

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

01. A Constituição Federal de 1988, em seus Princípios Fundamentais, tem como um de seus objetivos construir uma sociedade livre, justa e solidária. Considerando o momento de Pandemia pelo COVID-19 e o descrito no Art. 200, podemos afirmar que:

- a) o SUS deve promover a harmonia entre atividades dos três poderes com vistas à determinação das medidas coletivas de enfrentamento da Pandemia pelo covid-19 e seus impactos.
- b) cabe ao Poder Executivo promover a livre escolha dos cidadãos quanto à adesão às medidas de proteção coletiva.
- c) o Poder Legislativo deve estabelecer percentual de recursos a ser repassado aos hospitais públicos e privados.
- d) cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

02. Ao observar o perfil epidemiológico da população brasileira, verifica-se a coexistência de doenças e agravos bem conhecidos, alguns até evitáveis. Pode-se afirmar, considerando um sistema de controle de doenças e agravos eficiente que:

- a) a vigilância em saúde deve ter atuação independente dos demais níveis de assistência.
- b) deve atuar de forma setORIZADA considerando as especificidades – sanitária, epidemiológica e ambiental.
- c) a Atenção Básica coordena as ações e serviços de vigilância em sanitária e ambiental.
- d) as ações de vigilância em saúde devem ser integradas à Atenção Básica nos territórios.

03. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na pactuação Intergestores em prol da equidade e integralidade na saúde. Para tanto o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, cumpre, dentre outras, a função primordial de:

- a) promover a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a Atenção Básica como coordenadora.
- b) pactuar regras de financiamento de base Estadual e macrorregional, segundo a organização dos planos Estaduais de Saúde.
- c) propor novas estruturas de “Governança” e o papel dos gestores no processo de regionalização do SUS.
- d) organizar a participação social junto aos colegiados de gestão regional, Estadual e macrorregionais.

04. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, identifique entre as opções aquela que configura continuidade com a versão anterior da PNAB.

- a) O número mínimo de ACS/equipe fica definido como um ACS/equipe.
- b) Reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família.
- c) A Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece no plano discursivo como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.
- d) O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) conta com profissionais na função de apoio à Equipe de Saúde da Família.

05. Segundo Souza et al (2018), desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde vem contribuindo para importantes mudanças positivas no perfil de saúde/doença da população brasileira. Assinale a opção que corresponde a um dos indicadores que mostraram quedas acentuadas na mortalidade no período de 1990 a 2015:

- a) mortalidade por diabetes.
- b) distúrbios mentais.
- c) doenças transmissíveis.
- d) violências.

06. A partir da Portaria nº 4.279 (30/12/2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que *“experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário”*. Não se aplica ao conjunto de atributos da Rede de Atenção à Saúde:

- a) participação social nas esferas de gestão, mas limitada às instâncias de ação intersetorial.
- b) atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar.
- c) população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- d) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, inclusive sistema de informação integrado.

07. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS *“propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS”*. Visando orientar a implementação desta política, foram definidos objetivos. Pode-se afirmar que melhor se aproxima do objetivo geral da PNEPS:

- a) promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.
- b) contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde.
- c) implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.
- d) apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

08. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes temáticas prioritárias pactuadas, no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 foram:

- a) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Atenção à população em situação de rua; Saúde bucal.
- b) Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Cuidados às pessoas com deficiência; Saúde do trabalhador; Saúde mental.
- c) Promoção da saúde; Cegonha; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas; Saúde bucal; Saúde do trabalhador.
- d) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Cuidados à pessoa com deficiência; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas.

09. Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A representação dos vários segmentos sociais se reunirá em Conferência mediante convocação do Poder Executivo a cada quatro anos ou, extraordinariamente, por convocação do Conselho de Saúde.
 - O Conselho de Saúde é o órgão colegiado que se reúne em caráter permanente e deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
 - A representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve garantir participação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - São instâncias colegiadas: o Conselho Federal de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde.**
10. Na estrutura organizacional do SUS, as Comissões Intergestores têm como atribuições pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Assinale a alternativa com todas as Comissões Intergestoras previstas no Decreto nº 7.508 2011:
- tripartite, bipartite e municipal.
 - federal, estadual e municipal.
 - tripartite, bipartite e regional.**
 - tripartite e bipartite.
11. As principais mudanças no financiamento da atenção básica (Atenção Primária à Saúde) introduzidas pela Portaria nº 2.979 de 12/11/2019 – Programa Previnde Brasil foram:
- extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.**
 - atualiza os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e veda o pagamento por desempenho.
 - institui os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de habitantes do município e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.
 - extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos pelo número de habitantes do município e veda o pagamento por desempenho.
12. A Lei nº 8142/1990 estabelece instâncias de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em que esferas de gestão essas instâncias são obrigatórias?
- Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
 - Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em todas as esferas de gestão.**
 - Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera Federal.
 - Conferência de Saúde na esfera Federal e Conselhos de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
13. A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) é uma das políticas setoriais em saúde mais ameaçadas, devido a diversos fatores, entre eles os cortes orçamentários ocorridos nos últimos anos. Em qual dos temas prioritários da PNPS foi obtido controle efetivo da prevalência da exposição nos últimos anos?
- Álcool e outras drogas.
 - Tabaco e derivados.**
 - Violência doméstica e sexual.
 - Alimentação não saudável.
14. O Brasil optou por um Sistema de Saúde de caráter universal, alicerçado na Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora do Sistema de Saúde. Pode-se afirmar que são diretrizes organizadoras da AB/APS:
- população adscrita, classificação de risco, atendimento por especialidade.
 - equidade, regionalização, atendimento por coparticipação.
 - acesso seletivo, hierarquização, coordenação do cuidado.
 - territorialização, população adscrita e participação da comunidade.**

15. A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS surge como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção. Portanto, pode-se afirmar que essa estratégia tem como objetivo:

- a) assegurar o acesso aos serviços especializados de alta complexidade, com a regulação global de CTI disponíveis, seja público ou privado.
- b) estabelecer a integração dos hospitais de alta complexidade a Rede SUS, independente de suas características – Universitários, militares, filantrópicos ou mesmo privados.
- c) ampliar a atuação do Estado no processo de pactuação de ações e serviços de saúde entre as regiões.
- d) consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, nas dimensões do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

16. No Brasil, observa-se a necessidade de fortalecer ainda mais a ESF nacionalmente, além da necessidade de aprimorar processos de trabalho para ampliar acesso, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, a ação estratégica que, além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, promoveu melhorias substanciais na qualidade do atendimento, reconhecidas por pesquisas de satisfação dos usuários foi o Programa:

- a) Práticas Integrativas e Complementares.
- b) Mais Médicos.
- c) Nacional de Promoção da Saúde.
- d) Viver Melhor.

17. O caminho para qualificar o SUS no Brasil é, indiscutivelmente, o fortalecimento e a efetivação dos atributos da APS, possibilitando a ampliação da sua capacidade de resolver problemas e de prepará-la para assumir a responsabilidade pela saúde da população. Além do atributo de acesso de primeiro contato, os outros três atributos essenciais, tal como definidos por *Starfield* são:

- a) integralidade; orientação comunitária e competência cultural.
- b) longitudinalidade; integralidade e coordenação.
- c) orientação familiar; orientação comunitária e coordenação.
- d) longitudinalidade; orientação familiar e competência cultural.

18. “Embora possamos identificar avanços na história recente da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS, ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” demanda uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares” a saber:

- a) “Intrasetorialidade”; “Desenvolvimento sustentável”; “Justiça social” e “Cidadania”.
- b) “Cidades saudáveis”; “Bom governo”; “Alfabetização em saúde” e “Mobilização social”.
- c) “Democracia”; “Intersetorialidade”; “Ancestralidade” e “proteção e inclusão social”.
- d) “Proteção ambiental”; “Qualidade de vida”; “Redes de corresponsabilidade” e “Equidade”.

