



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS CORREIA-PI
CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 01/2016



Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

CARGO
PSICÓLOGO

DATA: 17/07/2016

HORÁRIO: das 08 às 12 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** ou **azul 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 I a seguir, para responder às questões de 01 a 04.

Texto I

Medo, ansiedade e pânico

Conhecendo melhor os sintomas de medo, ansiedade e pânico.

01 Muita coisa atemoriza as pessoas nas sociedades modernas. Só para ficar na área da saúde, duas
02 grandes ameaças povoam as mentes: o infarto do miocárdio e a AIDS. Quem já não tomou conhecimento das
03 terríveis consequências do infarto cardíaco? E a AIDS, então? Quantos já não sentiram o temor de sua presença
04 ao aparecerem sintomas inesperados? Ter medo e ansiedade diante de coisas assim, dentro de certos limites, é
05 normal. Trata-se de uma resposta do organismo diante de uma ameaça objetiva à própria existência. Sabemos o
06 que nos ameaça e reagimos.

07 Medo e ansiedade são, portanto, sentimentos comuns, normais, que servem para nos proteger. Ambos
08 são muito parecidos, primos mesmo. O medo geralmente se refere a um objeto ou a uma situação muito definida.
09 Temos medo do perigo imediato. Já a ansiedade se caracteriza por uma sensação desagradável de tensão e
10 apreensão. Fazendo antecipar um perigo futuro, que pode ou não acontecer. No entanto, ambos são sentimentos
11 úteis. O medo protege do perigo e salvaguarda nossa integridade física. Já a ansiedade, enquanto resposta
12 emocional a uma situação, também pode nos estimular na realização de uma tarefa, tornando-nos atentos,
13 melhores.

14 Quando, porém, a ansiedade vem sem causa aparente ou em intensidade exagerada torna-se
15 prejudicial. Aí é hora de buscar socorro médico. Primeiro, porque os sintomas são desagradáveis. Em seguida,
16 porque nossa capacidade intelectual é atingida. Realmente, a ansiedade diminui a capacidade de pensar com
17 clareza, de julgar apropriadamente, de aprender com eficiência ou de recordar coisas com precisão. Finalmente,
18 ela altera uma série de funções vegetativas do organismo (que ocorrem de modo independente suores da
19 vontade). Passamos a apresentar suores internos, tremores, tonturas, batedeiras, sudoreses, aumento no
20 número de micções, dificuldade para dormir e uma terrível e persistente sensação de cansaço.

21 Mas, afinal, por que temos ansiedade em excesso? Provavelmente, esse sentimento é uma
22 manifestação de conflitos não resolvidos. Ou porque conhecemos o problema e não temos segurança ou clareza
23 para resolvê-lo ou porque trazemos, inconscientemente, problemas não resolvidos de infância em relação a
24 emoções como hostilidade, insegurança etc. Assim, a auto-ansiedade se alimenta, porque à medida que a
25 sentimos em função de um sintoma tornamo-nos mais ansiosos. Tradicionalmente, combate-se a ansiedade
26 afastando a pessoa da situação de conflito e dando-lhe – por meio de psicoterapia – munição para lidar com
27 seus conflitos.

28 Recentemente reconheceu-se um tipo de situação que ocorre com muita frequência: a síndrome de
29 pânico. Trata-se de um caso particular de crise de ansiedade não controlada, que alcança o nível do pânico. Os
30 pacientes apresentam a síndrome sem qualquer causa aparente. Além da sensação de angústia, eles podem ter
31 crises de pressão alta, batedeiras, falta de ar, náuseas, dores no peito e na cabeça, muitas vezes acompanhadas
32 de sensações de morte iminente. Essas características são tão assustadoras que acabam destruindo a estrutura
33 psíquica do paciente, que pode se tornar bastante deprimido. Como ele não entende o que está acontecendo,
34 julga estar enlouquecendo e perdendo o autocontrole.

35 Desenvolve-se, a partir daí, uma ansiedade por antecipação, temendo uma nova crise. Não raro aparece
36 um medo fóbico de situações que, no julgamento do paciente, podem desencadear uma crise. Muitos passam a
37 não sair de casa e até deixam de dirigir automóvel, na tentativa infrutífera de se livrar do pânico. A imensa
38 maioria dos pacientes faz inúmeras visitas a prontos-socorros, com pressão alta, taquicardia, queda da taxa de
39 açúcar no sangue etc. Nessas ocasiões, porém, ficam reconfortados, pois os exames que são obrigados a fazer
40 resultam normais. Só que as crises continuarão, até que o diagnóstico seja estabelecido. Hoje, uma série de
41 medicamentos pode ser eficientemente utilizada nesses casos, tornando as crises esparsas, de fraca
42 intensidade, até se conseguir, finalmente, evitá-las. Assim, se o medo e a ansiedade ficarem muito intensos, não
43 se desespere: seu médico tem muito a fazer por você.

MEDO, ansiedade e pânico. Artur Beltrame Ribeiro. Disponível em: <http://super.abril.com.br/ciencia/medo-ansiedade-e-panico>. Acesso em: 22/04/2016.

01. De acordo com o a leitura e interpretação do texto I, analise as afirmações como verdadeiras ou falsas e, em seguida, assinale a opção CORRETA.
- I. De acordo com o texto, medo e ansiedade são sentimentos normais e próprios do ser humano, uma vez que ajudam o homem tanto a se proteger como o estimulam na realização de tarefas, fazendo com que as pessoas se tornem melhores;
 - II. Problemas sérios de saúde como o infarto do miocárdio e a AIDS são fatores que normalmente provocam temor nas pessoas atualmente, mas, quando o temor é apenas uma resposta a uma ameaça à própria existência, ele é saudável;
 - III. A ansiedade só precisa ser vista como um problema quando prejudica o bem-estar do indivíduo, apresentando-se sem causa aparente ou, mesmo, dificultando a pessoa de sair de casa ou até mesmo de dirigir;
 - IV. Uma causa provável para a existência da ansiedade em excesso seria por uma manifestação de conflitos não resolvidos, seja por a pessoa conhecer o problema e não se sentir em condições de resolvê-lo seja por o problema acompanhar a pessoa desde a infância e aparecer para ela de forma inconsciente.
- (A) V; V; F; F. (D) V; V; F; V.
(B) F; V; V; F. (E) F; V; F; V.
(C) V; F; F; V.
02. De acordo com as construções de sentidos do texto I, assinale a opção CORRETA.
- I. No terceiro parágrafo, quando o locutor utiliza as expressões “Primeiro”, “Em seguida” e “Finalmente”, ele está utilizando-se de uma estratégia linguística, para organizar as informações do parágrafo em ordem de importância. Nesse caso, as três expressões equivaleriam a primeiro, segundo e terceiro fatores mais prejudiciais à pessoa que tem ansiedade em excesso;
 - II. Os usos de “ou”, na primeira e na terceira ocorrência do segundo período do quarto parágrafo, organizam duas situações: conhecer o problema e não ter segurança ou clareza para resolvê-lo e trazer, inconscientemente, problemas não resolvidos de infância em relação a emoções como hostilidade, insegurança etc.. De acordo com o texto, necessariamente, uma pessoa apresenta apenas uma dessas causas prováveis para o medo em excesso, uma vez que se tem uma ou outra;
 - III. “Medo e ansiedade” ocupa a função de sujeito da primeira oração do primeiro período do segundo parágrafo, que é classificado como composto, uma vez que possui dois núcleos. Por se tratar de um sujeito composto, há a concordância do verbo, que é usado na terceira pessoa do plural, e do predicado nominal, também no plural. A expressão “Ambos”, utilizada no segundo período do mesmo parágrafo, refere-se a esse sujeito composto, retomando o seu sentido, e, por isso, também aparece no plural.
- (A) Apenas a afirmação I é verdadeira.
(B) Apenas a afirmação II é verdadeira.
(C) Apenas a afirmação III é verdadeira.
(D) As afirmações I e II são verdadeiras.
(E) As afirmações II e III são verdadeiras.
03. Ainda de acordo com o texto I, assinale a opção INCORRETA acerca dos usos de sinais de pontuação.
- (A) No trecho do segundo parágrafo “O medo geralmente se refere a um objeto ou a uma situação muito definida”, se colocássemos uma vírgula antes e outra depois do advérbio de modo “geralmente”, não haveria perda de sentido e nem erro gramatical somente se pospúséssemos o pronome ao verbo em “se refere”, modificando para “refere-se”.
 - (B) No trecho do quinto parágrafo “Recentemente reconheceu-se um tipo de situação que ocorre com muita frequência”, uma vírgula poderia ter sido colocada após o advérbio de tempo “Recentemente” sem prejuízo de sentido e sem incorrer em erro gramatical.
 - (C) No trecho “Finalmente, ela altera uma série de funções vegetativas do organismo (que ocorrem de modo independente suores da vontade)”, os parênteses intercalam no texto uma informação que esclarece o assunto, embora o que esteja sendo dito não dependa propriamente dessa informação.
 - (D) No trecho “Assim, se o medo e a ansiedade ficarem muito intensos, não se desespere”, se o “não”, após a intercalação, fosse suprimido, para não acontecer um erro gramatical, obrigatoriamente, o pronome deveria pospor o verbo: “Assim, se o medo e a ansiedade ficarem muito intensos, desespere-se”.
 - (E) No trecho “Hoje, uma série de medicamentos pode ser eficientemente utilizada nesses casos, tornando as crises esparsas, de fraca intensidade, até se conseguir, finalmente, evitá-las”, se o locutor tivesse colocado mais duas vírgulas, antes e depois do advérbio “eficientemente”, o período ficaria com um excesso de sinais de pontuação, oito vírgulas num único período, além de ficar inadequado gramaticalmente.

