



Cód. 27 - Saúde Mental - Psicologia

Instruções da prova

- 1)** Verifique se o seu Caderno de Provas contém 40 (quarenta) questões objetivas com 5 (cinco) alternativas cada uma: **a, b, c, d e e**. Caso haja falha, comunique imediatamente o Fiscal, para a troca. Certifique-se de que o programa/profissão desta prova é igual ao do seu Cartão de Respostas.
- 2)** Leia a prova com atenção: você terá 3 (três) horas para resolvê-la, incluindo o tempo de preenchimento do Cartão de Respostas.
- 3)** Para cada questão objetiva só há uma resposta correta.
- 4)** A interpretação das questões é parte integrante desta prova, não sendo permitidas perguntas ao Fiscal.
- 5)** A prova é INDIVIDUAL, sendo vedada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
- 6)** Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
- 7)** Não será permitido o uso de aparelho celular durante a realização do certame. O mesmo deverá ficar desligado e guardado no saco plástico.
- 8)** Siga rigorosamente as orientações para o preenchimento do Cartão de Respostas, contidas no mesmo.
- 9)** Ao terminar o preenchimento, entregue o Cartão de Respostas ao Fiscal, devidamente assinado, assinando também a o espaço reservado à Devolução do Cartão de Respostas e o Termo de Encerramento.
- 10)** Não haverá troca do Cartão de Respostas sob nenhuma hipótese por erro do candidato.
- 11)** Os candidatos poderão levar seu caderno de questões somente 60 (sessenta) minutos depois de transcorrida 01h do início do tempo total previsto de prova. Ele não será entregue ao candidato em nenhum outro momento.
- 12)** Os 02 (dois) últimos candidatos deverão permanecer na sala, saindo juntos do recinto e assinando o Termo de Encerramento da Ata de Ocorrência da Sala.
- 13)** Após entregar a prova e o cartão de respostas ao fiscal de sala, o candidato não poderá permanecer nas dependências do local de prova.

Boa Prova!

CONHECIMENTOS GERAIS

1) Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, Artigo 200 são competências do Sistema Único de Saúde, além dos termos da lei (EC nº 85/2015):

- I- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.
- II- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e do escolar.
- III- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano.
- IV- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- V- Colaborar na proteção do agronegócio, nele compreendido o do trabalho.

Entre as assertivas acima são consideradas corretas:

- a) Apenas a I e a II.
- b) Apenas a I, a II e a IV.
- c) Apenas a I, a III e a IV.
- d) Apenas a I, a II e a V.
- e) Apenas a I, a III e a V.

2) Segundo o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I- Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.
- II- Orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde.
- III- Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde.
- IV- Multar os estabelecimentos de saúde que não realizam seus serviços mínimos.
- V- Ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Considerando as atribuições acima citadas, quais estão corretas?

- a) Apenas a I.
- b) Apenas a I, a II e a III.
- c) Apenas a I, a III e a IV.
- d) Apenas a I, a III e a V.
- e) Apenas a I, a II, a III, e a V.

3) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de

- a) atenção primária, de núcleo de apoio à saúde da família, de atenção de urgência e emergência e especiais de acesso aberto.
- b) atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.
- c) atenção primária, ambulatorial especializado, de atenção psicossocial e de atenção hospitalar.
- d) atenção primária, de atenção de urgência e emergência, ambulatorial especializado e de atenção hospitalar.
- e) atenção primária, de núcleos de apoio à saúde da família, ambulatorial especializada e de atenção hospitalar.

4) Sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS é **INCORRETO** afirmar que

- a) o Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite).
- b) o Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.
- c) o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente: estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS, ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS, estar a prescrição em conformidade com a RENAME e ter a prescrição em unidades indicadas pela direção do SUS.
- d) a RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- e) a cada três anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo Formulário Terapêutico Nacional e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

5) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios abaixo listados, **EXCETO**

- a) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- b) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- c) centralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- d) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
- e) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.
- 6) As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as atividades abaixo listadas.

Entre estas atividades assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Saúde da criança e do adolescente.
- b) Saúde do trabalhador.
- c) Ciência e tecnologia.
- d) Vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.
- e) Alimentação e nutrição.

7) O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I- Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde.
- II- Ajudas, contribuições, doações e donativos.
- III- Alienações patrimoniais e rendimentos de capital.
- IV- Taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- V- Rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Entre as assertivas acima são consideradas corretas:

- a) Apenas a I e a II.
- b) Apenas a I e a III.
- c) Apenas a I, a II e a III.
- d) Apenas a I, a II, a III e a IV.
- e) A I, a II, a III, a IV e a V.

8) A Oficina de Ambiência é um dos dispositivos para a concretização da diretriz Ambiência na intervenção dos espaços da saúde, sendo que alguns passos podem ser usados como guias para a condução do processo conforme aponta Pessatti (2008). Para que uma oficina opere na intercessão de saberes de modo a viabilizar a elaboração de Projetos Cogenerados de Ambiência, sejam eles de reforma, de ampliação ou de construção nova é correto sugerir

- a) a criação de um espaço individual para a tomada de decisão.
- b) a promoção da discussão sobre o modelo assistencial e os processos de trabalho que acontecem ou acontecerão no lugar da intervenção.
- c) a elaboração de uma descrição dos espaços e seus arranjos que o líder entenda como prioritário.
- d) a apresentação de propostas exclusivamente dentro das obrigatoriedades nas normas vigentes, entre elas a RDC nº 70.
- e) ter um arquiteto como profissional apoiador ou facilitador de cada grupo.