19. Dentre as principais mudanças estabelecidas pela PNAB 2017, foi apresentada, pelo Ministério da Saúde, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), definindo e estabelecendo a relação de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. Em relação à CaSAPS, pode-se afirmar que:

- a) tornam a atenção básica espaço para a atuação direta das empresas privadas, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.
- b) predominam ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos.
- c) contribuem para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado que não ultrapassam a prevenção de base biomédica.
- d) permitem e favorecem a criação de equipes com carga horária e cobertura populacional flexibilizadas, enfraquecendo a perspectiva territorial na AB.

20. Em relação às principais mudanças que ocorreram entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 e a de 2017, pode-se afirmar que as descontinuidades e agregações mais substantivas aconteceram nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde. Com base nisso, leia as afirmativas abaixo, classificando-as em Verdadeiras (V) ou Falsas (F) e assinale a alternativa que representa a ordem de classificação encontrada.

- I. A PNAB 2011 previa até 8 horas semanais dos profissionais para atividades de formação e educação permanente, o que não mais se encontra na publicação de 2017.
 - II. A PNAB 2017 promove maior valorização das ações de Educação Permanente e do Programa Saúde na Escola, peças-chave para o processo de trabalho na Atenção Básica.
 - III. O número mínimo de ACS/equipe era de (4) quatro na PNAB 2011, enquanto na PNAB 2017, passou a ser de (1) um ACS/equipe.
- a) V – V – F
 - b) F – V – F
 - c) V – F – V
 - d) F – V – V

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. De acordo com o texto Atenção psicossocial e Atenção básica: a vida como ela é no território, de Yasui, Luzio e Amarante (2018), **NÃO** é correto afirmar:

- a) pensar o território como espaço, como processo, como relação e como composição produz uma contraposição à diversidade de territórios existenciais.
- b) ter a noção de território delimitada pelo esquadramento das áreas de adstrição das equipes de Saúde da Família não é suficiente para contemplar a multiplicidade dos fluxos de vida das pessoas que habitam os lugares.
- c) a psiquiatria configura-se como poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização dos corpos e de práticas de controle que se capilarizam nos territórios.
- d) a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como característica marcante a construção e invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade para os sujeitos considerados loucos.

22. Pode-se afirmar sobre o texto O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção, de Czeresnia (1999) que:

- a) o conceito de doença amplia e complexifica a relação com o corpo humano, colocando em foco a experiência do processo de adoecer.
- b) a Modernidade contribuiu para o entendimento de que nenhum conceito ou sistema de conceitos poderia se propor a dar conta da unidade que caracteriza a singularidade.
- c) ao pensar as complementaridades, mesmo que marginais, da literatura e da filosofia à medicina, caberia propor a implosão de fronteiras em direção à construção de um discurso unificador.
- d) mais do que questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, é fundamental criticar o ponto de vista que nega o limite da construção científica.

23. A respeito das considerações trazidas por Merhy e Franco (2003) em texto sobre Composição Técnica do Trabalho, pode-se afirmar que:

- a) mesmo os atores implicados com a produção de saúde não conseguem ter governo de certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde.
- b) a Composição Técnica do Trabalho (CTT) refere-se à correlação entre Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV).
- c) no cenário da reforma sanitária brasileira, nas décadas de 70 e 80, o debate se organizava muito em torno das práticas desenvolvidas no campo da clínica e pouco no que se refere à oferta e demanda por serviços, com processo de trabalho centrado na vigilância em saúde e instrumentalizado pela epidemiologia.
- d) no modelo assistencial defendido pelos autores, quando os recursos necessários ao cuidado do usuário demandarem insumos de alta tecnologia, não será possível ter a hegemonia do Trabalho Vivo no núcleo do cuidado.

24. A propósito do lugar do corpo no mundo contemporâneo, o psicanalista Stephane Thibierge, afirma que o sujeito moderno é afetado por uma:

- a) exigência de identidade
- b) ausência de valores
- c) consciência de coletividade
- d) aparência de felicidade

25. De acordo com os apontamentos de Lancetti (2006), no livro Clínica Peripatética, é **INCORRETO** afirmar que:

- a) o trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício e sua organização dos espaços-tempos são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial.
- b) torna-se importante desterritorializar o contexto pedagógico e a prática clínica hegemônica, buscando algo diferente, tendo-se em conta que os modos de assistência tradicional encontram-se fracassados.
- c) parte da estratégia das equipes volantes mencionadas no texto constituía-se em ir até as famílias, de surpresa ou não, em companhia dos agentes comunitários de saúde e, às vezes, de médico de família, enfermeira ou auxiliar de enfermagem.
- d) observa-se que majoritariamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) conseguem manter sua abertura ao território, evitando a segmentarização, burocratização e enclausuramento em diversas formas de corporativismo.

