E) Somente as proposições I e III estão corretas.

34. Assinale a opção CORRETA.

- (A) O psicodiagnóstico é um processo, desencadeado quase sempre em vista de um encaminhamento, que tem início numa consulta, a partir da qual se delineiam os passos do exame, que constitui uma das rotinas do psicólogo clínico. Entretanto, tal tipo de avaliação decorre da existência de um problema prévio, que o psicólogo deve identificar e avaliar, para poder chegar a um diagnóstico.
- (B) A entrevista clínica, em Psicologia, é um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, para descrever e avaliar aspectos pessoais em um processo que visa fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas.
- (C) O psicodiagnóstico, em um sentido lato, consiste, sobretudo, na identificação de forças e fraquezas no funcionamento psicológico e não se distingue de outros tipos de avaliação psicológica de diferenças individuais.
- (D) O psicodiagnóstico surgiu como consequência do advento da Psicologia Experimental, que ofereceu novo enfoque para o entendimento e a classificação dos transtornos mentais. Anteriormente, o modelo para o estudo das doenças mentais remontava ao trabalho de Kraepelin (2015) e outros e às suas tentativas para estabelecer critérios de diagnóstico diferencial para a esquizofrenia.
- (E) O psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*), em nível individual, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*), para os quais são propostas soluções, se for o caso.

35. Leia as formulações abaixo e assinale a opção INCORRETA.

- (A) O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, popularmente conhecido como TDAH, é definido, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), pela perseverante presença de desatenção e/ou hiperatividade que destoa do esperado para a fase do desenvolvimento em que a pessoa se encontra, acarretando significativo prejuízo funcional. Ele tem início na infância e seus sintomas devem se fazer presentes em mais de um ambiente.
- (B) O diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) detecta um padrão persistente de sintomas que se inicia, geralmente, no final da terceira infância e, causa significativo prejuízo escolar, social e ocupacional.

- (C) O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) tem uma prevalência maior no sexo masculino e caracteriza-se por sintomas como hiperatividade e impulsividade, com ou sem desatenção, ou somente por aspectos de desatenção inapropriados à idade.
- (D) As crianças e os adolescentes com TDAH, em geral, são instáveis emocionalmente, agindo de forma impulsiva e irritadiça, podendo apresentar dificuldades em participar de atividades em grupo, falhas na produtividade e prejuízos no funcionamento acadêmico e social. A sensação de inadequação, baixa autoestima e adversidades no grupo social provocam infelicidade e frustração, podendo gerar comportamentos autodestrutivos ou autopunitivos.
- (E) O diagnóstico de TDAH é confirmado uma vez que os sintomas característicos desse transtorno sejam frequentes e manifestem-se em mais de um contexto social. Ocorrendo somente em um ambiente, podem ser manifestações representativas de uma situação familiar caótica ou de um método de ensino inadequado.

36. Assinale a opção CORRETA.

- (A) Considerando que a psicoterapia breve psicodinâmica tem como base a Psicanálise, pode-se dizer que as propostas das técnicas psicoterápicas se apoiam em dois diferentes modelos epistemológicos, a saber: modelo pulsional estrutural (baseado na escola das relações objetais) e o modelo relacional (baseado na visão freudiana).
- (B) Simon propõe uma modalidade de psicoterapia breve que denomina psicoterapia breve operacionalizada, baseando-se na concepção estrutural de adaptação a programas preventivos no campo da Saúde Mental. O diagnóstico baseia-se na escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO) (Simon, 1989), desenvolvida por ele com a finalidade de criar um método de avaliação diagnóstica que permita, com brevidade, fazer um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento conforme a classificação atribuída a cada indivíduo, segundo o critério adaptativo.
- (C) A psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica breve possui origem na Psicanálise clássica, mas se diferencia desta e das psicoterapias psicanalíticas de longo-prazo por apresentar limitação no tempo e nos objetivos, planejamento de metas e critérios de término bem definidos, atenção para experiências atuais, trabalho com conflito central (foco), limitação da regressão por meio da menor atividade do terapeuta, uso de interpretações extra-transferências e outras intervenções expressivas e/ou do polo expressivo-apoio, além de uma atenção especial à aliança terapêutica e aos aspectos atuais do relacionamento paciente-terapeuta.
- (D) Entre as diversas abordagens e contextos da psicoterapia breve, tem-se a terapia familiar breve. Esse tipo de terapia é de base analítica e tem um número limitado de sessões com foco nas principais problemáticas que configuram a disfuncionalidade da família e produzem os sintomas que se apresentam como queixa. Esta modalidade de terapia teve início na década de 1960 com os estudos da Escola de Palo Alto, Califórnia ou Escola Estratégica/Centrada no Problema.
- (E) As Psicoterapias Breves Psicodinâmicas (PBPs) são assim denominadas por visarem atendimentos de curto prazo e que sigam orientações embasadas na teoria psicanalítica. Essa modalidade de psicoterapia, para ser considerada breve, deve, além de ser circunscrita no tempo, obedecer a outros critérios, como por exemplo, o estabelecimento de um foco a ser trabalhado, a definição dos objetivos a serem alcançados e a existência de um planejamento de estratégias.