04. Considerando os aspectos morfossintáticos dos períodos e orações da língua portuguesa, analise o trecho do texto III a seguir e marque a opção CORRETA: “Muita coisa atemoriza as pessoas nas sociedades modernas”.
- (A) O sujeito da oração é simples e classificado como oculto, formado pelo adjetivo “muita” e pelo substantivo “coisa”.
 - (B) O predicado verbal é formado por um verbo transitivo direto (núcleo do predicativo), por um objeto direto e por um adjunto adverbial.
 - (C) O sujeito da oração é simples, formado por um adjetivo, que exerce a função de adjunto adnominal, e por um substantivo, que é o núcleo do sujeito.
 - (D) O objeto direto que se localiza no interior do predicado é formado pelo artigo “as” e pelo substantivo “pessoas”, que recebe o complemento nominal “nas sociedades modernas”.
 - (E) A expressão “nas sociedades modernas” não pode atuar como adjunto adverbial, pois se refere ao substantivo “pessoas”.

Leia o texto II a seguir, para responder às questões de 05 a 09.

Texto II

O Homem Que Não Tinha Nada (Projota / Compositor: José Tiago Pereira Sabino)

O homem que não tinha nada acordou bem cedo
Com a luz do sol já que não tem despertador
Ele não tinha nada, então também não tinha medo
E foi pra luta como faz um bom trabalhador

O homem que não tinha nada enfrentou o trem lotado
Às sete horas da manhã com sorriso no rosto
Se despediu de sua mulher com um beijo molhado
Pra provar do seu amor e pra marcar seu posto

O homem que não tinha nada tinha de tudo
Artrite, artrite, diabetes e o que mais tiver
Mas tinha dentro da sua alma muito conteúdo
E mesmo sem ter quase nada ele ainda tinha fé

O homem que não tinha nada tinha um trabalho
Com um esfregão limpando aquele chão sem fim
Mesmo que alguém sujasse de propósito o assoalho
Ele sorria alegremente, e dizia assim:

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar)
O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo (ninguém), então me deixe tentar

O homem que não tinha nada tinha Marizete
Maria Flor, Marina, Mário, que era o seu menor
Um tinha nove, uma doze, outra dezessete
A de quarenta sempre foi o seu amor maior

O homem que não tinha nada tinha um problema
Um dia antes mesmo foi cortada a sua luz
Subiu no poste experiente, fez o seu esquema
Mas à noite reforçou o pedido pra Jesus

O homem que não tinha nada seguiu a sua trilha
Mesmo caminho, mesmo horário, mas foi diferente
Ligou pra casa pra dizer que amava sua família
Acho que ali já pressentia o que vinha na frente

O homem que não tinha nada
Encontrou outro homem que não tinha nada
Mas este tinha uma faca
Querida o pouco que ele tinha, ou seja, nada
Na paranoia, noia que não ganha te ataca

O homem que não tinha nada agora já não tinha vida
Deixou pra trás três filhos e sua mulher
O povo queimou pneu, fechou a avenida
E escreveu no asfalto "saudade do Josué"

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar)
O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo (ninguém), então me deixe tentar

Então me deixe tentar
Então me deixe tentar
Então me deixe tentar

Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/projota/o-homem-que-nao-tinha-nada/> (Acesso em: 01/05/2016)

05. De acordo com a leitura e interpretação do texto II, julgue as afirmativas a seguir e assinale a opção CORRETA.
- I. Em se tratando de uma letra de música, pode-se afirmar que o texto II está relacionado com a realidade de homens reais que também “não têm nada”, que moram em comunidades pobres e que, ocasionalmente, são vítimas da violência urbana. Dessa forma, a história de “Josué” é a mesma de muitos cidadãos brasileiros que vivem em grandes cidades;
 - II. Ao longo do texto, tem-se acesso a detalhes da vida pessoal de um cidadão, como o fato de ele ser um homem religioso, de já ter experiência em subir no poste para religar a energia de casa, de ser um pai de família que liga para casa do trabalho. Porém, não há elementos linguísticos que permitem afirmar que “o homem que não tinha nada” se chamava Josué;
 - III. O locutor nos conta a história de um homem que saiu de casa pela manhã para trabalhar, e que, quando saía do trabalho, ao final do dia, foi vítima de um assalto e veio a falecer. Porém, enquanto narra a história, o locutor faz acréscimos de informações sobre a vida desse homem e vai inserindo, na história contada, detalhes da vida particular do personagem principal;
 - IV. É possível afirmar com certeza que “O homem que não tinha nada” é o personagem principal dessa história, que é contada a partir de uma letra de música, de modo que todas as informações, de alguma forma, giram em torno desse personagem. Porém, não há elementos linguísticos suficientes que permitem afirmar que se trata de uma história verdadeira.
- (A) As opções I e II estão corretas.
(B) As opções II, III e IV estão corretas.
(C) As opções III e IV estão corretas.
(D) As opções II e III estão corretas.
(E) As opções I, III e IV estão corretas.
06. Levando em consideração o exposto no texto II, pode-se afirmar que:
- (A) “O homem que não tinha nada” é uma denominação genérica para um cidadão que, apesar de ter poucas posses patrimoniais, possuía um trabalho, uma família e fé.
(B) “O homem que não tinha nada” morava na favela e trabalhava em serviços gerais num *shopping*, onde constantemente encontrava pessoas que faziam questão de sujar o assoalho para que ele limpasse.
(C) Josué justifica a atitude do “outro homem que não tinha nada” através da declaração “O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei / Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar”.
(D) “Homem que não tinha nada” tinha uma família composta por quatro pessoas Marizete, a esposa, Marina, Mário e Maria Flor, os filhos.
(E) Ao longo do texto, é representada a história de um trabalhador que enfrenta dificuldades para manter sua família em razão da crise econômica que o Brasil atravessa.
07. Conforme a análise das tipologias textuais, analise as assertivas a seguir e marque a opção CORRETA.
- I. A tipologia poética aparece com maior frequência durante toda a letra da canção “O homem que não tinha nada”, apesar de aparecerem também as tipologias narrativa e descritiva, em menor grau, ao longo da letra.
 - II. Tem-se, na canção em análise, a representação de uma história, cujo personagem principal é “O homem que não tinha nada”; por essa característica, pode-se afirmar que a tipologia textual predominante é a narrativa, apesar de serem encontrados traços de outras tipologias ao longo do texto.
 - III. Um dos componentes que auxiliam na identificação da tipologia textual são os tempos verbais, no caso do texto analisado, encontram-se uma grande quantidade de verbos no pretérito perfeito do modo indicativo, o que indica a tipologia descritiva como predominante na narração dos acontecimentos.
- (A) Apenas a afirmação I está correta.
(B) Apenas a afirmação II está correta.
(C) Apenas a afirmação III está correta.
(D) Apenas as afirmações I e II estão corretas.
(E) Apenas as afirmações I e III estão corretas.
08. Sobre os tipos de discurso empregados para a construção do Texto II “O homem que não tinha nada”, julgue as afirmações a seguir, atribuindo V para verdadeiro ou F para falso. Em seguida, assinale a opção CORRETA.
- () Por se ter um narrador observador no texto “O homem que não tinha nada”, há a predominância do discurso direto, em que este apresenta a história de Josué por um viés subjetivo.
() O narrador mescla os discursos direto e indireto no interior da narrativa, o que possibilita a categorização desse discurso como indireto livre.