9) De acordo com o artigo intitulado Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado, no Quadro 1 são apresentadas as características da Demanda e da Oferta da Assistência Médica da Previdência Social e do Sistema Único de Saúde. Sobre a relação demanda e oferta após 1988 é correto afirmar que

- a) a demanda formal está relacionada aos serviços próprios exclusivos para os cobertos pela Previdência Social e serviços privados (hospitais, médicos e unidades de diagnóstico e terapia credenciados).
- b) a demanda por esquemas está relacionada aos serviços privados próprios de empresas de planos de saúde e credenciamento de hospitais e médicos.
- c) a demanda dos servidores públicos civis e militares está relacionada aos Serviços Estatais Exclusivos para as forças armadas e Servidores civis estatutários.
- d) a demanda não vinculada à previdência está relacionada aos serviços estatais do Ministério da Saúde de alguns Estados e Municípios e atendimento para “indigentes” por Santas Casas.
- e) a demanda por serviços privados que englobam segmentos sem planos privados de saúde que pagam “consultas populares” está relacionada a oferta de clínicas e unidades de diagnóstico e terapia localizadas em geral na periferia das grandes cidades.

10) Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) poderão ser alocados como:

- I- Despesas de custeio do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades desde que sob administração indireta.
- II- Despesas de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- III- Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.
- IV- Investimentos previstos no Plano Trienal do Ministério da Saúde.
- V- Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Entre as assertivas acima são consideradas corretas:

- a) Apenas a I, a II e a III.
- b) Apenas a I, a III e a V.
- c) Apenas a II, a III e a V.
- d) Apenas a III, a IV e a V.
- e) A I, a II, a III, a IV e a V.

11) Sobre o artigo intitulado: Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é correto afirmar que

- a) a Vigilância Sanitária caracteriza-se por ser uma área de prevenção e, sobretudo, reabilitadora da saúde.
- b) a regulação em saúde é feita em três níveis de atuação: sobre sistemas de saúde, na atenção à saúde e no acesso à assistência.
- c) o argumento da crise financeira do Estado brasileiro pode prevalecer sobre o direito da população e o dever constitucional de proteção da saúde.
- d) a atuação do Poder Executivo para restringir a ação regulatória da ANVISA precisa ser melhor conhecida, difundida e debatida.
- e) as vigilâncias são homogêneas e simples e requerem adequado desenvolvimento para maior efetividade de suas ações.

12) Os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria e nas resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na forma do disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. De acordo com a Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 são direitos e deveres dos usuários de saúde, **EXCETO**

- a) o acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
- b) o acesso nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares na área de referência da sua moradia.
- c) o acesso, recebimento e cuidado da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade nas situações de urgência/emergência.
- d) o encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.
- e) o direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

13) É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência. Assinale a alternativa que apresenta uma garantia **INCORRETA**.

- a) A identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome do registro civil.
- b) A identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção.
- c) O atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada.
- d) O direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames.
- e) A escolha do local de morte.

14) Os regramentos do SUS no tocante ao acesso e aos critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, correspondentes a cada ação ou serviço de saúde, são expressos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de acordo com as seguintes codificações:

- I- Ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS: ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal).
- II- Ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação: ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde).
- III- Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional: ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS.
- IV- Ação ou serviço com exigência de habilitação: ações ou serviços que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicos.
- V- Ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância: ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância.

Entre as assertivas acima são consideradas corretas:

- a) Apenas a I, a II e a III.
- b) Apenas a I, a II e a V.
- c) Apenas a I, a III e a IV.
- d) Apenas a III, a IV e a V.
- e) A I, a II, a III, a IV e a V.

15) Sobre o modelo assistencial pensado como um círculo é **INCORRETO** afirmar que

- a) pensar o sistema de saúde como um círculo é relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz.
- b) o círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída.
- c) o modelo assistencial que será trabalhado para “dentro” do hospital, mais especificamente no cuidado ao paciente hospitalizado, deverá dar ênfase à constituição de equipes verticalizadas.
- d) o centro de saúde deve ter, como missão principal, o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis na sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado às pessoas sujeitas a maior risco de adoecimento e morte que compõem estes grupos.
- e) o centro deverá se estruturar para as seguintes atividades principais: delimitar e conhecer em profundidade o seu território; prestar atendimento direto às pessoas que pertençam aos grupos mais vulneráveis e funcionar como articulador competente do acesso destas mesmas pessoas a recursos tecnológicos mais complexos, em outros pontos do sistema.