37. Assinale a opção INCORRETA.

- (A) Apesar da grande diversidade de modelos e concepções em psicoterapia, pode-se dizer que as mesmas apresentam alguns importantes elementos comuns. São eles: a) necessidade de uma relação de confiança emocionalmente carregada em relação ao terapeuta; b) crença por parte do paciente de que o terapeuta irá ajudá-lo e de que os objetivos serão alcançados; e c) pressuposição da existência de uma modelo conceitual que prevê uma explicação possível para o sintoma/ problema e um procedimento para ajudar o paciente a resolvê-lo.
- (B) A chamada “revolução cognitiva” contribui na revitalização do interesse pela relação terapêutica. De fato, a orientação cognitiva (e mais concretamente as perspectivas construtivistas) considera a aliança terapêutica como o cerne do processo terapêutico.

- (C) O modelo cognitivo-comportamental proposto por Aaron T. Beck e colaboradores é uma prática bem fundamentada, com um vasto número de evidências para sua aplicação como adjuntiva ao tratamento da depressão. Parte do pressuposto de que pacientes deprimidos têm uma visão distorcida a respeito de si mesmos, do mundo e do futuro. Assim, as intervenções focam na modificação de comportamentos visando aliviar suas reações emocionais e desenvolver estratégias de enfrentamento.
- (D) O protocolo de intervenção da terapia cognitivo-comportamental busca psicoeducar sobre o modelo cognitivo e sua aplicabilidade; evidenciar a interferência dos pensamentos nas ações e emoções do paciente; desenvolver habilidades sociais; ensinar técnicas para facilitar a confrontação de pensamentos negativistas; aplicar tarefas comportamentais e treino de habilidades sociais, facilitando o enfrentamento e tomada de decisões.
- (E) O que é a coesão e como ela influencia o resultado terapêutico? A resposta mais simples é que a coesão é o análogo na terapia de grupo do relacionamento na terapia individual. A coesão é amplamente definida como o resultado de todas as forças que agem sobre todos os membros, de maneira que permaneçam no grupo ou, de forma mais simples, a atração de um grupo por seus membros. Os membros de um grupo coeso sentem afeto, conforto e um sentido de pertencimento no grupo. Eles valorizam o grupo e sentem que são valorizados, aceitos e amparados pelos outros membros.