26. Sandra, após ser acolhida numa unidade básica de saúde queixando-se de depressão, foi encaminhada para um psicólogo. Após algumas entrevistas, Sandra diz que sempre viveu intensamente todas as suas relações, tanto de amor, quanto de amizade. Sempre buscava uma atenção das pessoas à sua volta, mas frequentemente se sentia rejeitada. Um dia se queixou ao seu psicólogo de estar insatisfeita com apenas um atendimento semanal e acrescentou: “*Sinto falta de ver o senhor mais vezes na semana. Na verdade, eu queria um psicólogo 24h por dia*”. O texto mostra que o fenômeno da transferência envolve:

- a) A repetição de um método específico de o indivíduo se conduzir na vida erótica;
- b) A frustração da satisfação pulsional vivenciada na infância do indivíduo;
- c) O fracasso do recalque das moções pulsionais
- d) Catexia psíquica de uma representação erótica para uma representação

27. As restrições impostas para os enterros das pessoas mortas por COVID-19 (redução do número de pessoas, caixão fechado, valas comuns etc.) vêm modificando as cerimônias fúnebres e trazendo novas dificuldades para as pessoas enfrentarem a experiência do luto. Segundo Freud, o trabalho psíquico do luto:

- a) consiste na negação da realidade da perda do objeto amado.
- b) implica uma reação patológica diante da perda do objeto amado.
- c) manifesta-se como um ódio inexplicável ao objeto perdido.
- d) envolve um desligamento progressivo das representações ligadas ao objeto perdido.

28. O conceito de necessidades de saúde vai muito além das necessidades médicas. Segundo Cecílio, este conceito se baseia no consenso de que:

- a) as necessidades de saúde dependem do órgão atingido por uma lesão
- b) os exames tecnologicamente mais complexos captam melhor as necessidades de saúde
- c) a maneira como as pessoas vivem se expressa em diferentes necessidades de saúde
- d) as necessidades de saúde são definidas por estudos epidemiológicos

29. A respeito das práticas que promovem saúde no âmbito individual e coletivo, é correto afirmar, de acordo com CZERESNIA:

- a) as práticas de prevenção e promoção em saúde visam priorizar o coletivo em detrimento do individual.
- b) qualquer teoria é redutora e incapaz de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer.
- c) a promoção em saúde contempla atividades que visam restaurar o estado anterior de saúde do indivíduo.
- d) a doença deve ser entendida como uma experiência a ser suprimida.

30. De acordo com Spink e Matta (2007), um importante desafio identificado para a Psicologia no SUS e a ser superado foi a tradição teórica em torno da “noção de indivíduo” como um operador das práticas de saúde. Assinale abaixo a alternativa que explica as razões históricas e contextuais de inserção da psicologia no SUS que a levou a privilegiar tal perspectiva.

- a) A compreensão historicamente ampliada da psicologia, em suas diversas áreas, relacionada ao processo saúde-doença, que tendia a identificar os atravessamentos políticos, sociais, institucionais e discursivos de seus objetos de interesse e, portanto, do processo de saúde e doença das populações.
- b) A incorporação pela psicologia em suas práticas e ações, desde o seu início, da noção de integralidade, focalizando a atenção à pessoa como um todo e não somente sua descrição biológica, compreendendo o processo saúde-doença como constituído a partir dos registros social, econômico, político e também psicológico.
- c) A incorporação pela psicologia do discurso da humanização na inserção de seus profissionais nas unidades de saúde, que buscava reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e participação social.
- d) A identificação histórica da psicologia com o modelo médico-normativo, em que há uma ênfase maior na perspectiva diagnóstica e clínica com práticas dissociadas dos contextos sócio-sanitários e da integralidade.