16) Segundo o artigo intitulado: Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática é **INCORRETO** afirmar que

- a) o modelo ou paradigma interdisciplinar é muito atuante no campo, dando origem a numerosos estudos interdisciplinares, tematizando objetos estratégicos, em termos da vida humana, favorecendo a incorporação ao campo da Saúde Coletiva de disciplinas sociais como Antropologia, Sociologia, Geografia e História.
- b) o campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Esta fertilidade provém de sua complexidade, tanto em termos discursivos, como em termos de práticas tecnológicas e de “estilos de expressão” dos produtos de seus saberes e práticas.
- c) o conhecimento produzido pode integrar não apenas produção gerada a partir da pesquisa experimental, como da pesquisa quantitativa, qualitativa, e das pesquisas aplicadas. Pode integrar também conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços (ou pacientes), superando assim a clivagem senso comum × ciência, típica da modernidade.
- d) nesse novo contexto epistêmico (Foucault, 1966), desponta a produção discursiva comunicativa verticalizada (hierarquizada, em termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares, através da proposta da transdisciplinaridade.
- e) a produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação. O objeto não é construído a priori, como nos casos anteriores; ele se constrói a posteriori, ao longo do desenvolvimento do tema da pesquisa.

17) Na edição especial publicada no The Lancet intitulada “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios” no Painel 3 foram apontadas discussões sobre o panorama brasileiro de medicamentos, vacinas e derivados do sangue. Sobre esse Painel é **INCORRETO** afirmar que

- a) o Ministério da Saúde promoveu a produção de medicamentos genéricos e busca reduzir a importação de outros medicamentos pelo fortalecimento de empresas farmacêuticas brasileiras.
- b) a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais assegura o acesso e o uso racional de medicamentos, o que resulta em uma menor despesa pública, um melhor acesso a medicamentos e uma política bem-sucedida de medicamentos conveniados.
- c) o panorama das vacinas é promissor. O Brasil exporta vacinas contra febre amarela e meningite. Em 2007, 83% das imunizações no Brasil usaram vacinas produzidas em território nacional.
- d) o mercado farmacêutico brasileiro é dinâmico. Entre 1997 e 2009, os rendimentos da venda de medicamentos cresceram 11,4% ao ano (em valor atual), atingindo R\$ 30,2 bilhões (US\$ 17,6 bilhões), dos quais 15% vieram da venda de medicamentos genéricos.
- e) o antirretroviral Zidovudina tem sido produzido no Brasil desde 1994 e há laboratórios que produzem Efavirenz desde 2007.

18) De acordo com a experiência relatada e discutida no artigo intitulado: “O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão”, a partir da prática os autores ressaltaram objetivos de gestão obrigatórios para que o gestor cumpra o seu papel de dirigente. Qual dos objetivos abaixo está **INCORRETO**?

- a) Sustentação social do projeto político do SUS.
- b) Viabilização institucional do projeto político.
- c) Fortalecimento da condução técnica da organização de saúde.
- d) Garantia da coordenação administrativa da organização.
- e) Fortalecimento da participação popular na organização técnica de saúde.

19) Segundo o artigo: Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988 discute-se que do ponto de vista do aparato político-organizacional, é significativa a construção dos sistemas nacionais como os de saúde e assistência social, a partir da expansão de burocracias públicas descentralizadas e unificadas, com a participação inédita dos três níveis de governo e com importante componente de participação e controle social. Já do ponto de vista da concepção da questão social, identificam-se mudanças em relação a políticas pregressas, em especial denominadas e discutidas no artigo como:

- I- Universalização.
- II- Constitucionalização.
- III- Abrangência.
- IV- Ampliação.
- V- Institucionalização.

Entre as assertivas acima são consideradas corretas:

- a) Apenas a I, a II e a III.
- b) Apenas a I, a II e a V.
- c) Apenas a II, a III e a IV.
- d) Apenas a II, a IV e a V.
- e) A I, a II, a III, a IV e a V.

20) Em consonância com o artigo “Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” com relação às ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador como determinação constitucional é **INCORRETO** afirmar que

- a) as vigilâncias são caracterizadas como um conjunto de ações e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos, realizam algum tipo de investigação, requerem análises laboratoriais e podem ser qualificadas como bens públicos do campo da saúde, de alta externalidade.
- b) suas ações sejam integradas, mediante a reforma dos organogramas das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, com a criação de departamentos onde as vigilâncias são agrupadas, ainda que com variações nos estados e municípios.
- c) em determinados municípios estas podem ser subestruturadas em: as vigilâncias sanitária e ambiental; a epidemiológica e a ambiental; sanitária e saúde do trabalhador; ou estarem todas individualizadas em setores, e até agrupadas, por vezes, com zoonoses e controle de vetores, ou com a atenção básica.
- d) a regulação da Vigilância Sanitária é, em última instância, um dever de proteção à saúde, por meio da intervenção estatal, que visa impedir possíveis danos, agravos ou riscos à saúde da população e proporcionar maior segurança a esta.
- e) cabe ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a função de regulação econômica e exercer sua função no SUS, de zelar pelo lucro dos bens e serviços ofertados para contribuir na melhoria da renda da população brasileira e garantir o direito a salários dignos como direito fundamental, conforme reza nossa Constituição Federal.