38. Assinale a opção INCORRETA.

- (A) O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira.
- (B) A ligação aos movimentos inovadores de saúde mental em nível global foi também uma constante da reforma brasileira. Inicialmente influenciada pelas reformas psiquiátricas levadas a cabo na Europa (em particular na Itália), a experiência brasileira foi depois enriquecida pelos desenvolvimentos registrados na integração da saúde mental à atenção primária após Alma-Ata e desempenhou um papel importante na iniciativa de reestruturação dos serviços psiquiátricos da América Latina, que se seguiu à Declaração de Caracas.
- (C) O Programa “De Volta para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas por transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.
- (D) O Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançaram, em 2019, a NOTA TÉCNICA nº 11 – com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Estas mudanças retomam a defesa de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e o fato de que o SUS deverá financiar as comunidades terapêuticas como dispositivo da atenção psicossocial, em consonância com os princípios básicos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.
- (E) A base legal da política de assistência à saúde mental, plano nacional, é: a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica; a Portaria MS/GM nº 336/2002, que define as modalidades de centros de atenção psicossocial, modelo de base comunitária, assegurador da cidadania da pessoa com transtorno mental; e a Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), postulando a redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de substâncias psicoativas.

39. Assinale a opção que apresenta a correspondência CORRETA.

1. Classificação Simples
2. Descrição
3. Classificação nosológica
4. Diagnóstico diferencial
5. Avaliação compreensiva
6. Entendimento dinâmico

- () Ultrapassa o objetivo anterior, por pressupor um nível mais elevado de inferência clínica, havendo uma integração de dados com base teórica. Permite chegar a explicações de aspectos comportamentais nem sempre acessíveis na entrevista, à antecipação de fontes de dificuldades na terapia e à definição de focos terapêuticos, etc.
- () É determinado o nível de funcionamento da personalidade. São examinadas as funções do ego, em especial a de *insight*, e as condições do sistema de defesas, para facilitar a indicação de recursos terapêuticos e prever a possível resposta aos mesmos.
- () São investigadas irregularidades ou inconsistências do quadro sintomático para diferenciar as alternativas diagnósticas, os níveis de funcionamento ou a natureza da patologia.
- () Hipóteses iniciais são testadas, tomando como referência critérios diagnósticos.
- () Ultrapassa a classificação simples, interpretando diferenças de escores, identificando forças e fraquezas e descrevendo o desempenho do paciente, como em uma avaliação de déficits neuropsicológicos.
- () O exame compara a amostra do comportamento do examinando com os resultados de outros sujeitos da população geral ou de grupos específicos, com condições demográficas equivalentes. Esses resultados são fornecidos em dados quantitativos, classificados sumariamente, como em uma avaliação de nível intelectual.

- (A) 1, 2, 3, 4, 5, 6
- (B) 6, 5, 4, 3, 2, 1
- (C) 1, 3, 5, 2, 4, 6
- (D) 2, 4, 6, 1, 3, 5
- (E) 1, 6, 5, 2, 4, 3

40. Assinale a opção CORRETA.

- I. A Psicologia no Brasil ofereceu atenção para a temática dos direitos humanos, por meio da publicação de seu código de ética do profissional e da Resolução nº 01/1999, que estabelece que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão e que os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados;
- II. Quanto à situação de greve, que é permitida ao psicólogo, o código de ética profissional da categoria enfatiza, como condição legitimadora, a necessidade de “prévia comunicação da paralisação aos usuários ou beneficiários dos serviços atingidos pela mesma”;
- III. Os psicólogos não se utilizarão de instrumentos ou técnicas psicológicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas, estereótipos ou discriminação racial.
- IV. O sigilo profissional do psicólogo somente poderá ser violado em caso de denúncia diante de casos de violência contra crianças e adolescentes.

- (A) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
- (B) Somente as proposições I, III e IV estão corretas.
- (C) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
- (D) Somente as proposições II e IV estão corretas.
- (E) Somente as proposições I e III estão corretas

41. Assinale a opção INCORRETA.

- (A) A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal, é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.
- (B) O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.
- (C) A noção de universalidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.
- (D) A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.
- (E) A hierarquização dos serviços diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações.

42. Assinale a correspondência CORRETA.

1. Descentralização
2. Hierarquização
3. Regionalização

- () A constituição de regiões de saúde considerando as características semelhantes e também a rede de atenção à saúde, características populacionais, situação de saúde, indicadores e outros fatores objetivando a melhor gestão do sistema e favorecendo ações mais localizadas para minimizar os problemas da comunidade.
- () Uma redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior a possibilidade do acerto.
- () As ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (primário, secundário, terciário e quaternário). Isso significa que o paciente deve entrar no sistema por meio de um posto de saúde (atenção primária) ou de um pronto-socorro (urgência ou emergência) e, se houver necessidade, o paciente deve ser encaminhado a um centro de maior complexidade.