- () Por apresentar um narrador personagem, o texto se apresenta inteiramente em discurso indireto.
- () Apesar de o texto se apresentar em discurso predominantemente indireto, têm-se passagens em que há a presença do discurso direto, ocorrendo uma alternância entre estes dois tipos de discurso no interior do texto.
- () Por se encontrar em discurso indireto livre, o narrador pode fazer uso tanto do discurso direto quanto do discurso indireto para construir a sua fala, mas o discurso do personagem é sempre indireto.

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

09. Analise as afirmativas e assinale a opção CORRETA, com base no período a seguir: “O homem que não tinha nada enfrentou o trem lotado”.

- (A) O período em questão é composto por coordenação, apresentando uma oração principal e uma oração coordenada adjetiva que se liga ao sujeito da oração, caracterizando-o.
- (B) O período é simples, pois o verbo “ter” apresentado no interior da expressão “que não tinha nada” deve ser desconsiderado em virtude de se encontrar no interior de adjunto adnominal que qualifica “O homem”.
- (C) O período é simples por conter apenas uma oração, sendo essa categorizada como oração assindética por não apresentar conjunção, mas um pronome relativo que estabelece a relação entre o sujeito e o adjunto adnominal.
- (D) O período é composto por subordinação, em que uma oração adjetiva restritiva exerce a função de adjunto adnominal no interior da oração principal.
- (E) O período é composto por subordinação em virtude de o verbo “enfrentar” ser transitivo direto e solicitar o complemento de um objeto direto.

10. Assinale V para verdadeiro ou F para Falso, em seguida, marque a opção CORRETA, levando em consideração: pessoa, número, modo e tempo dos verbos a seguir: arrefeceu, abrigasses, mantivéramos.

- () O verbo “arrefecer” está conjugado na terceira pessoa do singular no tempo pretérito perfeito do modo indicativo.
- () O verbo “abrigar” está conjugado na segunda pessoa do singular no tempo futuro do modo subjuntivo.
- () As formas verbais “arrefeceu” e “abrigasses” se encontram no tempo pretérito perfeito, mas uma está no modo indicativo e a outra no modo subjuntivo.
- () A forma verbal “mantivéramos” está conjugada na primeira pessoa do plural do tempo futuro do pretérito do modo indicativo.
- () A forma verbal “mantivéramos” está conjugada na primeira pessoa do plural do tempo pretérito imperfeito do modo subjuntivo.

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

LEGISLAÇÃO DO SUS

11. Assinale a opção que define Vigilância Sanitária conforme a Lei 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS).
- (A) Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
 - (B) 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.
 - (C) Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
 - (D) Um conjunto de ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (E) Um conjunto de ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
12. 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. São instrumentos de planejamento da Regionalização:
- (A) Plano Diretor de Regionalização – PDR; Plano Diretor de Investimento – PDI e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.
 - (B) Plano Divisor de Regionalização – PDR; Plano Diretor de Insumos – PDI e Programação Pactuada Integradora – PPI.
 - (C) Plano Plurianual de Saúde – PPS; Relatório de Gestão de Saúde – RGS e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.
 - (D) Plano Plurianual de Saúde – PPS; Plano Diretor de Insumos – PDI e Programação Pactuada Integradora – PPI.
 - (E) Plano Diretor de Regionalização – PDR; Relatório de Gestão de Saúde – RGS e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.
13. 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. Nas diretrizes operacionais são estabelecidas seis prioridades pactuadas. Assinale a alternativa que corresponde as estas prioridades.
- (A) Saúde do Adulto; controle do câncer de próstata; redução mortalidade infantil e desnutrição; hanseníase, tuberculose; vigilância sanitária; fortalecimento da Atenção Básica.
 - (B) Saúde do Idoso, controle do câncer de colo de útero e da mama; redução da mortalidade materna e infantil; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da Atenção Básica.
 - (C) Saúde da Mulher; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da fome e desnutrição infantil; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; prevenção de doenças crônicas; fortalecimento da Atenção Básica.
 - (D) Saúde da Criança; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da violência intrafamiliar; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; vigilância à saúde; fortalecimento da Atenção Básica.
 - (E) Saúde do Adolescente; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da mortalidade infantil; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da Atenção Básica.

14. A Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define as Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Atualmente as redes prioritárias para o Ministério da Saúde são: Rede Cegonha, Rede Psicossocial, Rede de Pessoas com Deficiência e Rede de Urgências e Emergências. Apesar de atuarem em grupos/condições diferentes, as redes possuem temas transversais. Marque a opção CORRETA que trata destes temas.
- (A) Qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde.
 - (B) Atenção; regulação e avaliação; epidemiologia; promoção da saúde e prevenção de doenças.
 - (C) Assistência; orçamento e financiamento; gestão e organização; vigilância à saúde.
 - (D) Cuidado e assistência; organização e serviços; prevenção de doenças e promoção da saúde.
 - (E) Formação e qualificação; monitorização e fiscalização; promoção e vigilância à saúde.
15. A Política Nacional de Atenção Básica preceitua que a atenção básica deve cumprir a função de coordenar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assinale a opção que melhor representa esta função:
- (A) Gerenciar, enviar e encaminhar usuários entre os pontos de atenção das RAS.
 - (B) Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
 - (C) Coordenar, planejar e executar ações de saúde entre os pontos de atenção das RAS.
 - (D) Avaliar as ações de saúde entre os pontos de atenção das RAS.
 - (E) Desenvolver projetos terapêuticos singulares para os profissionais dos pontos de atenção das RAS executarem.
16. Marque a opção CORRETA que trata de inserção de profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família/Comunidade nas equipes de Saúde da Família.
- I. Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;
 - II. Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;
 - III. Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;
 - IV. Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família.

A opção CORRETA é:

- (A) Somente I e II estão corretas.
 - (B) Somente I e III estão corretas.
 - (C) Somente II e III estão corretas.
 - (D) Somente III e IV estão corretas.
 - (E) Todas as afirmativas estão corretas.
17. As equipes de Consultório de Rua são equipes de atenção básica, composta por profissionais de saúde com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situações de rua. Assinale a opção que trata dos locais de atuação destas equipes.
- (A) Atende somente nas ruas.
 - (B) Atende as pessoas nas ruas e nas unidades móveis.