Conhecimentos Específicos

21) De acordo com as ideias de Nikolas Rose (2008), a psicologia, inicialmente, tomou forma não como uma disciplina ou uma área profissional, mas como uma cadeia de pretensões de conhecimento sobre pessoas, individual e coletivamente, que permitiria que elas fossem melhor administradas. Por essa razão, essa não é a “psicologia aplicada” – os vetores não foram de um conhecimento formado na academia para o campo das aplicações, mas o contrário. Considere as alternativas a seguir e assinale a opção que exemplifica o argumento do autor.

- a) Foram os pedidos dos diferentes departamentos de saúde europeus que geraram a relação da Psicologia Clínica com a Psiquiatria, materializada posteriormente na Psicanálise.
- b) A ideia de inteligência, que seria um foco da psicologia durante a primeira metade do século XX, surgiu de esforços para identificar os indivíduos de reduzida capacidade mental e encaminhá-los para instituições apropriadas, escolas ou colônias especiais.
- c) A ideia de violência e o temor das guerras foi o motivador para as pesquisas sobre agressividade e instintos, especialmente na Europa.
- d) Foi a necessidade de reorganizar os processos de gestão de pessoas que motivou a indústria estadunidense do início do século XX a se apoiar na Psicanálise, que acabou se aproximando teoricamente do campo aplicado fora da clínica.
- e) Foi apenas depois do movimento anti-manicomial, iniciado por Basaglia na Itália, que a clínica psicológica de saúde mental passa a construir métodos e técnicas próprias de contato e cuidado da loucura, sem as bases psicanalíticas.

22) Em sua análise crítica sobre a história da Psicologia, Nikolas Rose (2008) também pontua alguns elementos identificáveis como tendências para a Psicologia do século XXI. Novas e diretas relações estão sendo estabelecidas entre nossos pensamentos, sentimentos e desejos, nossa normalidade e nossa patologia e nossos “cérebros”, este visto como um órgão de carne a ser anatomizado e entendido em nível molecular. O corpo biológico é agora crescentemente tido como o assento de nossos problemas e o alvo de trabalhos éticos de melhoria do indivíduo. Considerando tais argumentos, é correto afirmar que

- a) na visão de muitos, nós ultrapassamos o dualismo cartesiano em cima do qual a psicologia se apoiava – mente é apenas o que o cérebro faz.
- b) os achados bioquímicos promovidos pelo estudo psicofisiológico já alcançam as quimeras de Wundt e explicam mais sobre a conduta humana do que as teorias psicológicas
- c) é necessária atualização das escolas de psicologia na formação de profissionais capaz de interpretar neuroimagens e exames neurofisiológicos.
- d) a psicossomática tende a voltar a figurar no âmbito das fronteiras vindouras da psicologia aplicada, entretanto não mais na sua interpretação simbólica e sim, pela via da análise das implicações fisiológicas no comportamento.
- e) a predição e o controle do comportamento humano, cada dia mais, depende dos mecanismos biofisiológicos que, de maneira não especulativa, mas material, ditam as verdades sobre o psiquismo humano.

23) Em sua discussão sobre a dimensão clínico-política do acompanhamento terapêutico (AT), Palombini (2006) defende que:

“(…) Nesse contexto, o acompanhamento terapêutico torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma”.

Considerando a argumentação e a análise da autora sobre o processo de AT, é correto afirmar que

- a) na prática, apenas devir, o AT nunca consegue se desvencilhar do ideal isolacionista: a ideia de que a constituição de uma sociedade à parte da sociedade geral, uma sociedade idealmente organizada, permitiria aos loucos, na convivência entre si, superarem a desrazão em benefício da razão que também os habitaria ainda é a tônica de todo fazer psi.
- b) o fazer AT se antagoniza à presença da reforma psiquiátrica, na forma de discursos, leis, medidas administrativas, entre outros, e a adesão aos seus princípios por parte dos atores envolvidos – cada uma das esferas do governo, por parte do serviço, da equipe, dos profissionais atuantes em cada caso.
- c) o acompanhante terapêutico, idealmente, não deve possuir formação técnica em demasia, sob pena de transformar esse fazer em um dispositivo apenas clínico e, portanto categorial, reducionista das possibilidades do sujeito. A utilização de uma teoria da clínica como caixa de ferramentas para o trabalho é algo indesejado nesse contexto.
- d) o acompanhamento terapêutico não está livre do risco de constituir a rua como um espaço segregado, um novo dentro absolutizado, por força de nosso encarceramento nessa espécie de manicômio mental, que nos acompanha para além dos muros do hospital.
- e) o campo do AT deve se ater ao do tratamento das psicoses. A ideia de que a subjetividade se constitui na relação a uma alteridade; a ideia de que se trata de uma subjetividade não transparente a si mesma, que não se deixa apreender integralmente por um saber, guardando uma dimensão inconsciente de resistência que não se deixa capturar, típica das psicoses, faz com que o AT figure como uma tutoria, como um alarme para a equipe de saúde mental.