- (A) 2, 1, 3
- (B) 2, 3, 1
- (C) 1, 2, 3
- (D) 3, 2, 1
- (E) 3, 1, 2

43. Assinale a opção que NÃO se relaciona com a Política de Humanização do SUS.

- (A) A inclusão de todos os sujeitos nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Incluir implica a construção de espaços coletivos para pôr em contato, em relação, sujeitos para que, no encontro, produzam entendimentos e ações comuns. Em outras palavras: promover o cotejamento de diferenças entre sujeitos para a construção de processos de corresponsabilização na gestão e no cuidado e pelos encargos que daí derivam.
- (B) A defesa dos direitos dos usuários: o SUS reconhece que os usuários são portadores de direitos na saúde, os quais perpassam tanto a gestão do sistema (sistema colegiado de gestão do SUS e de seus serviços), como a relação clínica e da saúde coletiva. Reconhecer direitos requer a percepção do estatuto de sujeitos das alteridades (individuais e coletivas), cujas referências e patamares foram consensuados e pactuados como relações sociais. Os direitos dos usuários - estatuto ético-político - devem (1) pautar e marcar a organização dos processos de trabalho e orientar as práticas clínicas e de saúde coletiva. Além disto, pressupõe a (2) construção de contratos de corresponsabilização, síntese entre "mandato social dos trabalhadores da saúde" e os "direitos dos usuários", polos antinômicos. Dessa forma, a tensão entre direitos e deveres dos usuários toma o lugar da construção compartilhada do cuidado, que significa reconhecer direitos e mandatos sociais, os quais se atualizam na construção de cuidado singular.
- (C) O conceito de humanização foi estabelecido, a princípio, a partir de dois programas de saúde no setor privado brasileiro, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado através da Portaria nº 881, de 19 de junho 2001 e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado através da Portaria nº 569/GM, em 1º de junho de 2000. Porém, ambas se limitavam à área hospitalar.
- (D) A ambiência: o trabalho e o cuidado em saúde acontecem, entre outros, em espaços das organizações da saúde. Estes espaços de trabalho nem sempre respondem aos interesses imediatos dos usuários e trabalhadores, obedecendo, também, a outros interesses e a lógicas institucionais multi-interessadas. A produção de sujeitos e de saúde decorre, também, da organização dos espaços de trabalho, os quais devem refletir princípios e diretrizes do SUS, quanto à humanização da saúde.
- (E) A humanização significa pôr os sujeitos, as pessoas, em primeiro lugar na construção do cuidado e da gestão. Nesta perspectiva, a reconstrução dos espaços de trabalho deve ser um exercício coletivo para (1) adequar o ambiente de trabalho às diretrizes de reorganização dos processos de trabalho (em equipe e cogерidos) e (2) responder aos interesses dos trabalhadores da saúde e dos usuários (ambiente acolhedor, agradável, como dispositivo de produção de bem-estar e de saúde).

44. Leia as proposições e assinale a opção CORRETA, no que diz respeito aos princípios estabelecidos pela Política de Humanização do SUS.

- I. Transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, fomentando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, borrar a ponto de negar especificidades, senão colocando-as em relação, em rede, para diferenciá-las;
 - II. Aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas - também construções históricas - são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização;
 - III. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - IV. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática.
- (A) Somente as questões I e II estão corretas.
 - (B) Somente as questões II e III estão corretas.
 - (C) Somente as questões I e IV estão corretas.
 - (D) Somente as questões III e IV estão corretas.
 - (E) Todas as questões estão corretas.