- (C) Atende as pessoas nas ruas e nas instalações específicas.
- (D) Atende as pessoas nas ruas, nas unidades móveis e nas Unidades Básicas de Saúde.
- (E) Atende as pessoas nas ruas, bares, lanchonete e unidades móveis.
18. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são dispositivos necessários para operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Marque a opção CORRETA que trata da composição destas comissões:
- (A) Gestores da saúde, gestores da educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da Saúde, movimentos sociais e controle social.
- (B) Gestores da saúde, diretores de escolas e faculdades públicas, trabalhadores e usuários do SUS, movimentos sociais e representante dos conselhos de saúde.
- (C) Gestores da educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino público com cursos na área da Saúde, movimentos e controle social.
- (D) Gestores da educação, diretores das escolas e faculdades públicas, trabalhadores do SUS, movimentos e controle social.
- (E) Gestores da saúde, gestores da educação, trabalhadores do SUS, representantes dos conselhos de saúde, movimentos sociais e alunos.
19. A visita aberta é uma importante estratégia de trabalho lançada pela Política Nacional de Humanização. Assinale a opção CORRETA que define a visita aberta.
- (A) Dispositivo alternativo à visita domiciliar tradicional.
- (B) Dispositivo que possibilita aos agentes de saúde conhecerem melhor as casas do seu território de atuação.
- (C) Dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.
- (D) Dispositivo que negocia os processos de visitas nos serviços especializados e hospitalar.
- (E) Dispositivo que possibilita a visita aos serviços de saúde.
20. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Assinale a opção CORRETA que representa a composição do NASF tipo 2:
- (A) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 140 horas semanais. Um profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
- (B) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
- (C) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais. Dois profissionais poderão ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
- (D) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 160 horas semanais. Um profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
- (E) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 150 horas semanais. Três profissionais poderão ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CARGO

21. A entrevista é a técnica que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos etc. É um instrumento insubstituível no domínio da psicologia, principalmente na realização do exame do estado mental do paciente. A análise das funções psíquicas durante a entrevista se dá de forma separada por uma questão meramente didática, uma vez que não existem funções psíquicas isoladas e alterações psicopatológicas compartimentalizadas desta ou daquela função. É a pessoa na sua totalidade que adoece (DALGALARRONDO, 2008). Assim sendo, é INCORRETO afirmar acerca da avaliação das funções psíquicas e alterações psicopatológicas, que:
- (A) Os sintomas que as compõem são ligados estruturalmente entre si.
 - (B) Se trata de agrupamentos de sintomas que coexistem com regularidade e revelam sua origem comum.
 - (C) Existe uma relação dialética fundamental entre o conhecimento do elementar e o do global, da inserção das estruturas básicas em estruturas totalizantes que redimensionam constantemente o sentido de tais estruturas básicas.
 - (D) Cada função parcial na vida psíquica e cada aspecto da realidade psíquica só existem em vinculação estreita com toda a vida e com a realidade psíquica total.
 - (E) Tão importante quanto os sinais e os sintomas é o fundo mental e inter-humano do qual eles procedem e no qual se realizam e que afinal determinam a sua significação, o seu sentido.
22. De acordo com a definição psicológica, a consciência é considerada a soma total das experiências conscientes de um indivíduo em determinado momento. Na relação do Eu com o meio, a consciência é tida como a capacidade do indivíduo entrar em contato com a realidade, perceber e conhecer seus objetos. A consciência pode sofrer alterações tanto por processos fisiológicos normais, como por processos patológicos (DALGALARRONDO, 2008). As alterações patológicas da consciência se subdividem em quantitativas e qualitativas. Em relação às alterações quantitativas da consciência, é INCORRETO afirmar que:
- (A) em diversos quadros neurológicos e psicopatológicos, o nível de consciência tende a diminuir de forma progressiva.
 - (B) os diversos graus de rebaixamento da consciência são: obnubilação ou turvação da consciência, sopor e coma.
 - (C) no estado de obnubilação, o nível de rebaixamento da consciência se dá em grau leve a moderado. A pessoa tem dificuldade de integrar as informações sensoriais oriundas do ambiente, podendo o pensamento estar ligeiramente confuso.
 - (D) o sopor é um estado de marcante turvação da consciência. A pessoa mostra-se evidentemente sonolenta, mas a psicomotricidade encontra-se muito menos inibida do que nos estados de obnubilação.
 - (E) coma é o grau mais profundo de rebaixamento do nível de consciência e não se observa qualquer atividade voluntária consciente.
23. A atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto. A atenção se refere ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações do entorno em unidades controláveis e significativas. Os termos “consciência” e “atenção” estão estreitamente relacionados, assim sendo, a determinação do nível de consciência é essencial para a avaliação da atenção (COHEN; SALLOWAY; ZAWACKI, 2006). Em relação às alterações da atenção, é INCORRETO afirmar:
- (A) A hipoprosexia é caracterizada pela diminuição global da atenção, sendo a alteração mais comum e menos específica da atenção. Observa-se uma perda básica da capacidade de concentração, com fadigabilidade aumentada, o que dificulta a percepção dos estímulos ambientais, assim como a compreensão.
 - (B) A aprosexia é caracterizada pela abolição total da capacidade de atenção, mesmo diante de fortes e variados estímulos.
 - (C) A hiperprosexia consiste em um estado da atenção exacerbada, no qual há uma tendência incoercível a obstinar-se, marcada por surpreendente fadigabilidade.

- (D) A distração é um sinal, não de déficit, mas de superconcentração ativa da atenção sobre determinados conteúdos ou objetos, ocorrendo a inibição de tudo mais. A distraibilidade é um estado patológico que se exprime por instabilidade marcante e mobilidade acentuada da atenção voluntária, marcada por dificuldade ou incapacidade para fixar-se ou deter-se em qualquer coisa que implique esforço produtivo.
- (E) Entre os transtornos que mais apresentam alteração da atenção pode-se destacar, os transtornos de humor, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.
24. A capacidade de orientar-se requer, de forma consistente, a integração das capacidades de atenção, percepção e memória. Alterações na atenção e na retenção da informação (memória imediata e recente) um pouco mais intensas costumam resultar em alterações globais da orientação. Em relação à orientação e suas alterações, pode-se afirmar que, EXCETO:
- (A) A capacidade de orientar-se é classificada em orientação autopsíquica e alopsíquica.
- (B) A orientação autopsíquica é a orientação do indivíduo em relação a si mesmo. A alopsíquica diz respeito à capacidade de orientar-se em relação ao mundo, isto é, quanto ao espaço (orientação espacial) e quanto ao tempo (orientação temporal).
- (C) A orientação temporal é adquirida mais tardiamente, pois exige maior desenvolvimento cognitivo, entretanto a desorientação temporal é a que ocorre em primeiro lugar. Só após o agravamento do quadro, o indivíduo se desorienta quanto ao espaço e, finalmente, quanto a si mesmo.
- (D) A desorientação por redução do nível de consciência é marcada por turvação e o rebaixamento do nível de consciência produz alteração da atenção, concentração e, conseqüentemente, da capacidade de percepção e retenção de estímulos ambientais. Isso impede que a pessoa apreenda a realidade de forma clara e precisa e integre a cronologia dos fatos.
- (E) A desorientação apática ocorre por apatia ou desinteresse profundos. O indivíduo torna-se desorientado devido a uma marcante alteração do humor e da volição, observada em quadros ansiosos.
25. As vivências do tempo e do espaço são consideradas dimensões fundamentais de todas as experiências humanas. É inquestionável que a vida psíquica, além de ocorrer e se configurar no tempo, tem ela mesmo um aspecto especificamente temporal, fazendo-se necessária a distinção entre tempo subjetivo (interior, pessoal) e tempo objetivo (exterior, cronológico, mensurável). Em relação às alterações da vivência do tempo e do espaço, pode-se afirmar, COM EXCEÇÃO, que:
- (A) Nos quadros depressivos, a passagem do tempo é percebida como lenta e vagarosa. Observa-se ainda uma lentificação de todas as atividades mentais.
- (B) Nos quadros maníacos, a passagem do tempo é percebida como rápida e acelerada, observando-se bradipsiquismo de todas as funções psíquicas.
- (C) A vivência do espaço no indivíduo em estado maníaco é a de um espaço extremamente dilatado e amplo, que invade o espaço das outras pessoas.
- (D) Nos quadros depressivos, o espaço exterior pode ser vivenciado como muito encolhido, contraído, escuro e pouco penetrável pelo indivíduo e pelos outros.
- (E) Nos quadros paranoides, o indivíduo vivencia o seu espaço interior como invadido por aspectos ameaçadores, perigosos e hostis do mundo.
26. A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar as experiências e os fatos já ocorridos. A capacidade de memorizar relaciona-se intimamente com o nível de consciência, com a atenção e com o interesse afetivo. Em relação às alterações patológicas da memória, quantitativas e qualitativas, é INCORRETO afirmar que:
- (A) Amnésia é a perda da memória, seja a da capacidade de fixar ou a da capacidade de manter e evocar antigos conteúdos mnêmicos.
- (B) Na amnésia psicogênica, há perda de elementos mnêmicos focais, os quais têm valor psicológico específico (simbólico, afetivo).
- (C) A amnésia orgânica é menos seletiva que a psicogênica. Em geral, perde-se primeiramente a capacidade de fixação (memórias imediatas e recentes); em estados avançados da doença, o indivíduo começa a perder conteúdos antigos.