24) A discussão proposta por Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), questiona como se conformam determinados modos de subjetivação mediante o dispositivo da saúde no campo das políticas públicas. As autoras, em seu artigo tentam ainda apresentar como práticas em Psicologia forjam tanto o conceito de saúde no qual se sustentam essas práticas, quanto os sujeitos que são os objetos dessas práticas, enquanto o modo de como esses podem e devem ser pensados. Em sua relação conceitual, percorrem distintos momentos de aproximação da Psicologia com a área da Saúde, onde, de acordo com elas, seria correto afirmar que

- a) a Psicologia começa a preocupar-se com a saúde tardiamente, quando consegue libertar-se totalmente de seu assujeitamento à Psicanálise e, portanto, começa a produzir tecnologias de cuidado e não de tratamento.
- b) no período que as autoras definem como período da razão, na Psicologia, criam-se tecnologias para o ser humano tornar-se sujeito do desconhecimento, e esse desconhecimento é o que lhe possibilitará tornar-se humano, ou seja, a essência do humano estará na razão revelada.
- c) as psicotécnicas são o primeiro movimento de aproximação com as práticas em saúde, onde emergem as tecnologias da subjetividade mediante a Psicanálise, e traça-se uma das possibilidades de a Psicologia voltar-se para a saúde por meio da psicopatologia.
- d) o período definido pelas autoras como eixo da razão, poderia ser definido como o período onde as práticas não propõem uma teoria do sujeito, como o da razão e o do inconsciente, mas são, antes de tudo, psicologias aplicadas, tecnologias da subjetividade produzidas a partir do encontro com as formas de administração, de otimização, de adestramento dos corpos.
- e) originalmente, a Psicologia não tecia relações com um conceito de saúde ou com o conceito de cura, visto que os processos mentalistas analisados se voltavam para indivíduos sem características de adoecimento.

25) Em sua proposta de construção do caso clínico a partir do desenvolvimento de pesquisa clínica em psicanálise, Ana Cristina Figueiredo (2004) destaca três eixos de organização de procedimentos como indicadores metodológicos para o manejo de elementos extraídos dos relatos dos sujeitos, que se apresentam em binômios. Assinale dentre as alternativas abaixo, qual corresponde aos binômios apresentados pela autora.

- a) História/registo; supervisão/tratamento; conceitos/ distinções
- b) História/caso; supervisão/construção; conceitos/ distinções
- c) História/caso; supervisão/reformulações; assinalamentos/ distinções
- d) Formulação/trajetória; linearidades/supervisão; assinalamentos/ distinções
- e) Formulação/trajetória; linearidades/supervisão; conceitos/ distinções

26) De acordo com Maria Cristina Couto e Pedro Gabriel Delgado (2015), até o final do século XX não era possível afirmar a existência, no contexto brasileiro, de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA). Em seu artigo, os autores analisam os possíveis determinantes da inclusão tardia deste tema na agenda política da saúde mental brasileira. Como parte desta análise, identificam e descrevem as duas ações prioritárias escolhidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no começo do século XXI, para iniciar o processo de construção de redes de cuidado para SMCA. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que ilustra as ações conceituadas pelos autores.

- a) A implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) e o desenvolvimento operacional dos Conselhos Tutelares da Infância e Adolescência (CTIA).
- b) A implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) e a criação da Política Nacional de Saúde Integral da Infância e da Adolescência (PNSIIA).
- c) A implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) e o desenvolvimento de estratégias para articulação intersectorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, como educação, assistência social, justiça/direitos.
- d) A criação da Política Nacional de Saúde Integral da Infância e da Adolescência (PNSIIA) e o desenvolvimento operacional dos Conselhos Tutelares da Infância e Adolescência (CTIA).
- e) A criação da Política Nacional de Saúde Integral da Infância e da Adolescência (PNSIIA) e a implantação pulverizada de programas como o Saúde na Escola (em convênio com as Secretarias Estaduais da Educação) e da Rede Cegonha, já que a ênfase na saúde mental da primeira infância passa a ser prioridade no Ministério da Saúde (MS).

27) Na conjuntura de renovação das funções do Estado brasileiro, possibilitada pelo amplo movimento de redemocratização durante os anos 80 do século passado, foram inscritas algumas das condições de possibilidade para que os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes passassem a integrar, no início do século XXI, a agenda da saúde mental pública sob uma perspectiva diametralmente oposta às linhas de assistência seguidas por quase 80 anos da República brasileira. Essa afirmação de Maria Cristina Couto e Pedro Gabriel Delgado (2015) é fruto da análise dos autores de várias políticas, programas e ações do Estado. De acordo com a análise dos mesmos, assinale a alternativa que ilustra as conformações do Estado brasileiro desde o início da República até hoje, em relação à saúde mental de crianças e adolescentes.

- a) Uma agenda mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização e outra, baseada no princípio da proteção, na premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparada na proposta do cuidado em liberdade.
- b) Uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização e outra, baseada no cuidado sanitário, implicando em ações clínico-psiquiátricas e asilares, em última instância.
- c) Uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização e outra, baseada na formação da pessoa, abordagem utilizada desde o século XVI, principalmente pelas orientações das ideias psicológicas trazidas pelos missionários e catequizadores de ordens religiosas, preocupados com a redenção das almas e, por consequência, gerando modos de subjetivação particulares.
- d) Uma baseada no cuidado sanitário, implicando em ações clínico-psiquiátricas e asilares, em última instância e outra, baseada na formação da pessoa, abordagem utilizada desde o século XVI, principalmente pelas orientações das ideias psicológicas trazidas pelos missionários e catequizadores de ordens religiosas, preocupados com a redenção das almas e, por consequência, gerando modos de subjetivação particulares.
- e) Uma clínico-pediátrica, procurando adequar o Brasil às normas da Puericultura internacional (e por conseguinte, modernizar a saúde evolutiva) e outra, baseada na formação da pessoa, abordagem utilizada desde o século XVI, principalmente pelas orientações das ideias psicológicas trazidas pelos missionários e catequizadores de ordens religiosas, preocupados com a redenção das almas e, por consequência, gerando modos de subjetivação particulares.