45. Analise as proposições e marque a opção CORRETA.

- I. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.
- II. O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem: 1) a despolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; 2) a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; 3) o financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.
- III. O pacto em Defesa do SUS objetiva discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Repolitizar o debate em torno do SUS, para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira, retomando seus princípios declarados na Constituição Federal. O SUS é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde. Embora esse propósito muitas vezes seja desvirtuado por interesses diferentes, é fundamental que a sociedade compreenda a importância da política pública para a efetivação dos seus direitos.
- IV. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimento – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.

- (A) Somente as proposições I,II e III estão corretas.
- (B) Somente as proposições I,II e IV estão corretas.
- (C) Somente as proposições II,III e IV estão corretas.
- (D) Somente as proposições I,III e IV estão corretas.
- (E) Todas as proposições estão corretas.

46. Assinale a opção INCORRETA quanto aos Transtornos Obsessivos-Compulsivos (TOC):

- (A) O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado uma das maiores causas de incapacitação para o trabalho e para a vida acadêmica, uma vez que, em 10% dos casos, sua sintomatologia mostra-se tão incapacitante quanto os sintomas encontrados em pacientes esquizofrênicos.
- (B) Dentre as principais características do TOC estão: 1) as obsessões, que são pensamentos ou imagens recorrentes que possuem certa persistência, e que são classificados como intrusivos, ou seja, surgem na mente sem o “consentimento” do sujeito; 2) as compulsões, que são comportamentos repetitivos (rituais ou atos mentais) quando a pessoa sente-se compelida a executar em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.
- (C) O modelo cognitivo para o TOC tem base empírica e propõe que as interpretações distorcidas são as responsáveis pelo fato de certos pensamentos intrusivos assumirem um significado diferente para o sujeito, ativando pensamentos automáticos de conteúdo negativo ou catastrófico e emoções desagradáveis como a ansiedade, o desconforto, o medo e a depressão. Em decorrência destas interpretações distorcidas, o indivíduo acaba desenvolvendo estratégias para neutralizá-las.
- (D) Os critérios diagnósticos do TOC são os seguintes: 1) pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas que causam acentuada ansiedade ou sofrimento; 2) tentativas de ignorar os pensamentos, impulsos e imagens através das compulsões; 3) sofrimento clinicamente significativo em razão das obsessões e compulsões; 4) definição sobre os sintomas não são causados por outra condição médica.
- (E) O TOC pode ter início a partir da adolescência. Quando não é tratado, seu curso é em geral crônico, com flutuação da sintomatologia ao longo da vida do sujeito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Por conta da cronicidade e de seu início precoce, torna-se importante aprofundar o entendimento sobre essa condição na adolescência, o que permitirá o desenvolvimento de práticas de intervenção nos estágios iniciais, visando ao diagnóstico e ao tratamento na fase inicial do adoecimento.

47. Assinale a opção que NÃO é referente à Estratégia da Saúde da Família.

- (A) A acessibilidade e a utilização (acesso realizado) são atributos essenciais da atenção primária porque se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção. Além disso, a atenção primária é mais eficaz quando se concentra na pessoa (e não em uma doença ou órgão, como é o caso das especialidades médicas focais) e cria um vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde durante o curso da vida.
- (B) O termo *comprehensiveness* (cuidados integrais e abrangentes) refere-se à disponibilidade de uma ampla gama de serviços na atenção primária e sua provisão adequada em todo o espectro de necessidades da população, exceto para os problemas incomuns, por um provedor de atenção primária. Isso inclui serviços que promovem e preservam a saúde, previnem as doenças, lesões e disfunções, tratam doenças, incapacidades e desconfortos, desde que essas necessidades sejam prevalentes. Os profissionais da atenção primária devem manter a competência em lidar com os problemas prevalentes, que ocorrem em pelo menos dois de cada mil habitantes ao longo de um ano, o que os faz buscar os serviços de saúde.
- (C) O Programa Saúde da Família – PSF surge na década de 90, concebido pelo Ministério da Saúde como um programa vertical a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper a epidemia de cólera. No entanto, politicamente, observou-se no PSF uma oportunidade histórica para a reorganização dos serviços de saúde e mudança do modelo assistencial em larga escala. Nasce com o propósito de superação da assistência à saúde, que encontrava-se ineficiente, marcada por iniquidades, descontentamento da população e desqualificação profissional.
- (D) A ESF é operacionalizada através de equipes multiprofissionais em Unidade Básica de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por: médica/o generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Além dessa composição, as equipes podem contar também com cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.
- (E) Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