- (D) Na amnésia anterógrada, perde-se a capacidade de fixar elementos mnêmicos a partir de um evento que tenha causado dano cerebral. Na amnésia retrógrada, o indivíduo perde a memória para fatos ocorridos antes do início da doença (trauma).
- (E) As alterações quantitativas e qualitativas da memória envolvem sobretudo a deformação do processo de evocação de conteúdos mnêmicos previamente fixados. O indivíduo apresenta lembrança deformada que não corresponde à sensopercepção original.
27. É inegável a importância do exame do estado mental durante o processo avaliativo de uma doença mental grave e de outros transtornos psicopatológicos. Entretanto, a avaliação dos sintomas é apenas uma das dimensões que necessita receber atenção durante o processo avaliativo. Em relação às especificidades do processo avaliativo na abordagem cognitivo-comportamental, é INCORRETO afirmar que:
- (A) a principal ferramenta do processo avaliativo é a entrevista clínica, entretanto pode ser necessário o emprego de escalas e testes psicológicos para se obter informações que nos ajudem a descartar ou confirmar hipóteses acerca de possíveis conflitos intrapsíquicos.
- (B) a principal ênfase é entender os elementos cognitivos e comportamentais relacionados à queixa, mas não é menos importante neste processo investigar acerca das relações interpessoais; da base sociocultural, dos recursos e pontos fortes da pessoa; assim como o impacto dos fatores biológicos, psicológicos e doenças médicas; dos estressores e do histórico desenvolvimental.
- (C) é imprescindível avaliar com que frequência, intensidade e estabilidade a queixa se apresenta, e principalmente se já existe algum tipo de prejuízo no funcionamento diário do indivíduo e em que áreas.
- (D) a avaliação detalhada das influências de diferentes domínios propicia a elaboração de um “mapa de orientação” idiossincrático conhecido como formulação de caso, o qual permite conhecer a natureza da dificuldade assim como os fatores que contribuem à sua manutenção.
- (E) aporta informação essencial à formulação de caso e à elaboração de um plano de intervenção, de estratégias de enfrentamento cuidadosamente pensadas tendo-se em conta as idiossincrasias do indivíduo, o que aumenta a probabilidade de adesão e eficácia do tratamento.
28. O psicodiagnóstico é entendido como processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas como métodos, técnicas e instrumentos. Em relação ao processo psicodiagnóstico, todas as afirmativas abaixo estão corretas, EXCETO:
- (A) Pode ter um ou vários objetivos, dependendo das hipóteses inicialmente formuladas, os quais definem o escopo da avaliação.
- (B) Pode ser realizado pelos profissionais da área de saúde.
- (C) O plano de avaliação psicológica consiste em traduzir perguntas específicas em termos de técnicas e testes, isto é, consiste em planejar o uso de uma série de instrumentos especialmente selecionados para fornecer subsídios para que se possa chegar às respostas para as perguntas iniciais, confirmando ou infirmoando as hipóteses levantadas.
- (D) Vai além de uma coleta de dados, sobre a qual se organiza um raciocínio. Busca o entendimento do funcionamento do fenômeno psicológico atrelado a uma rede de vínculos que o indivíduo estabelece ao longo da sua história, numa construção única de marcos relacionais.
- (E) Espera-se que o resultado das avaliações possa identificar também os condicionantes sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de serem instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes sociais.
29. Compete ao psicólogo durante o processo psicodiagnóstico, planejar e realizar o processo avaliativo com base em aspectos técnicos e teóricos. A escolha do número de sessões para a sua realização, das questões a serem respondidas, bem como de quais instrumentos/técnicas de avaliação devem ser utilizados, são baseados nos seguintes elementos, EXCETO:
- (A) contexto no qual a avaliação psicológica se insere.
- (B) propósitos/objetivos da avaliação psicológica.
- (C) construtos psicológicos a serem investigados.

- (D) adequação dos indivíduos avaliados às características dos instrumentos/técnicas.
- (E) condições técnicas, metodológicas e operacionais do instrumento de avaliação.
30. Durante o processo avaliativo, a entrevista é uma das principais ferramentas de trabalho do psicólogo. Em relação à entrevista clínica, é INCORRETO afirmar que:
- (A) Os objetivos de cada tipo de entrevista determinam suas estratégias, seus alcances e seus limites.
- (B) É entendida como um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado dirigida por um entrevistador habilitado, que utiliza conhecimentos psicológicos em uma relação profissional.
- (C) É uma técnica que compreende uma série de procedimentos que possibilitam investigar os temas em questão; levantar informações a partir das quais se torna possível relacionar eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões.
- (D) O resultado de uma entrevista depende da experiência e da habilidade do profissional, mas independe do domínio da técnica.
- (E) Os objetivos primordiais da entrevista são descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social) em um processo que visa realizar recomendações, encaminhamentos ou planejar intervenções dependendo da demanda.
31. A entrevista motivacional é uma técnica de entrevista, a qual foi descrita originalmente pelo psicólogo americano William Miller (1983), na Universidade do Novo México (EUA), amplamente difundida na Europa e Austrália e mais recentemente no Brasil. Em relação à entrevista motivacional, é INCORRETO afirmar que:
- (A) Inspira-se em várias abordagens, principalmente na terapia cognitivo-comportamental, terapia sistêmica, terapia centrada na pessoa, combinando única e exclusivamente elementos não diretivos.
- (B) Foi delineada para ajudar as pessoas na decisão de mudança dos comportamentos considerados aditivos, tais como abuso de álcool e drogas, tabagismo, jogo patológico, transtornos alimentares e outros comportamentos compulsivos. Seu uso tem sido estendido ao tratamento de problemas psicológicos.
- (C) O objetivo principal é reduzir a ambivalência quanto à mudança e aumentar a motivação intrínseca para mudar.
- (D) A ambivalência é considerada o primeiro princípio norteador do processo de mudança, assim sendo trabalhar a ambivalência nos comportamentos aditivos é trabalhar a essência do problema.
- (E) As verbalizações do tipo “sim, mas...”, frequentemente observados nos comportamentos aditivos, exemplificam a expressão do conflito motivacional (manter ou não o comportamento de adição). A entrevista motivacional explora a ambivalência e os conflitos e encorajam os pacientes a expressarem suas preocupações a respeito da mudança.
32. É correto afirmar que os princípios básicos da entrevista motivacional e as habilidades fundamentais necessárias para realizá-la são, COM EXCEÇÃO:
- (A) expressar empatia. A capacidade de expressar empatia, de se esforçar para experimentar o mundo a partir da perspectiva do indivíduo, sem julgamento ou crítica.
- (B) desenvolver discrepância. A motivação é resultado da discrepância entre os comportamentos e os valores da pessoa. A consciência dessas discrepâncias pode intensificar a motivação para mudar.
- (C) fluir com a resistência. A resistência para mudar é vista como uma parte esperada do processo de mudança e uma valiosa fonte de informação sobre a experiência da pessoa, não como um obstáculo a ser superado, uma vez que a ambivalência esclarece as esperanças, desejos e medos da pessoa.
- (D) promover a autoeficácia. Contribuir ao fortalecimento da crença de que o indivíduo pode realizar as ações necessárias e ser bem-sucedido na mudança almejada. O psicólogo funciona como um facilitador deste processo, como um guia, porém a pessoa continua sendo o árbitro do processo de mudança.
- (E) entre as habilidades necessárias para realizar a entrevista motivacional, destaca-se o uso de perguntas fechadas; escuta reflexiva; afirmações de apreciação ou de compreensão; resumos; trabalhar com a ambivalência, mas não se deve eliciar a conversa de mudança.

33. Quando se trabalha com a entrevista motivacional para a mudança de comportamento é importante ter-se em conta o modelo transteórico dos estágios de mudança. Este modelo insere o entendimento da mudança como um estado de prontidão, estágios nos quais o paciente transita. A entrevista motivacional e o modelo transteórico dos estágios de mudança possuem semelhanças, embora tenham sido desenvolvidos separadamente. Em relação às semelhanças existentes é CORRETO afirmar que:
- (A) Ambos supõem que as pessoas se aproximam da mudança com variados níveis de prontidão para a mesma.
 - (B) A ambivalência é esperada tanto na entrevista motivacional quanto no modelo transteórico, no qual ela é característica do estágio de pré-contemplação.
 - (C) A entrevista motivacional é planejada para promover a ambivalência, assim como o modelo transteórico.
 - (D) Quando os prós são mais importantes que os contras, a pessoa está menos motivada para a mudança.
 - (E) O plano de mudança parte primariamente do psicólogo.
34. A entrevista motivacional é um tratamento firmemente estabelecido para transtornos relacionados ao uso de substâncias (HETTEMA, STEELE e MILLER, 2005) e problemas relacionados à saúde (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2008) e tem sido estendida ao tratamento de problemas psicológicos (Arkowitz et al, 2011). A abordagem cognitivo-comportamental tem integrado o uso da entrevista motivacional nas intervenções individuais e em grupo. Em relação à integração e combinação da entrevista motivacional à Terapia Cognitivo-Comportamental, é correto afirmar, COM EXCEÇÃO:
- (A) Uma das maneiras mais claras pelas quais a entrevista motivacional pode ser combinada com a terapia cognitivo-comportamental é como um pré-tratamento, principalmente nos casos de alcoolismo.
 - (B) A entrevista motivacional pode ser usada não apenas como pré-tratamento para a terapia cognitivo-comportamental, mas em todo o curso do tratamento; pois problemas de motivação podem surgir em qualquer momento do processo.
 - (C) O emprego da entrevista motivacional contribui ao engajamento do cliente e eficácia do tratamento.
 - (D) A integração se dá através dos três elementos da essência da entrevista motivacional que também orientam a terapia cognitivo-comportamental: o trabalho colaborativo; o respeito e interesse genuíno pelos valores, perspectivas e crenças do cliente a partir dos quais a motivação é evocada; a autonomia como meta.
 - (E) Através das atitudes não diretivas do profissional em realizar as perguntas/questionamento socrático que evoquem o desejo, a habilidade, as razões e as necessidades do cliente para mudar.
35. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das abordagens psicológicas, que vem mostrando grande eficácia no tratamento de diversos transtornos psicológicos. O objetivo da TCC é promover mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental duradoura visando à autonomia do indivíduo e ao alívio ou à remissão total dos sintomas (BECK, 1993). Para se instrumentalizar esta abordagem na prática profissional, além do domínio da técnica, é imprescindível ter uma base sólida de conhecimentos dos pressupostos teóricos. Em relação aos pressupostos teóricos da TCC, é INCORRETO afirmar que:
- (A) A cognição, função da consciência relacionada às deduções feitas acerca das experiências de vida, é considerada o principal elemento envolvido na manutenção dos transtornos psicológicos pela teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia.
 - (B) Indivíduos com transtornos psicológicos apresentam pensamentos disfuncionais, os quais não estão em conformidade com a realidade e geram sofrimento psíquico.
 - (C) O foco do terapeuta cognitivo-comportamental é obter mudanças cognitivas (reestruturação cognitiva) através de uma avaliação realista da situação por parte do cliente através da descoberta guiada, a qual produz conseqüentemente, uma melhora no humor e no comportamento.
 - (D) As mudanças emocionais e comportamentais serão duradouras se resultarem da modificação dos pensamentos automáticos.
 - (E) a aplicação de técnicas se torna completamente esvaziada de sentido se não for respeitado o processo terapêutico do cliente, assim como os estágios de motivação para a mudança em que se encontra.

36. A abordagem cognitivo-comportamental postula a existência de três níveis de pensamentos: automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais. Em relação aos níveis de pensamento, é correto afirmar, COM EXCEÇÃO:
- (A) Todas as pessoas têm um conjunto de crenças que foram aprendidas e somadas umas às outras ao longo da vida, no intuito de dar significado ao mundo.
 - (B) As crenças centrais são facilmente acessadas. São tidas como regras globais e absolutas que influenciam o processamento das informações do entorno.
 - (C) Os pensamentos automáticos fazem parte de um fluxo de processamento cognitivo subjacente ao processamento consciente.
 - (D) Os pensamentos automáticos normalmente são privativos ou não-declarados e ocorrem de forma rápida à medida que avaliamos o significado dos acontecimentos em nossa vida.
 - (E) As crenças intermediárias são regras, atitudes ou suposições. São afirmações do tipo “se... então” ou “deveria”. As crenças intermediárias influenciam a autoestima e a regulação emocional.
37. É INCORRETO afirmar acerca das crenças centrais que:
- (A) As crenças centrais começam a se formar desde a infância e são influenciadas por uma infinidade de experiências de vida, incluindo os ensinamentos e o modelo dos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências de seus pares, os traumas e os sucessos.
 - (B) Não são as crenças centrais em si que se tornam disfuncionais e sim a sua forma de ativação que se torna disfuncional no momento em que ela não está condizente com o contexto e com as evidências.
 - (C) Geralmente as crenças centrais são globais, excessivamente generalizáveis e absolutistas.
 - (D) As crenças centrais podem estar relacionadas ao próprio indivíduo, às outras pessoas ou ao mundo.
 - (E) As crenças centrais representam os mecanismos desenvolvidos pelas pessoas para lidar com as situações cotidianas, ou seja, a maneira como os indivíduos percebem a si mesmos, aos outros e ao mundo, e ao futuro, sendo esta percepção chamada de erros cognitivos.
38. Durante o processo avaliativo e psicoterapêutico, o psicólogo se coloca em sintonia com as experiências únicas de seus clientes, ao mesmo tempo que se mantém atento às teorias e pesquisas que sustentam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Parafraseando Kuyken e colaboradores (2010), “a TCC é ao mesmo tempo, arte e ciência”. Na TCC a conceitualização de caso é considerada uma habilidade terapêutica fundamental. Em relação à formulação cognitiva de caso, é CORRETO afirmar, COM EXCEÇÃO que:
- (A) Trata-se de um processo em que terapeuta e paciente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que causam sofrimento.
 - (B) Entre as funções da conceitualização de caso, estão: sintetizar a experiência do paciente; normalizar os problemas apresentados; promover o engajamento; identificar os pontos fortes; orientar a escolha, o foco e a sequência de intervenções.
 - (C) O processo de conceitualização é dinâmico e se desenvolve durante o curso do tratamento, progredindo de níveis mais descritivos para níveis cada vez mais explanatórios.
 - (D) A conceitualização permite levantar hipótese de trabalho acerca da natureza da dificuldade enfrentada pelo indivíduo e auxilia na definição das metas que serão trabalhadas e das intervenções terapêuticas mais apropriadas, sempre respeitando o processo do cliente e o estágio de mudança em que se encontra.
 - (E) A conceitualização é baseada essencialmente na descrição e histórico da queixa e nos possíveis fatores de risco associadas à mesma.
39. O aumento no número de usuários de droga em todas as regiões no Brasil tem demandado medidas de aprimoramento nos tratamentos de dependência química. Uma das teorias que mais tem contribuído nesse contexto é a do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James Prochaska e colaboradores nos anos 1970. É correto afirmar acerca do Modelo Transteórico de Mudança, COM EXCEÇÃO, que:
- (A) Está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual a pessoa passa por diversos níveis de motivação para mudança.

- (B) Esses níveis estariam representados por estágios de motivação para a mudança que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer.
- (C) No estágio de pré-contemplação, por exemplo, o paciente reconhece que tem problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas, apesar do reconhecimento, a ambivalência é a principal característica.
- (D) A preparação para ação é caracterizada pelo “planejamento”. Existe uma melhor conscientização do problema e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança (mudança do estilo de vida; avaliação de situações estressoras e de risco e planejamento de estratégias de enfrentamento, etc).
- (E) O estágio de manutenção é o grande desafio no processo de mudança. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no estágio de ação, além de um esforço contínuo para prevenir possíveis lapsos e recaídas e manter a abstinência.

40. A dependência química é um grave problema de saúde pública que atinge, de forma direta e indireta, mais de 50% da população brasileira. Segundo estudos populacionais realizados pela Secretaria Nacional Antidrogas (CEBRID, 2010), o álcool é a droga mais usada no Brasil, compondo a lista de prioridades do Programa Nacional de Saúde da Família. Apesar de o abuso de substâncias ser um problema de saúde pública, os recursos ainda são limitados, enfatizando-se o uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis. Nesse contexto, torna-se cada vez mais relevante o domínio profissional das técnicas breves de intervenção. Analise as afirmativas abaixo acerca das intervenções breves:

- I. Não devem ser confundidas com terapias breves, mas as duas formas de técnicas de curta duração devem ser entendidas como partes de um *continuum* de cuidados. As principais diferenças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento;
- II. Os pressupostos teóricos das intervenções breves são: o comportamento disfuncional pode ser mudado; a motivação precisa ser avaliada e adequada para a ação; a percepção do paciente quanto a sua responsabilidade no processo de equilíbrio deve ser desenvolvida;
- III. Este modelo de intervenção pode ser sintetizado como “modelo de auto regulação”, desencadeado pela evidência de problemas e perda do equilíbrio, cuja meta é o resgate da autonomia. Os primeiros referenciais teóricos utilizados como fundamentos para a criação deste tipo de intervenção são originários das teorias comportamental e cognitivista;
- IV. Objetiva primariamente detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações, como, por exemplo, iniciar um tratamento ou ainda melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de autocuidado;
- V. Não exigem muito tempo e se incorporam com facilidade na consulta usual de médicos de família, psicólogos, enfermeiras e agentes de saúde comunitária. Podem ser simples recomendações para redução do consumo, fornecidas por um profissional (psicólogo, assistente social, enfermeira ou técnica de enfermagem etc), como também podem incluir uma série de recursos oferecidos em um programa estruturado de tratamento.

Após analisar as afirmações acima, assinale a alternativa CORRETA.

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

41. O impacto das intervenções breves na saúde pública tem um potencial enorme. Existem evidências encorajadoras de que o curso do uso nocivo de álcool pode ser efetivamente alterado com estratégias de intervenção bem delineadas, que são possíveis dentro de contextos onde haja contato relativamente breve, como ambientes de atenção primária à saúde por exemplo (KAARIANEN ET AL, 2001). Um importante desafio a ser vencido é a capacitação de profissionais de saúde e o estabelecimento de uma eficiente rede integrada de serviços especializados que ofereçam retaguarda assistencial para a demanda de atendimento secundário e terciário que, inevitavelmente, será desvelada. As intervenções breves não devem substituir o tratamento

especializado, mas sugerem que elas podem servir como um tratamento inicial para pacientes com dependência severa que estão em busca de um tratamento mais longo. As metas das intervenções breves são estabelecidas para cada paciente, individualmente, a partir da clara identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados. Os principais elementos que o profissional deve considerar ao realizar uma intervenção breve, são, COM EXCEÇÃO:

- (A) apresentação e discussão de alternativas de ações de enfrentamento e de opções de tratamentos disponíveis que podem ser implementadas pelo paciente.
 - (B) as orientações e recomendações devem estar fundamentadas no conhecimento empírico e científico, assim como no dimensionamento dos problemas e/ou dos riscos avaliados. As orientações devem ser claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e devem preservar a autonomia de decisão da pessoa.
 - (C) a postura do profissional deve ser marcada por empatia, solidariedade e compreensão.
 - (D) a participação do paciente se dá de forma passiva devido ao fato da intervenção ser breve, apesar da ênfase dada à sua autonomia e da responsabilidade nas tomadas de decisões, que implica necessariamente em um posicionamento de autoproteção, cuidado e compromisso com a mudança.
 - (E) promover e facilitar a auto percepção do paciente acerca dos seus recursos pessoais na consecução das estratégias de enfrentamento assumidas no plano de ação, estimulando os sentimentos de auto eficácia e autoconfiança.
42. É INCORRETO afirmar acerca das intervenções cognitivo-comportamentais nos quadros de uso e abuso de substâncias que:
- (A) a compreensão dos transtornos relacionados ao uso de substâncias baseiam-se na Lei do Efeito de Thorndike. O comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido e sua frequência, duração e intensidade aumentam em função dos benefícios psicológicos alcançados.
 - (B) o processo terapêutico através do qual o indivíduo evolui do uso problemático de substâncias (abuso ou dependência) para uma relação mais saudável com elas (uso moderado ou abstinência) está pautado nos estágios de mudança do modelo transteórico. Em linhas gerais, o tratamento se concentra na motivação para mudar (cognições) e no desenvolvimento de habilidades para facilitar e manter as mudanças (comportamentos).
 - (C) padrões específicos de pensamento podem contribuir à manutenção dos comportamentos associados à dependência química e comprometer a mudança para comportamentos mais adaptativos e saudáveis. Esses padrões de pensamento estão associados a crenças, as quais foram divididas em dois grupos: crenças de expectativa (prazer, alívio, fuga etc) e crenças permissivas (se relacionam à justificativa, ao ato de assumir riscos etc) relacionadas à adição.
 - (D) as crenças de expectativa e permissivas associadas ao uso e abuso de substâncias têm uma conexão íntima tanto com estados internos (ansiedade, depressão, raiva, alegria), quanto contextuais (situações específicas), considerados gatilhos, os quais se estabelecem de forma idiossincrática.
 - (E) o padrão idiossincrático dos fatores desencadeadores faz com que seja necessário identificar o padrão de cada indivíduo, a fim de auxiliá-lo a desenvolver estratégias para lidar com tais desencadeadores sem o uso de substância.
43. Outra forma de intervenção que se tem mostrado eficaz, ademais de economicamente viável, são os trabalhos realizados com grupos. Os estudos apontam que as intervenções realizadas com grupos oferecem eficiência até 50% superior quando comparadas às individuais (MORRISON, 2001). O psicólogo, em sua prática profissional, para instrumentalizar esta estratégia de intervenção, necessita compreender os fatores que caracterizam o “processo grupal”, uma vez que a terapia em grupo se associa a mecanismos específicos de mudança que são singularmente inerentes ao formato grupal. Entre os fatores processuais, os quais funcionam como estratégias terapêuticas na perspectiva cognitivo-comportamental, pode-se citar, COM EXCEÇÃO:
- (A) otimismo e inclusão: o grupo oferece atmosfera que promove uma perspectiva otimista e esperançosa da superação do problema, bem como a ativação motivacional. O grupo também aumenta a consciência de um problema em comum, oferece o senso de pertencimento e reduz o isolamento.

- (B) estruturação de sessão grupal: inclui revisão de tarefas, apresentação de novas informações, prática de habilidades e planejamento de tarefas da semana.
 - (C) aprendizado grupal e remoção do foco de si mesmo: o grupo oferece oportunidade de aprendizado em vários níveis, ademais de transferir a ênfase do indivíduo para o grupo.
 - (D) modificação de padrões desadaptativos de relacionamento e coesão grupal: o grupo oferece experiência de aprendizado corretivo para as interações interpessoais desadaptativas e sua coesão facilita a mudança cognitiva e comportamental.
 - (E) processamento emocional no contexto do grupo e estrutura de sessão: o grupo oferece um local para a expressão aberta e favorece o trabalho com emoções, pensamento e comportamento, permitindo a identificação das metas terapêuticas para intervenção.
44. A literatura apresenta dados sobre a efetividade do tratamento em grupo na abordagem cognitivo-comportamental em diversos transtornos psicopatológicos, inclusive aos relacionados ao uso de substâncias (MILLER et al., 2004), os quais estão entre os mais prevalentes na população geral. Um dos grandes desafios do psicólogo é a realização de um processo avaliativo que permita realizar intervenções eficazes ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Na abordagem cognitivo-comportamental alguns aspectos são considerados importantes para o desfecho do tratamento e devem ser incluídos na avaliação clínica, a saber, EXCETO:
- (A) motivação e prontidão do paciente para trabalhar em grupo, que são cruciais para o desfecho do tratamento.
 - (B) habilidades usadas previamente e bem-sucedidas no esforço de mudança, assim como os déficits de habilidades que mantenham os comportamentos-alvo e dificultem o sucesso da mudança.
 - (C) distorções cognitivas e expectativas acerca do custo/benefício do uso de substâncias.
 - (D) situações de risco ou fatores desencadeantes.
 - (E) grau de comprometimento do paciente com a meta específica de mudança.
45. Para se instrumentalizar uma determinada ferramenta terapêutica, é importante que o psicólogo tenha um senso crítico em relação às suas possibilidades e desafios. As afirmações apresentadas abaixo relativas às vantagens e possíveis obstáculos do tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias em grupo estão em conformidade com a abordagem cognitivo-comportamental, EXCETO:
- (A) é altamente pragmático e focado em habilidades e, apesar do formato grupal, o processo grupal é conduzido de forma que permita alto grau de individualização do tratamento.
 - (B) a utilização da entrevista motivacional em grupo contribui ao processo dos pacientes, principalmente daqueles com transtornos comórbidos.
 - (C) é uma abordagem inerentemente respeitosa e cooperativa, uma vez que não está baseada no confronto à “resistência e negação” e sim à superação do “sentimento de ambivalência”, sendo esta uma vantagem adicional sobre as abordagens tradicionais.
 - (D) um dos grandes desafios está no não cumprimento das tarefas por parte dos pacientes, uma vez que as novas habilidades comportamentais a serem desenvolvidas no dia-a-dia são uma pedra angular do tratamento, tanto no formato em grupo quanto individual. Em geral está associada à baixa motivação para a mudança.
 - (E) trabalhar a resistência do paciente ao tratamento.
46. Outro grande desafio do psicólogo é a instrumentalização dos pressupostos teóricos das abordagens psicológicas no processo de inclusão de crianças com deficiência intelectual. O princípio básico da inclusão escolar consiste no reconhecimento das diversas necessidades dos alunos, assegurando-lhes uma educação de qualidade, que lhes proporcione aprendizagem por meio de currículo apropriado e promova modificações organizacionais, estratégias de ensino e uso de recursos, dentre outros quesitos (UNESCO APUD MENDES, 2002). Várias estratégias de intervenção têm sido desenvolvidas. Em relação às estratégias de intervenção cognitivo-comportamental baseada no modelo da inclusão para deficiência intelectual, são VERDADEIRAS as seguintes afirmativas, EXCETO:

- (A) As intervenções segundo a abordagem cognitivo-comportamental têm suas raízes na teoria da aprendizagem social, partindo do pressuposto de que tanto o comportamento adaptativo quanto o mal adaptativo são aprendidos através de interações ativas e passivas com o ambiente, particularmente através das interações sociais.
 - (B) É imprescindível a realização de uma análise funcional cuidadosa do aluno, determinando, no ambiente, os antecedentes e consequentes do comportamento atual e as variáveis que interferem nesse comportamento.
 - (C) A análise funcional permitirá descrever sequências de comportamento que refletem nas habilidades funcionais necessárias para adaptação e participação do indivíduo na vida diária, estabelecendo assim áreas prioritárias com objetivos e metas específicas.
 - (D) O planejamento terapêutico deve levar em conta não só a patologia, mas principalmente a dinâmica do indivíduo em diferentes ambientes e principalmente a forma como aprende, assim como suas necessidades e potencialidades.
 - (E) O plano de intervenção é elaborado a partir de uma avaliação contínua do problema, para assim poder determinar as estratégias e técnicas mais efetivas, ou mesmo modificar as intervenções quando necessário. O reforçamento negativo é utilizado no comportamento adaptativo, através de recompensas materiais, sociais, elogios e autoelogios, proporcionando ao indivíduo experimentar novas formas de ser e de comportar-se em situações de vida diária reais e não em ambientes artificiais.
47. A formação do psicólogo o habilita a atuar em qualquer uma das áreas da psicologia, descrita na Resolução CFP 13/2007, figurando entre elas a Psicologia Jurídica. Uma das funções do psicólogo que atua no âmbito da Justiça é realizar perícia psicológica. É CORRETO afirmar acerca da atuação ética do psicólogo na realização da perícia psicológica que:
- (A) a atuação do psicólogo como perito consiste em uma avaliação direcionada a responder demandas específicas, originada no contexto pericial.
 - (B) o psicólogo perito deve evitar qualquer tipo de interferência durante a avaliação que possa prejudicar o princípio da autonomia teórico-técnica e ético-profissional, e que possa constranger o periciando durante o atendimento.
 - (C) conforme a especificidade de cada situação, a perícia psicológica poderá contemplar observações, entrevistas, visitas domiciliares e institucionais, aplicação de testes psicológicos, utilização de recursos lúdicos e outros instrumentos, métodos e técnicas reconhecidas pela ciência psicológica, garantindo como princípio fundamental o bem-estar de todos os sujeitos envolvidos.
 - (D) o periciado deve ser informado acerca dos motivos, das técnicas utilizadas, datas e local da avaliação pericial psicológica. Quando a pessoa atendida for criança, adolescente ou interdito, não é necessária a apresentação de consentimento formal a ser dado por pelo menos um dos responsáveis legais.
 - (E) o psicólogo perito poderá atuar em equipe multiprofissional desde que preserve sua especificidade e o limite de intervenção, não se subordinando técnica e profissionalmente a outras áreas.
48. O laudo psicológico ou pericial refere-se a uma prova técnica, que comunica os resultados de uma avaliação psicológica. O psicólogo, na elaboração de seus documentos deve adotar como princípios norteadores as técnicas da linguagem escrita e os princípios éticos, técnicos e científicos da profissão vigente. Pode-se afirmar acerca destes princípios na elaboração de documentos, COM EXCEÇÃO, que:
- (A) a redação deve ser bem estruturada e definida, expressando o que se quer comunicar. Deve ter uma ordenação que possibilite a compreensão por quem o lê, o que é fornecido pela estrutura, composição de parágrafos ou frases, além da correção gramatical.
 - (B) a linguagem deve ser precisa, clara, inteligível e concisa, ou seja, deve-se restringir pontualmente às informações que se fizerem necessárias, recusando qualquer tipo de consideração que não tenha relação com a finalidade do documento específico.
 - (C) o psicólogo baseará suas informações na observância dos princípios e dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo.
 - (D) o documento deve considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo, assim sendo o processo de avaliação psicológica deve considerar que os objetos deste procedimento (as questões de ordem psicológica) têm determinações históricas, sociais, econômicas e políticas, sendo as mesmas elementos constitutivos no processo de subjetivação.

- (E) a declaração e o parecer psicológico, assim como o atestado psicológico e o relatório/laudo psicológico, são documentos decorrentes da avaliação psicológica.
49. Apesar de a avaliação psicológica pericial não diferir de forma substancial da avaliação psicológica clínica, necessitando apenas de uma adaptação aos objetivos forenses, ela possui características próprias e específicas. As afirmativas abaixo acerca das especificidades da avaliação psicológica pericial estão corretas, EXCETO:
- (A) dirige-se a um foco específico, determinado pelo sistema judicial.
 - (B) busca obter informações precisas e exatas, limitadas ao entorno familiar.
 - (C) o sujeito pode não ser colaborativo e apresentar uma resistência consciente à avaliação, devido à sua natureza coercitiva. Pode intencionalmente distorcer os dados que fornece sobre si (simulação/dissimulação).
 - (D) há um maior distanciamento emocional entre o examinando e o psicólogo, já que este último não é visto como alguém que está ali para ajudá-lo.
 - (E) o tempo destinado à avaliação do examinando é menor, diminuindo a possibilidade de reconsideração das formulações feitas.
50. As afirmativas abaixo estão em conformidade com os passos da metodologia de investigação utilizados na realização de perícias psicológicas forenses, EXCETO:
- (A) A entrevista inicial, que deve ser realizada antes da leitura dos autos do processo para não comprometer a escuta do psicólogo.
 - (B) Leitura dos autos do processo e levantamento das hipóteses prévias que nortearão a coleta dos dados; coleta dos dados junto ao sujeito (entrevista inicial) e, quando necessário, junto a terceiros ou a instituições.
 - (C) Planejamento e aplicação da bateria de testes/técnicas mais adequada para o caso.
 - (D) Interpretação dos resultados dos testes à luz dos dados colhidos nos autos processuais e na(s) entrevista(s).
 - (E) Redação do informe psicológico com o objetivo de responder à demanda jurídica que motivou tal avaliação.