28) De acordo com o “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (2011), organizado por Dulce Chiaverini, o matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. Nessa lógica de comunicação integrada e mais horizontal, os autores apresentam várias razões para uma ESF solicitar matriciamento em saúde mental. Assinale a alternativa que contempla corretamente uma das razões apresentadas pelo referido guia.

- a) Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abortar e/ou finalizar um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, formal para a família.
- b) Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção secundária, que necessitam de formação técnica especializada tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- c) Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes egressos de serviços especializados que não conseguem atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- d) Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.
- e) Quando a equipe não conta com especialista próprio e nem consegue encaminhar para os superlotados serviços especializados.

29) Na leitura que Regina Benevides Barros (1996) faz sobre o processo grupal, se vale da conceituação deleuziana de dispositivo. Nessa teorização, um dispositivo comportaria linhas de força, destacando a tensão do poder-saber. Estas linhas levam a palavras e as coisas a um embate de afirmação. No dispositivo-grupo o rastreamento das forças em jogo se faz pelo mapeamento de alguns fenômenos. Analise as alternativas abaixo e assinale a que contempla corretamente os fenômenos grupais descritos pela autora:

- a) Mapeamento dos encapsulamentos/rotas de fuga nos modos de vida, da normatização/desconstrução dos modos de sentir.
- b) Potências de ação/reação, de revolução/resistência.
- c) Formatação do individual pelo grupal e do grupal pelo individual.
- d) Mapeamento das forças de construção/vida-destruição/morte, da normatização/desconstrução dos modos de sentir.
- e) Mapeamento da manutenção/desmanchamento das instituições, da naturalização/desnaturalização dos modos de viver/sentir.

30) A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além de servir para regulamentar mais de uma dezena de leis e portarias à respeito, a portaria 3088 considera a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, ampliando e diversificando os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção as pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias.

De acordo com essa legislação, assinale V para objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial verdadeiros e F para os falsos.

- () Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
- () Eliminar o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
- () Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
- () Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- () Promover mecanismos de formação permanente às forças de segurança pública para melhor abordarem a questão com usuários.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

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

31) De acordo com Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil, há a necessidade de ofertar diferentes serviços e formas de cuidado para as diferentes necessidades das pessoas em tratamento ou necessitando de atenção por uso abusivo de substâncias. Assim, a referida portaria institui as RAPs- Redes de Atenção Psicossocial, que são constituídas por diferentes componentes. Analisando as alternativas abaixo, assinale aquela que corresponde corretamente ao preconizado pela portaria 3088.

- a) Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Apoio Familiar; Atenção Hospitalar; Benefícios de Prestação Continuada (BPC) para cuidadores de usuários crônicos com comprometimento cognitivo e Monitoramento comunitário de segurança pública.
- b) Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Carater Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.
- c) Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Apoio Familiar; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Monitoramento comunitário de segurança pública.
- d) Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Apoio Familiar; Atenção Hospitalar; Benefícios de Prestação Continuada (BPC) para cuidadores de usuários crônicos com comprometimento cognitivo e Atenção residencial de Caráter Transitório.
- e) Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Apoio Familiar; Atenção Hospitalar; Reabilitação Psicossocial e Monitoramento comunitário de segurança pública.

32) De acordo com Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil, o trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados em diferentes modalidades. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que corresponde corretamente ao preconizado pela referida portaria.

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais leves e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 30.000 habitantes;
- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, mas não pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 60.000 habitantes.
- c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- d) CAPS AD: atende adultos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 60.000 habitantes.
- e) CAPS AD III: atende crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 5 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 300.000 habitantes.

33) De acordo com o apresentado pelo Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/Ministério da Saúde, no “Cadernos de Atenção Básica” (nº 34, 2013), os profissionais de Saúde costumam refletir consigo e por vezes ficam em dúvida sobre quais situações de sua realidade cotidiana necessitam de intervenções em saúde mental. Provavelmente, em algumas destas situações, o profissional pode se sentir improvisando, ou usando a intuição e o bom senso. Assim, a referida publicação institucional do Ministério da Saúde apresenta uma definição geral sobre o que pode ser entendido como uma intervenção em saúde mental. Dentre as alternativas abaixo, assinale a que corresponde corretamente às premissas da publicação.