48. Assinale a opção INCORRETA, no que diz respeito ao plano terapêutico singular.

- (A) É composto por 4 etapas: 1) diagnóstico; 2) definição de metas; 3) divisão de responsabilidades; 4) reavaliação.
- (B) O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo, que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário.
- (C) O projeto terapêutico singular, de acordo com o princípio de hierarquização, deve ser desenvolvido em contextos de serviços de alta complexidade.
- (D) O diagnóstico deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.
- (E) A maior parte dos estudos sobre o projeto terapêutico singular - PTS como ferramenta prática no trabalho em saúde mental descreve seu processo de implantação e resultados em serviços com oferta de cuidados mais intensivos ou especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Os resultados dos estudos conduzidos em CAPS mostram o PTS como ferramenta potente no cuidado aos sujeitos atendidos por esses serviços, proporcionando o resgate da autonomia e das relações no contexto de vida dos indivíduos e suas famílias.

49. Assinale a opção que NÃO se refere aos fatores de risco da depressão pós-parto.

- (A) Histórico de episódios depressivos pessoais anteriores à gestação.
- (B) Presença de estresse na gestação.
- (C) Parto via vaginal.
- (D) Idealização da maternidade.
- (E) Exposição à violência por parceiro íntimo no ciclo gravídico puerperal.

50. Leia as proposições e marque a opção CORRETA.

- I. Anorexia nervosa é um dos principais transtornos alimentares, cuja maior característica é a perda de peso de uma forma intensa a custo de dietas extremamente rígidas, chegando-se a ficar com fome por horas, em uma busca sem limites pela magreza excessiva. No grego, o nome anorexia quer dizer *an* (ausência) *norexís* (apetite), o que pode significar aversão à comida e ao alimento, enjoo ou inapetência. A ausência da prática de indução ao vômito é a principal característica que a diferencia da bulimia nervosa.
 - II. Transtornos alimentares (TA) são doenças mentais que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar tanto a prejuízos psicológicos quanto sociais e estão relacionados ao aumento de morbidade e mortalidade. Podem atingir pessoas de todas as classes sociais, raças, graus de escolaridade e sexo. Anorexia e bulimia são suas expressões mais graves e estão associadas a quadros clínicos de desnutrição, com alterações metabólicas, gastrintestinais, endócrinas e renais.
 - III. Na maioria dos casos, o perfil dos pacientes com transtornos alimentares (TA) são adolescentes do sexo feminino, caucasianas, e alto nível socioeconômico e cultural. Entretanto, no cenário contemporâneo, o diagnóstico também é dado para menores do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes, em pacientes com nível sócio econômico e cultural baixo, com idades entre 12 e 25 anos. Os TA mais comuns são a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Ambas possuem causas multifatoriais, relacionadas com um somatório de fatores biológicos, psíquicos, sociais, familiares e ambientais.
 - IV. Quanto à bulimia nervosa, o início da patologia é mais tardio que o da anorexia, ocorre mais no final da adolescência, entrando no início da vida adulta, sendo um transtorno alimentar de maior prevalência. A bulimia é caracterizada por ser rápida e com grande ingestão de comida gerando na pessoa uma sensação de perda do controle do tanto de alimentos que ingere, fazendo com que o adolescente afetado pratique métodos inadequados para o emagrecimento rápido, tais como, vômito induzido, uso de medicamentos pra emagrecimento rápido sem uma orientação médica, dietas e exercícios físicos inadequados e drogas.
- (A) Somente as proposições I, II e III estão corretas.
 - (B) Somente as proposições I, II e IV estão corretas.
 - (C) Somente as proposições II, III e IV estão corretas.
 - (D) Somente as proposições I, III e IV estão corretas.
 - (E) Todas as proposições estão corretas.