31. Sobre a relação entre Psicologia e Saúde pública, verifica-se que historicamente havia demandas disciplinares de constituição e controle dos indivíduos. A(s) ferramenta(s) da psicologia que se insere(m) em uma lógica de vigilância constante e de individualização típica do poder disciplinar, que constituiu um dos primeiros nichos de inserção da psicologia na saúde pública e em instituições de saúde:

- a) o desenvolvimento de testes psicológicos, como prática de produção da diferença ordenada.
- b) as estratégias de gestão dos riscos associados à morbidade e mortalidade das populações.
- c) a definição de perfis de risco, calculados com base em escalas geradas a partir da definição de fatores de risco.
- d) os saberes produzidos por instituições de vigilância como a escola.

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

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

33. Segundo Foucault, o surgimento de instituições hospitalares se apresenta a partir de práticas sociais, econômicas e culturais no final do século XVIII como uma máquina de cura. De acordo com o autor, a reorganização do hospital se fez:

- a) exclusivamente a partir da medicina moderna, com a introdução de novas terapias e formas de cuidado.
- b) a partir do uso soberano da força e do controle.
- c) essencialmente a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina.
- d) com base, principalmente, no estabelecimento dos princípios da racionalidade biomédica.

34. Pode-se verificar no campo da saúde pública e das práticas de saúde a busca em se reafirmar diferenças entre as práticas de prevenção e de promoção da saúde, geralmente apontadas como práticas pouco diferenciadas em razão da racionalidade científica subjacente a ambas. Tanto uma como a outra utilizam conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde - como doença, transmissão e risco. A concepção mais adequada de promoção de saúde é a ideia que:

- a) envolve intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças nas populações, com base no conhecimento epidemiológico moderno e em noções como a de risco.
- b) envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, indo além do conhecimento sobre o funcionamento e controle das doenças, com atenção às diferenças e singularidades dos acontecimentos, com uma abordagem intersetorial, reflexão filosófica e reconfiguração das práticas de saúde.
- c) atua com base em informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos, a fim de reduzir a incidência e prevalência de doenças específicas nas populações, como as infecciosas, as degenerativas e outros agravos.
- d) exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de controlar transmissões e evitar seu progresso posterior.

35. Considerando os objetivos específicos e as estratégias da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assinale a resposta que se apresenta **INCOMPLETA**, de acordo com o documento:

- a) Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
- b) Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- c) Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para mulheres, adultas e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- d) Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.

36. Considere o seguinte caso clínico: Adriana, mulher de 34 anos, branca, ensino médio completo, recém-egressa do sistema prisional depois de cinco anos, é atendida regularmente em uma clínica da família no centro do Rio de Janeiro há cerca de 3 meses, e sempre se apresentou calma e concentrada. Em consulta com a médica da equipe, afirma que está com fome e que foi expulsa de onde morava, passando a viver na rua; fala também coisas desconexas e apresenta sinais de delírios, e alucinações, e se apresenta inquieta, desconfortável dentro da unidade de saúde, embora falando em tom baixo e calmo. A psicóloga do NASF é chamada e percebe a necessidade de oferecer práticas como as propostas no livro Clínica Peripatética. A partir desse caso, e do texto, assinale a resposta que **NÃO** figura entre as possibilidades de manejo clínico, isto é, que esteja em desacordo com as práticas propostas no livro:

- a) Caminhar com Adriana pelos arredores da clínica, buscando saber mais detalhes de sua vida e pensar junto com ela o que fazer diante da situação.
- b) Chamar o SAMU e encaminhar para a emergência psiquiátrica, pois Adriana possui características de algum transtorno que pode ser grave.
- c) Oferecer um prato de comida para Adriana.
- d) Fazer o acolhimento da situação e quando ela estivesse melhor, propor que pudesse estar presente na clínica participando de atividades em grupo.

37. A atenção básica e a atenção psicossocial são frutos de políticas sanitárias que redirecionaram o modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo:

- a) de base comunitária.
- b) de território geográfico.
- c) técnico-assistencial ambulatorial.
- d) centrado no paciente.

38. Segundo Boaventura de Sousa Santos, em seu livro *A Cruel Pedagogia do Vírus*, “a atual pandemia não é uma situação de crise claramente contraposta a uma situação de normalidade”. Representa a ideia de “crise” esmiuçada pelo autor nesta obra, no que este se refere à “normalidade da exceção”:

- a) a ideia de crise é por natureza excepcional e constitui oportunidade de ser superada quando fundamentada em estudos científicos que apontam caminhos para sua resolução. Por outro lado, quando a crise se torna permanente, a própria crise incute a toda a sociedade o permanente estado de superação de adversidades e de transformação para uma melhor qualidade de vida.
- b) a ideia de crise é por natureza excepcional e passageira e constitui oportunidade de ser superada, ao ser explicitado os fatores que a provocam, dando origem assim a um melhor estado das coisas. Assim, a pandemia rompe com um estado de total normalidade vivido anteriormente no planeta, para uma situação de crise que a população mundial tem vindo a ser sujeita.
- c) a ideia de crise é por natureza excepcional e constitui oportunidade de ser superada quando fundamentada em estudos científicos que apontam caminhos para sua resolução. Assim, somente porque o que diz respeito à pandemia está dissociado das questões sociais e políticas vivenciadas anteriormente pela população mundial, temos a oportunidade de aprender, ainda que de forma dramática, e construir alternativas.
- d) a ideia de crise é por natureza excepcional e passageira e constitui oportunidade de ser superada, ao ser explicitado os fatores que a provocam, dando origem assim a um melhor estado das coisas. Por outro lado, quando a crise se torna permanente, a própria crise transforma-se na causa que explica tudo e desse modo, torna impenetrável as suas verdadeiras causas. Assim sendo, o objetivo da crise permanente torna-se efetivamente não ser resolvida.

39. Joel Birman, em seu artigo *A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura*, aponta um duplo movimento crítico no discurso freudiano. Expressa o relatado pelo autor:

- a) o conceito de traço psíquico de Freud, realizou a crítica da “lesão” das perturbações mentais, promovendo uma conciliação com a teoria da localização anatômica dominante da tradição psiquiátrica do século XIX, enquanto o conceito de sexualidade perverso-polimorfa assumiu, no discurso freudiano, a posição epistemológica decisiva para fundamentar a biologia eugênica da degenerescência.
- b) o conceito de traço psíquico de Freud, realizou a crítica da “lesão” das perturbações mentais, promovendo uma ruptura crucial com a teoria da localização anatômica dominante da tradição psiquiátrica do século XIX, enquanto o conceito de sexualidade perverso-polimorfa assumiu, no discurso freudiano, a posição epistemológica decisiva de substituir a biologia eugênica da degenerescência.
- c) o conceito de traço psíquico e da sexualidade perverso-polimorfa assumiu, no discurso freudiano a posição revolucionária na epistemologia da ciência, capaz de sustentar de forma inequívoca, a tradição psiquiátrica vigente e a teoria da degenerescência.
- d) o conceito de traço psíquico como sendo uma lesão anatômica e a sexualidade perverso-polimorfa como uma teoria biológica da degeneração, elaboradas no discurso freudiano traduzem conceitualmente uma posição revolucionária na epistemologia da ciência e na genealogia da psicanálise.

40. Na contemporaneidade, o luto tem sido recorrentemente discutido, sobretudo, no contexto atual das mortes decorrentes da pandemia de COVID-19. Freud elabora algumas questões em torno desse processo e de sua distinção da melancolia. Uma das teses discutidas pelo texto psicanalítico é:

- a) o luto é um processo legítimo, intrínseco ao sujeito e é considerado normal.
- b) o luto deve ser tratado com um psicanalista e em algumas situações com um psiquiatra.
- c) na sociedade atual, há uma extrema medicalização do luto.
- d) a psicanálise diante da proliferação de psicofármacos no tratamento do luto e da depressão perde seus efeitos terapêuticos.

41. Segundo Freud (1912), o manejo da transferência é fundamental para o tratamento analítico. Em relação às instituições, esse endereçamento se realiza de forma particular. O autor, dentre outros pontos, ressalta que:

- a) a intensidade da transferência nas instituições em certas situações produz uma servidão mental, dificultando o restabelecimento do paciente.
- b) o analista advertido da transferência com a instituição, deve afastar os outros profissionais que cuidam do paciente.
- c) a relação com a instituição em nada intervém no tratamento analítico.
- d) o tratamento analítico não é recomendado em instituições.

42. Considerando falsas (F) ou verdadeiras (V) as afirmações abaixo, marque a alternativa correta.

1. Podemos considerar que uma mãe solteira que assume um filho sozinha encaixa-se num tipo de conjugalidade específica, já que pode assumir as funções materna e paterna.
 2. A construção da paternalidade implica em aceitar uma transição da conjugalidade para a parentalidade.
 3. O *engrossment* diz respeito ao funcionamento apreendido, que vai se constituindo gradualmente, quando o homem se torna pai, através da experiência do cuidar cotidiano e do exercício da função paterna. Podemos considerar como características desse processo, o envolvimento do pai com seu bebê, a preocupação e interesse por ele, emocionar-se com o nascimento do filho e por se transformar em pai.
- a) V; V; F.
 - b) V; F; V.
 - c) F; V; F.
 - d) F; F; V.

43. Pode-se afirmar de acordo com JERUSALINSK que:

- a) a intervenção precoce implica em erradicar os sintomas e a patologia primária e secundária através de uma intervenção ativa e o mais precocemente possível.
- b) o objeto da intervenção precoce é o bebê, que recebe os estímulos de forma não interativa, já que ainda está não pode ser considerado ativo nesse processo devido ao grau de maturação de suas estruturas orgânicas.
- c) as profecias autorrealizáveis acabam por provocar sintomas relacionados a um desinvestimento no bebê que, não necessariamente, teria dificuldades no seu desenvolvimento.
- d) por causa do narcisismo parental, a criança com uma patologia de base frequentemente tem a mesma ignorada, fazendo com que haja uma suposição de hipersuficiência.

44. Em um plantão hospitalar, um psicólogo avalia que o seu paciente apresenta um risco aumentado para o suicídio. As providências que este profissional deve tomar de imediato:

- a) recomendar que o paciente seja internado em uma unidade psiquiátrica já que provavelmente ele sofre de um transtorno mental grave.
- b) chamar o psiquiatra para fazer a devida intervenção medicamentosa. Caso não seja possível, chamar o médico da enfermaria para que ele defina a melhor conduta.
- c) não se deve fazer alarde. O melhor é deixar a equipe multiprofissional fora do caso, respeitar o sigilo da relação terapêutica e dar prioridade ao paciente nos atendimentos.
- d) recomendar que a partir daquele instante o paciente não seja deixado sozinho, seja mantido sob observação 24 horas por dia até nova avaliação.

45. Sabe-se que o próprio psicólogo muitas vezes tem dúvidas sobre o seu papel e as suas tarefas no hospital, bem como o próprio hospital tem dúvidas sobre o que esperar deste profissional. Sobre o risco de experiências malsucedidas em Psicologia Hospitalar, de acordo com CASTRO e BORNHOLDT este está relacionado:

- a) ao modelo biomédico que impede o psicólogo de atuar de acordo com seus próprios referenciais teóricos.
- b) ao distanciamento da realidade institucional e a inadequação da assistência mascarada por um falso saber.
- c) à falta de treinamento clínico do psicólogo para manejar situações críticas no ambiente hospitalar.
- d) ao poder médico vigente na instituição hospitalar cuja verticalidade nas decisões afastam o psicólogo.

46. As intervenções psicológicas desempenham um papel central para lidar com as implicações na saúde mental em decorrência da pandemia do novo coronavírus. Neste contexto, as intervenções psicológicas devem ser:

- a) seguir rigorosamente os protocolos da OMS e do Ministério da Saúde, pois é preciso garantir a sua eficácia e viabilidade social.
- b) ser feitas remotamente em todos os casos a fim de evitar o desnecessário risco de contaminação para os psicólogos e seus pacientes.
- c) dinâmicas, primeiramente focadas nos estressores relacionados à doença ou nas dificuldades de adaptação às restrições do período.
- d) ser feitas prioritariamente junto aos profissionais da linha de frente do combate ao COVID-19, pois eles são os mais afetados psicologicamente.

47. Na última década houve um importante impulso no sentido de considerar as ações de saúde mental como fundamentais nas situações de emergências e desastres. Com relação ao que é fundamental na intervenção psicológica nestas situações, ela deve propor:

- a) a elaboração dos sofrimentos gerados nos eventos e também a construção da autonomia e dos laços sociais juntamente com outros atores sociais envolvidos.
- b) a elaboração dos sofrimentos gerados nos eventos e também a construção da autonomia e dos laços sociais pela equipe de saúde mental devidamente treinada.
- c) prioritariamente a elaboração do luto gerado pelas perdas sofridas e também a construção dos laços sociais diante das separações ocorridas nestes eventos.
- d) ações específicas de saúde mental sem se envolver com as ações diversas voltadas para suprir necessidades básicas das pessoas nestes eventos.

48. Com relação ao trabalho do psicólogo hospitalar no serviço de unidade de terapia intensiva de neonatologia (UTI neonatal), a partir de alguns conceitos psicanalíticos, pode-se afirmar que:

- a) o psicólogo hospitalar não deve responder às demandas da equipe, uma vez que este sempre é solicitado quando os pais descompensam ou estão em conflito com a equipe.
- b) uma das unidades de trabalho do psicólogo na UTI neonatal, unidade de tempo, aponta que o psicólogo não deve trabalhar no tempo cronológico da internação do bebê.
- c) o trabalho do psicólogo hospitalar que busca favorecer o laço da criança com sua família recebe o nome de unidade de reanimação.
- d) o psicólogo hospitalar deve conhecer o caso clínico do bebê e acompanhar o estado de saúde deste com a equipe e não apenas a partir da fala ou impressões dos familiares.

49. A definição de somatização vem se modificando nas últimas décadas. Originalmente ela foi pensada como um mecanismo de interferência da mente no corpo, sinalizando a interação entre sofrimento emocional e adoecimento físico. Pode-se afirmar quanto à compreensão mais atualizada acerca da somatização que considerando:

- a) os avanços das pesquisas em neurociências, sabe-se atualmente que o inconsciente é psicossomático e, portanto, não faz sentido conceber a somatização como sendo resultado da ação do psíquico sobre o somático.
- b) os avanços das pesquisas em psiconeuroimunologia, não é mais possível sustentar a dualidade corporeamente no fenômeno da somatização, pois é indubitável a relação orgânica entre estresse e doenças somáticas.
- c) os modelos multicausais e integrais que atualmente norteiam as pesquisas em saúde, todas as doenças são determinadas pelos aspectos psicológicos e sociais envolvidos na sua evolução, ou seja, são psicossomáticas.
- d) a existência de lesões anatomoclínicas, é possível afirmar exatamente o oposto: há um mecanismo de interferência do corpo sobre a mente que determina sintomas psíquicos em quadros orgânicos já diagnosticados.

50. Com relação ao trabalho do psicólogo hospitalar diante do óbito perinatal avalie abaixo como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas e assinale a alternativa correta:

I-Por ser um processo psíquico que não requer tratamento, o psicólogo só deve participar das situações de luto complicado a fim de não patologizar situações saudáveis.

II-Proporcionar o encontro da família com o corpo do bebê faz parte da abordagem psicológica, uma vez que favorece o teste de realidade e a apropriação psíquica da família diante da situação que estão vivendo.

III-A fim de um desfecho psíquico favorável, tanto para a família como para os futuros filhos do casal, o psicólogo deve estar atendo ao tempo adequado e singular do luto, evitando a vivência isolada deste processo ou seu abandono precoce.

IV-O óbito perinatal pode gerar sentimentos de ineficácia da capacidade da mulher de gerar um filho saudável, por isso, faz parte do trabalho do psicólogo apontar que o casal poderá ter outros filhos no futuro.

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