- a) As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.
- b) As práticas em saúde mental na Atenção Básica devem ser realizadas por profissionais de Saúde supervisionados por equipes especializadas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo entre as equipes de Saúde, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.
- c) As práticas em saúde mental na Atenção Básica devem ser realizadas por qualquer profissional de Saúde supervisionados por equipes especializadas das Equipes de Saúde Mental, preferencialmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo entre as equipes de Saúde, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.
- d) As práticas em saúde mental na Atenção Básica devem ser realizadas por profissionais de Saúde de nível superior (principalmente médicos e enfermeiras) supervisionados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), como preconiza a portaria no- 3.088/2011 do Ministério da Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo entre as equipes de Saúde, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.
- e) As práticas em saúde mental na Atenção Básica devem ser realizadas por profissionais de Saúde de nível superior (principalmente médicos e enfermeiras) supervisionados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), como preconiza a portaria no- 3.088/2011 do Ministério da Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo das diferentes equipes de Saúde com os usuários, considerando a escolha de compreensão sobre a saúde mental que a equipe especializada venha a se identificar.

34) O Departamento de Atenção Básica - Saúde Mental/Ministério da Saúde, na edição 34 dos “Cadernos de Atenção Básica” (2013), advoga que os profissionais que trabalham com famílias precisam aperfeiçoar em si mesmos os seguintes aspectos fundamentais: uma existência sem preconceitos, a disponibilidade para os outros e a capacidade de se desfocar do problema. Além desses três aspectos, cabe também ressaltar algumas dicas práticas para o trabalho com famílias que figuram na referida publicação. Dentre as alternativas a seguir, assinale a correta de acordo com o material.

- a) Pensar em suas próprias experiências com sua família (família atual e família de origem) e rememore histórias de sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas de parentes, amigos e vizinhos, identificando quais são seus valores, crenças e mitos sobre tudo isso... Faça essa reflexão individualmente e depois com a sua equipe de Saúde.
- b) Ser inevitável julgamentos baseados em algum tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família em prol do seu desenvolvimento se você puder assumir seus preconceitos como uma limitação inerente à relação terapêutica.
- c) Priorizar atendimento mais imediato às famílias com menores dificuldades psicossociais. Isso otimizará seus recursos e a médio prazo, ajudará à mais pessoas.
- d) Construir com as famílias alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares da pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas. Há fazeres acumulados que já se mostraram ineficazes e as famílias podem precisar de ajuda para assumir isso e mudar.
- e) Promover sempre o diálogo e a troca de experiências entre todos os técnicos com formação nas reuniões de equipe antes de atender as famílias nas consultas e nas visitas domiciliares. Desse modo, todos terão a oportunidade de expor seus diagnósticos sobre a disfuncionalidade e as dificuldades de encarar mudanças.

35) De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP - Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, 2011), o trabalho psicossocial exige que os dispositivos encontrem-se preparados para essa demanda. Sendo assim, é preciso qualificar os pontos da Rede e, especificamente, a atenção básica. Enquanto porta de entrada do sistema, a atenção básica, a partir da educação permanente, pode se apropriar de seu papel de interlocutor para a efetivação de tal protagonismo no debate com o usuário sobre os projetos terapêuticos com fins a atenção psicossocial. Analise as alternativas a seguir e assinale aquela que corresponde corretamente à noção de educação permanente preconizada pelo referido documento.

- a) A educação permanente não precisa ser desenvolvida na equipe da atenção básica diretamente. Pode ser uma estratégia para a Rede de Atenção encarar seu papel, ou seja, o que é cobrado pelos outros pontos da Rede, especificamente no tocante à atenção psicossocial.
- b) Apesar de haver uma busca pela educação na saúde, as práticas assistenciais permanecem estruturadas por meio de um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas, de acordo com o preconizado pelo SUS.
- c) A educação permanente deve manter a equipe ativada para repensar seus processos de trabalho, para analisar o que ela está fazendo no dia-a-dia. Serve, portanto, para a construção e mudança nos serviços.
- d) A educação permanente precisa, necessariamente, ter um programa formal e rígido, para evitar a evasão e a resistência, a partir de discussões, de reuniões semanais, de estudos de caso, de construção coletiva de um desenho ideal da linha de cuidado para alguns usuários.
- e) As experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, confirmam a academia como a grande tensionadora de (re)produção do cuidado, criando praticamente todos os modos novos de significar o mundo do trabalho na saúde.

36) A portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Essa portaria prevê a ação dos agentes sociais. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que corresponde corretamente a uma das atribuições dos agentes sociais, estipulada pela referida portaria.

- a) Servir como apoio logístico aos profissionais formalmente capacitados nas estratégias de cuidado em Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.
- b) Realizar atividades de suporte aos órgãos de segurança pública (preventivas e ostensivas, quando necessário).
- c) Dispensação de insumos de proteção à saúde.
- d) Notificar as equipes sobre as falhas nos encaminhamentos para Rede de Saúde e intersetorial.
- e) Monitorar as famílias das pessoas em situação de rua.

37) De acordo com o manual “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS”, organizado pelo Ministério da Saúde (2014), no Brasil, o movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes surge na década de 1920, culminando na primeira legislação sobre o tema da assistência e proteção a crianças e adolescentes, que reconhecia a situação de pobreza como geradora de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”. É somente com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), orientado pelo paradigma da proteção integral, que começam a figurar mudanças no entendimento cidadão da infância e adolescência. O novo ECA considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. De acordo com o referido documento existem dimensões prioritárias em relação à infância e adolescência. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que corresponde às prioridades presentes no referido documento.

- a) A primazia de receber detenção especialmente protegida.
- b) A precedência de atendimento psiquiátrico quando avaliado por profissional competente.
- c) A preferência na formulação e na execução das ações de educação social no âmbito do SUS.
- d) A destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.
- e) A prioridade no âmbito das ações da defesa civil, especialmente no campo das crises e desastres ambientais.

38) Na análise que Jorge e Emília Broide (2015) fazem sobre a instrumentalização que a psicanálise pode nos oferecer para o entendimento e intervenção em situações sociais críticas, aporta o conceito de *Homo Sacer*, de Giorgio Agambem, ou seja, vidas “entre-vidas”, mortos vivos, como podem ser, por exemplo os prisioneiros, pessoas desumanizadas, que podem ser mortas aos olhos da lei, pois suas vidas já não valem. Quando os referidos psicanalistas fazem uma comparação com os adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas nas periferias dos grandes centros urbanos, vivos, mas sob constante ameaça - faz pensar a necessidade da passagem daquele que é o portador de memórias à posição de testemunho, a fim de que os crimes possam ser reconhecidos como tal e, nessa medida, tirados da invisibilidade. Essa discussão vai além da denúncia à violência desses testemunhos, também implica em outras posições clínicas em relação a esse tipo de situação. Analise as alternativas abaixo e assinale a que corresponde às ideias defendidas pelos autores.

- a) A elaboração do luto, que permite a vida, coloca as pessoas fora da dicotomia vítima/algoz das situações de infração que cometeram.
- b) A escuta de relatos de violência e oficializada pelo Estado instaura no espaço de cuidado uma dimensão política no trabalho técnico. A interlocução e elaboração frente às situações de violência contorna o impronunciável da morte.
- c) Um trabalho de elaboração de um luto por violência deve ser sempre grupal, evitando que as narrativas individuais centralizem no próprio sujeito uma culpabilização pela identificação com a morte, movida pela negação.
- d) Possibilitar que uma narrativa se transforme em uma teorização viva de um campo, através da criação de espaços de fala, de testemunho, é um risco que o técnico se vê obrigado a correr, sob pena de silenciar o sujeito ou sob risco de mitificar sua história sem considerar a responsabilização real de seu ato infracional
- e) O ato testemunhal interessa ao psicanalista quando a singularidade do sujeito não se expõe à emergência da dimensão pública dos fatos e acontecimentos históricos, políticos e econômicos.

39) Em seu livro, “A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções”, os psicanalistas Jorge e Emília Broide (2015) defendem a possibilidade de falar, conversar sobre as situações sociais críticas que envolvem pessoas em conflito com a lei (como por exemplo, os jovens cumprindo medidas socioeducativas) ou em situações de violência extrema, para que todos se protejam- equipes e familiares incluídos. De acordo com os psicanalistas, além dessa abertura de testemunho e possibilidade de reelaboração, há nessa função uma outra dimensão técnica importante que deve ser considerada pelas equipes que atendem a tais situações. Dentre as alternativas a seguir, assinale a correta de acordo com o proposto pelos autores.

- a) Nesse campo narrativo, particularmente no espaço grupal, cada um, a partir de sua posição, se beneficia do potencial da fala, a fim de que a equipe, por exemplo, consiga não ficar colada à vivência dos jovens e possa constituir-se como alteridade.
- b) Explicitar a violência pela palavra possibilita que a equipe passe do circuito cristalizado e fixado da identificação com a dor dos jovens e possibilite a criação do espaço simbólico necessário para que os mesmos se reinventem.
- c) A forma em que a política pública é desenvolvida e o modo em que é trabalhada pelos técnicos na sua relação transferencial com aquele que é objeto dela, incide sobre a qualidade da imagem deste último, mas não sobre suas possibilidades de singularização.
- d) Para que haja o reconhecimento e a identificação do eu com a imagem, é preciso que não operem instâncias simbólicas antagônicas, sob pena do ideal do eu, responsável pela organização e coerência dessa realidade psíquica, não se constituir de forma a suportar as sessões que o *eu* sofre dos contextos de vulnerabilidade.
- e) O chamamento das equipes às falas dos envolvidos em situações sociais críticas de violência, por exemplo, promove uma posição controlada de escuta da potência do silêncio sobre a morte.

40) De acordo com a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas do Brasil (2004), o diagnóstico e o tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, há despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares, sejam profissionais de saúde. Analise as alternativas abaixo e assinale a que corresponde corretamente às informações defendidas pelo material da referida política.

- a) O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de até um ano.
- b) Dentre inúmeros fatores de influência sobre a ineficácia da assistência disponível, consideramos sobremaneira o fato de que os pacientes raramente se recuperam totalmente, sendo um fator decisivo para tanto a falta/oferta de um currículo relativo a abordagem do uso de álcool e drogas, pelas faculdades de medicina.
- c) Existem diversos impedimentos para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. Em um plano moral, os trabalhadores de saúde se negam a procurar conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas geradas pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool.
- d) O acolhimento, no nível assistencial especializado, deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da personalidade evidente dos alcoolistas.
- e) Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais.