



**Cód. 17 - Oncologia e Hematologia - 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)** Para Betty Carter e Monica McGoldrick (1995), um dos elementos chave para a atenção em saúde mental no âmbito da saúde é o entendimento das relações familiares e, especialmente, dos aspectos evolutivos pelos quais boa parte delas passa, em nossa sociedade. É o que as autoras definem como “ciclo vital da família”. Analise as alternativas a seguir e assinale qual delas corresponde à definição correta de ciclo vital, na concepção das autoras.

- a) São os papéis de gênero esperados dos membros do grupo familiar, somados aos papéis etários. Ainda que possam haver variações culturais em sua expressão, em sua estrutura são mais ou menos os mesmos em todas as sociedades.
- b) É a linha do tempo da família, onde se apresentam as datas importantes para ajudar no entendimento dela. Começa com o casamento e termina com a morte do cônjuge.
- c) O ciclo é composto por uma equação de três fatores: estágios predizíveis e transições esperadas em cada marco cultural; mudanças contextuais de padrões e suas adaptações e o ritmo e as expectativas de mudança e ruptura de acordo com a própria história de cada família.
- d) É o que muitos autores se referem como transgeracionalidade, ou seja, os padrões de crise, mudanças e sintomas ao longo das gerações de uma mesma família.
- e) O ciclo vital é a forma de expressão gráfica dos conflitos, sintomas e dificuldades das famílias ao longo de gerações. Também conhecido, no campo aplicado, como genetograma.

**22)** Ao analisarem os estágios do ciclo vital das famílias médias estadunidenses, Carter e McGoldrick (1995) identificaram estágios críticos, que impunham mudanças nas formas como as famílias funcionavam e como se adaptavam ao que as autoras definem como estressores horizontais, ou seja, mais ou menos esperados e ou previsíveis naquela cultura. Ainda que nem todos sejam generalizáveis, o modelo proposto pelas autoras vem sendo empregado em vários países do mundo na compreensão das famílias e suas vicissitudes. Analise as alternativas a seguir e assinale qual delas corresponde corretamente ao modelo das autoras.

- a) Saindo de casa (jovens solteiros); novo casal (união das famílias); famílias com filhos pequenos; famílias com adolescentes; lançando os filhos e famílias no estágio tardio.
- b) Formando novo casal; chegada dos filhos; partida dos filhos; divórcio ou óbito.
- c) Nascimento de filhos; entrada na escola de filhos; saída da escola dos filhos; Ninho vazio.
- d) Formando casal; conjugalidade; parentalidade; casamento dos filhos e morte.
- e) Formando Casal; famílias com filhos pequenos; famílias com adolescentes; lançando os filhos e famílias no estágio tardio e óbito.

**23)** De acordo com Botega (2006), a enfermidade transforma o homem de sujeito de intenções em sujeito de atenção. A internação em um hospital amplia o impacto psicossocial dessa condição de vida e seu stress pode se expressar de várias maneiras. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que contempla corretamente as fases descritas pelo autor.

- a) Ameaça básica à integridade física; Ansiedade de separação; Culpa e medo de retaliação; Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento; Perda da virilidade sexual; O medo da dor e da morte.
- b) Ameaça básica à integridade física; Ansiedade de separação; Medo de estranhos; Culpa e medo de retaliação; Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento; Perda de amor e de sexo; O medo de dano a partes do corpo.
- c) Ameaça básica ao físico; Culpa e medo de retaliação da equipe; Medo da perda do controle mental; Perda da família; O medo de dano a partes do corpo; O medo da dor e da morte.
- d) Ameaça básica à integridade narcísica; Ansiedade de mutilação; Medo de estranhos; Culpa e medo de retaliação; Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento; Perda da família; O medo da dor e da morte.
- e) Ameaça básica à integridade narcísica; Ansiedade de separação; Medo de estranhos; Culpa e medo de retaliação; Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento; Perda de amor e de aprovação; O medo de dano a partes do corpo; O medo da dor e da morte.

**24)** Segundo Botega e colegas (2006), a questão da terminalidade e dos cuidados para com pacientes sem possibilidade de cura, supõe questões éticas e técnicas complexas. O paciente sem possibilidade de cura sempre terá a possibilidade de receber terapêutica para melhorar alguns de seus sintomas. Segundo a OMS, um morrer adequado dá-se quando o paciente, familiares e cuidadores não passam por sofrimento que poderia ser evitado, quando está de acordo com as aspirações do paciente e de seus familiares e quando está em conformidade com padrões culturais, éticos e clínicos. Os autores compilam da literatura, algumas orientações, como:

- I- Os conflitos pessoais tais como temor em relação à falta de controle, devem ser reduzidos a um mínimo.
- II- O indivíduo deve manter seu senso de identidade.
- III- O controle da dor é o elemento central a considerar nas estratégias de manutenção da vida por via mecânica.
- IV- Relacionamentos mais próximos devem ser incrementados, ou no mínimo mantidos, e, se possível, com a resolução de eventuais conflitos.
- V- A pessoa deve ser capaz de estabelecer e tentar alcançar alguns objetivos significativos e condizentes com sua condição, a fim de manter um sentimento de continuidade em relação ao futuro.

Dentre as alternativas a seguir, assinale a que contempla os elementos que os autores apresentam como associados ao morrer adequada e dignamente.

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

**25)** A avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos, passa por diferentes dimensões e processos clínicos e psicossociais. De acordo com o postulado por Costa Neto, Cavalcanti e Araújo (in Carvalho e colegas-2008), são três os domínios centrais da vida que devem ser considerados nestes contextos: a existência, a pertença e a ação. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que define corretamente esses domínios, de acordo com os supracitados autores.

- a) O domínio da existência inclui três subdomínios: 1. saúde física (higiene pessoal, nutrição e exercícios); 2. Saúde psicológica (adaptação, cognições, sentimentos, autocontrole) e 3. Domínio material (impactos econômicos, laborais, financeiros).
- b) O domínio da existência inclui três subdomínios: 1. saúde física (higiene pessoal, nutrição e exercícios); 2. Saúde psicológica (adaptação, cognições, sentimentos, autocontrole) e 3. Existência espiritual (valores, padrões pessoais, crenças espirituais, religiosas ou não).
- c) O domínio da pertença é constituído por três aspectos: 1. Pertença física (casa, local do trabalho, vizinhança, comunidade); 2. Pertença emocional (sentimentos e afetos) e 3. Pertença comunitária (acesso a recursos, serviços sociais e de saúde, trabalho, programas recreativos e educacionais).
- d) O domínio da pertença é constituído por três aspectos: 1. Pertença física (casa, local do trabalho, vizinhança, comunidade); 2. Pertença emocional (sentimentos e afetos) e 3. Pertença social (familiares, amigos, colegas).
- e) O domínio da ação refere-se à atividades conduzidas pelas metas terapêuticas que promovem atividades de reabilitação e reinserção comunitária, laboral, familiar, entre outras.

**26)** Elisabeth Kübler-Ross (1969), ao apresentar os impactos da premência da morte e da terminalidade e como elas tendem a se apresentar de diferentes maneiras, intensidades e formas, durante o processo de assunção da condição de terminalidade. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que contempla corretamente os estágios pelos quais passam os paciente moribundos.

- a) Negação, isolamento, raiva e aceitação.
- b) Negação, raiva, barganha e aceitação.
- c) Negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.
- d) Isolamento, raiva, defesa, depressão e aceitação.
- e) Isolamento, fechamento, agressividade, melancolia e depressão.

**27)** De acordo com Simonetti (2004), as características da UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) podem favorecer o surgimento de sintomas psicopatológicos em pacientes graves hospitalizados. O autor, na referida obra chega a propor uma caracterização de “Síndrome da UTI”, que inclui diferentes características e processos identificados por outros autores da área. Assinale dentre as alternativas a seguir, a que contempla corretamente elementos da proposta de Síndrome da UTI.

- a) Sono intermitente, perda de controle esfíncteriano, alta manipulação por terceiros.
- b) Frases desarticuladas, desorganização do círculo circadiano, comportamentos compulsivos.
- c) Frases desarticuladas, habilidades emocionais, alteração do desejo sexual.
- d) Frases desarticuladas, atitudes obsessivas, perda da consciência de tempo e espaço físico.
- e) Desestimulação físico-perceptual, humor instável, desorganização mental.

**28)** Heloísa Chiattonne (em Angerami-Camon e colegas, 1996), ao discutir a hospitalização e a premência da morte em crianças com doenças graves e/ou terminais, destaca a importância das equipes de saúde atuarem na clarificação e facilitação da expressão de seus sentimentos, fantasias e temores frente à morte, especialmente na elaboração do luto. Considerando as orientações da autora, assinale a alternativa que contempla corretamente atitude terapêutica frente a possibilidade da morte com crianças.

- a) As crianças tendem a apresentar atitudes classificáveis como microssuicídios, através da rejeição de alimentos e da neurotização frente às condutas clínicas. As ações terapêuticas devem focar o enfrentamento desses sintomas pela promoção dos potenciais de vida, de expressão às fantasias e de promoção da criatividade e da sinceridade.
- b) As crianças tendem a ser mais saudáveis que os adultos frente à morte, devido à presença ainda recente do trauma da separação e das marcas que essa ansiedade provoca. Mas ações terapêuticas devem se centrar em apagar essa ansiedade de separação revivida pela doença e poder expressar sua dor.
- c) O escamoteamento da verdade sobre a morte provoca um sentimento de estar sendo enganado ou sendo considerado ingênuo, o que pode causar sentimentos de solidão e prejudicar a alta. Deve-se falar apenas o necessário, e apenas quando fica evidente no ato a percepção da criança sobre o tema.
- d) A criança tende a associar a morte ao sono, pela imobilidade. É terapêutico movimentar, inclusive fisicamente a criança, para que a ela sinta o potencial de vida e criação que ainda tem.
- e) Evitar falar sobre a morte com a criança terminal é extremamente prejudicial a ela, pois percebe as coisas, mas ainda se sente confusa com suas percepções. É terapêutico confirmar as percepções e aclarar fantasias. Não falar sobre a dor da morte tem efeito contrário à proteção desejada, pois aumenta a angústia e a confusão.

**29)** Romano (1999) destaca que para além dos aspectos clínico-terapêuticos, profissionais da Psicologia podem ser convocados à analisar e intervir sobre aspectos institucionais. A autora, em consonância com autores do campo psicanalítico, defende que a dimensão institucional abarca, concomitantemente, ao menos três estratégias. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que contempla de forma correta as estratégias defendidas pela autora.

- a) Estudo da estrutura e da dinâmica das personalidades da equipe, estudo dos estressores do trabalho com a dor e a morte e estudo dos processos gerenciais de recrutamento, seleção e treinamento de pessoal.
- b) Estudo da estrutura e da dinâmica das personalidades da equipe, estudo da psicologia das instituições e estudo do campo de gestão de pessoas.
- c) Estudo da estrutura e da dinâmica das personalidades da equipe, estudo das implicações psicossociais e sanitárias do trabalho em saúde e estudo dos processos gerenciais de recrutamento, seleção e treinamento de pessoal.
- d) Estudo da estrutura e dinâmica das instituições, estudo da psicologia das instituições e estudo da psicologia institucional (cujo enfoque é o cumprimento mais eficaz do papel profissional).
- e) Estudo da estrutura e dinâmica das instituições, estudo dos estressores do trabalho com a dor e a morte e estudo do campo de gestão de pessoas.

**30)** Em sua orientação sobre o trabalho dos profissionais da psicologia no âmbito hospitalar, Belkiss Romano (1999) postula que é preciso que os profissionais estejam disponíveis e possam intervir sempre que julgarem necessário e não apenas quando solicitados. Preferencialmente, segundo a autora, deve estar ao lado dos pacientes e colaborar no desenvolvimento de uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos com a equipe. Nessa direção, a autora apresenta ainda tipos de relação que seriam particularmente interessantes para os psicólogos hospitalares. Considere as alternativas a seguir e assinale a alternativa que **NÃO** figura entre as relações foco de atenção defendidas pela a autora.

- a) Pessoa com pessoa (quem é o paciente e quem é cuidador).
- b) Paciente com grupos (familiar, equipe, outros pacientes).
- c) Familiares entre si (situações e padrões vinculares e de relação para além do paciente identificado).
- d) Paciente com o adoecer e com o processo de hospitalização.
- e) Paciente consigo mesmo (personalidade, necessidades).

**31)** Salvatori e Sá (em Stenzel e colegas, 2012), ao analisarem as particularidades dos pacientes onco-hematológicos destacam alguns sentimentos e características comuns. Dentre as alternativas a seguir, identifique aquela que corresponde ao defendido pelas autoras.

- a) Medo e incerteza em relação à morte, dor, desfiguração, inaptidão e ruptura das relações.
- b) Temor à morte, ao legado fantasmático aos familiares e as implicações hereditárias.
- c) Incertezas frente à cura, desconfiança das equipes de saúde e culpa em relação à doença.
- d) Medo do descontrole físico e da morte, do legado familiar (simbólico e hereditário) e impacto laboral/educacional.
- e) Temor de morte e perda psicossocial (laboral, financeira, familiar e conjugal).

**32)** O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é um dos procedimentos clínicos complexos pelos quais podem ser submetidos pacientes neoclássicos e hematológicos. É um procedimento crítico que também tem implicações psicológicas importantes. Londero, Gonçalves e Oliveira (em Stenzel e colegas, 2012) analisam essa relação e apresentam alguns elementos importantes para o trabalho da psicologia no âmbito do TCTH - desde sua ideação, até as etapas pós-procedimento. Assinale, dentre as alternativas a que contempla as etapas descritas pelas autoras e suas respectivas implicações psicológicas.

- a) O Pré TCTH (fase de angústias, ansiedades e expectativas frente às sequelas e aos impactos familiares); o TCTH propriamente dito (hospitalização, quimioterapia/radioterapia e infusão de novas células - desgaste físico, alterações fisiológicas, fadiga, estresse emocional, fantasias e preocupações referentes à sexualidade) e pós-TCTH (período inicial de ambivalência em relação à autonomia, idealização e progressivo aumento dos cuidados até a manutenção química final).

b) O Pré TCTH (fase de ansiedades e expectativas de cura e negação dos riscos); o TCTH propriamente dito (hospitalização, quimioterapia/radioterapia e infusão de novas células - desgaste mental, alterações fisiológicas, fadiga, estresse emocional, fantasias de cura e preocupações com o futuro desempenho sexual) e pós-TCTH (período inicial de ambivalência em relação à autonomia, idealização e progressivo aumento de autonomia dos cuidados químicos paliativos).

c) O Pré TCTH (fase de angústias, raiva, desconfiança da equipe e vontade de abandonar o tratamento); o TCTH propriamente dito (hospitalização, quimioterapia/radioterapia e infusão de novas células- desgaste físico, alterações fisiológicas, fadiga, estresse emocional, fantasias e preocupações) e pós-TCTH (período inicial de ambivalência em relação à autonomia, idealização e progressivo aumento dos cuidados e manutenção da vida).

d) O Pré TCTH (fase de angústias, ansiedades e expectativas frente aos riscos, benefícios e cuidados); o TCTH propriamente dito (hospitalização, quimioterapia/radioterapia e infusão de novas células- desgaste físico, alterações fisiológicas, fadiga, estresse emocional, fantasias e preocupações) e pós-TCTH (período inicial de ambivalência em relação à autonomia, idealização e progressivo aumento de autonomia e diminuição dos cuidados).

e) O Pré TCTH (fase de angústias, ansiedades e expectativas frente aos riscos, benefícios e cuidados); o TCTH propriamente dito (hospitalização, quimioterapia/radioterapia e infusão de novas células- desgaste físico, alterações fisiológicas, fadiga, estresse emocional, desconfiança da equipe) e pós-TCTH (período inicial de ambivalência em relação à vida, idealização e progressivo aumento dos cuidados).

**33)** Edna Bispo e colegas (em Carvalho e colegas, 1998), ao relatarem sua experiência de trabalho grupal (de apoio e auto-ajuda) com pacientes oncológicos (e seus familiares), destacam que as sessões podem- e devem - idealmente, ter características diferentes e abordar diferentes aspectos e linguagens do processo de adoecimento, tratamento e alta. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que contempla a diversidade de atividades proposta pelas autoras como alternativas no trabalho grupal.

a) Reuniões de compartilhamento; grupoterapia; reuniões informativas; atividades de divulgação e esclarecimentos à comunidade e Sessões de monitoramento.

b) Reuniões de compartilhamento; reuniões científicas; atividades sociais; programa avançado de auto-ajuda; atividades de divulgação e esclarecimentos à comunidade; apoio e suporte à familiares; habilitação de profissionais.

c) Reuniões de compartilhamento; atividades educativas; programa avançado de reabilitação emocional e física; atividades de divulgação e esclarecimentos à comunidade; apoio e suporte à familiares; habilitação de cuidadores.

d) Reuniões de compartilhamento; grupoterapia; terapia ocupacional; programa avançado de auto-ajuda; atividades de divulgação e esclarecimentos à comunidade; apoio e suporte à familiares; habilitação de profissionais.

e) Grupoterapia; reuniões científicas; atividades sociais; terapia ocupacional; atividades de divulgação e esclarecimentos à comunidade; apoio e suporte à familiares; habilitação de profissionais.

**34)** O trabalho desenvolvido por Rodrigues e Braga (em Carvalho e colegas, 1998) no âmbito hospitalar dá ênfase a uma dimensão importante no trabalho clínico e de prevenção: o cuidado com os cuidadores dos pacientes. Além da importância óbvia do apoio a quem cuida (particularmente as equipes) de pacientes em situação grave de saúde, previne o esgotamento e amplia o potencial de suporte e acompanhamento aos pacientes. Dentre as alternativas a seguir, assinale aquela que **NÃO** contempla a proposta apresentada pelos autores.

- a) Módulo conscientização e sensibilização na descoberta do estresse - trabalha a definição e diagnóstico de estresse, repercussões físicas, atitudinais e suas relações.
- b) Módulo transformando o estresse - a comunicação do corpo - profissional/paciente/equipe - trabalha a consciência corporal, os sinais físicos e suas reações. Início de técnicas e discussões sobre o cuidado, o auto-cuidado e o cuidar.
- c) Módulo expressando o sentir - trabalha as formas adequadas de expressão do medo, da raiva e da ansiedade no mundo hospitalar.
- d) Módulo uma história que se oculta no corpo - saúde *versus* doença - Trabalho voltado às dimensões psicossociais e espirituais, integrando modos de agir e reagir, transformando o que se pensa no gradiente saúde doença.
- e) Módulo vivendo e morrendo no hospital - a morte como experiência de vida - Propiciar espaços onde as percepções sobre a morte e o morrer podem ser questionadas, assim como os medos e etapas por ela deflagrada.

**35)** Hauck e Azevedo (em Botega, 2006) apresentam uma análise sobre os processos traumáticos, sua caracterização, epidemiologia e estratégias de cuidado. Dentre essas últimas, as autoras contrastam uma série de mitos sobre as intervenções psicológicas e as contrastam com indicadores baseados em evidências. Analise as alternativas a seguir e assinale a que indica uma resposta correta no trabalho com situações traumáticas.

- a) Prescrever benzodiazepínicos no momento do trauma alivia o sofrimento e é a melhor opção.
- b) Admitir a gravidade do acontecimento e de sentimentos de tristeza, raiva, desamparo e impotência que decorrem dele ajudam o paciente na difícil tarefa de elaborar a situação traumática e encontrar alternativas para retomar seu funcionamento habitual.
- c) Falar sobre o evento traumático pode piorar o prognóstico. O melhor é evitar o assunto.
- d) Deve-se evitar falar sobre culpa nessas situações.
- e) Mostrar para o paciente que “existem situações bem piores que a sua” ou que “poderia ser bem pior” é uma boa alternativa para que ele se sinta aliviado.

**36)** Liberato e Carvalho (em Carvalho e colegas, 2008), apresentam vários elementos que caracterizam o campo das psicoterapias em psico-oncologia. Além de elementos teóricos e técnicos comuns a outros contextos de aplicação, destacam especificidades técnico-contextuais da atenção psicológica a pacientes oncológicos, seus familiares e equipes de cuidado. Assinale, dentre as alternativas a seguir a que corresponde corretamente aos pontos defendidos como específicos pelos autores.

- a) Uma boa aliança terapêutica é particularmente importante no ambiente persecutório das instituições hospitalares.
- b) Foco na ansiedade gerada pelos exames (diagnósticos e de controle), premência das cirurgias e tratamentos quimio e radioterápicos, pois além das fantasias de morte acionadas, a adesão a esses tratamentos – muitas vezes dolorosos – depende muito do estado emocional do paciente.
- c) O temor à morte, comum aos espaços de hospitalização, por isso o trabalho psicoterapêutico deve se centrar no campo do desvelamento dessas fantasias.
- d) A adesão ao tratamento psicoterapêutico é o melhor indicador das potencialidades de sobrevivência desses pacientes pós-tratamento clínico.
- e) A dor é o ponto chave da busca pelas formas psicológicas de atenção, particularmente quando a ansiedade que ela gera é desadaptativa aos outros papéis que o paciente desempenha com a família e comunidade.

**37)** Peçanha (em Carvalho e colegas, 2008) destaca o papel das estratégias de enfrentamento (também conhecidas como estratégias de coping) como um elemento chave a ser considerado dentro dos recursos psicossociais de enfrentamento à morte e às doenças, tanto por parte de pacientes, como por parte de familiares e equipes. Dentre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta definição correta desse tipo de estratégias.

- a) Busca de informação – informações para desenvolvimento cognitivo sobre o quadro de estresse enfrentado.
- b) Ação direta - formas diretas de evitar o problema.
- c) Inibição da ação – bloqueio, paralisia frente aos estressores.
- d) Esforços intrapsíquicos – recursos que permitem negar ou esquivar-se do problema, com objetivo de regulação emocional.
- e) Busca do outro – mecanismo projetivo de responsabilização de terceiros pelo enfrentamento do estressor.

**38)** Quando discute as dimensões relacionais presentes nos processos de transplante de medula óssea (TMO), Baron (em Mello Filho e colegas, 2004) destaca que por mais que não haja identificação física entre o par, paira no ar uma sensação de que se estabelece um contrato não verbal, um contato não no plano físico, porém inconsciente entre doador e receptor da medula. Há um sentimento de igualdade, de relativa simbiose, de aliança, onde não é possível separar as partes. Por isso, o doador precisa estar bastante informado, de corpo e coração aberto para poder ajudar no momento da transferência de sua medula óssea saudável e compatível ser introduzida no interior do seu par. Pensando nessa dinâmica relacional e nas demais implicações descritas pela autora, assinale dentre as alternativas a seguir a que caracteriza corretamente os principais sentimentos manifestados pelos doadores de medula.

- a) Sentimentos de abandono, os medos da dor, da morte, das mudanças extra e intracorpóreas.
- b) Sentimentos de medo da dor e da rejeição do transplante, amparados pela esperança do sucesso do procedimento.
- c) Sentimento de medo da morte, de contaminação, de fracasso do procedimento e de curiosidade sobre o impacto da doação física no âmbito psicossocial do receptor.
- d) Sentimento de angústia frente ao fracasso do procedimento, temor de contaminação, medo da dor.
- e) Sentimento de medo de tirarem algo que é seu, sem volta, das perdas, da castração, de falta relativa. Curiosidade e autoestima elevada, fortalecidos e recompensados pelo seu gesto de generosidade.

**39)** Schávelzon (em Mello Filho e colegas, 2004), na aproximação que faz entre o câncer e a psicossomática, aponta que cada vez mais, o câncer vem deixando de ser entendido apenas como um processo patológico, para ser interpretado como um fato biológico, com implicações em todas as demais dimensões dos sujeitos que passam por essa experiência de adoecimento. O autor sintetiza os vários elementos que corroboram sua argumentação, aplicados particularmente ao câncer, em diferentes grupos de afetações, da seguinte maneira:

- I-** *Processos sépticos ou infecciosos. O indivíduo reconhece claramente um não ego invasor externo, alheio, uma proteína heteróloga e diferente. Com isso, põe em marcha um complexo sistema defensivo, que procura eliminar esse elemento.*
- II-** *Processos ou enfermidades de órgãos ou de funções. Estas são doenças do ego do próprio indivíduo, de estrutura homóloga e, por isso, não provocam fenômenos imunológicos, não podendo existir vacinas e não sendo indicados os antibióticos.*
- III-** *Processos patologizantes psiconeuroimunológicos. O adoecimento se dá na equação de uma série de fatores, não necessariamente identificáveis como hierárquicos – de caráter imunossupressor endógeno, com forte caracterização de comorbidades psiquiátricas.*
- IV-** *Enfermidades dependentes de uma modificação na leitura do ego e do não ego, como o câncer e as afecções de autoagressão ou autoimunes, durante a gestação ou pelo bloqueio da capacidade de leitura do não ego, como a AIDS.*

Considerando as afirmativas anteriores, marque a alternativa que contempla a resposta correta, de acordo com o postulado por Schávelzon.

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

**40)** Em sua análise sobre os processos psicoterapêuticos de orientação psicanalítica em âmbito hospitalar, Santos Filho (em Mello Filho e colegas, 2004) destaca que a ação de “mecanismos” psicológicos sobre os pacientes que sofrem de transtornos somáticos ou orgânicos exige, de início, uma caracterização de objetivos. A relação entre a representação recalcada e o produto consciente, o sintoma, por exemplo, é uma relação simbólica. E a via de expressão desta determinada representação é a simbólica não é uma via anatômica, biológica, de formação de sintomas. As manifestações que assim se formam são as neuróticas, histéricas, e fazem parte do “corpo neurótico”. Considerando tais afirmações, assinale a alternativa que contempla corretamente as características desse processo de manifestação, de acordo com o autor.

- a) Expressa representações que não podem ser conscientes devido ao afeto (angústia) que produziriam. Isso se dá através do recalçamento da porção ideativa da representação e expressa um discurso – no sintoma neurótico, histérico, o corpo “fala”, narra uma história significativa, que pode ser “lida” e “ouvida”.
- b) Admite uma relação dupla com a representação. Uma relação plástica, concreta, e outra abstrata, conceitual que não pode ser revertida através da palavra. Este fato relaciona-se intimamente ao conceito de “forclusão” e aos efeitos da associação livre e da interpretação sobre o sintoma neurótico.

- c) Relaciona-se com a vida e a história sexual do sujeito. Articula um aspecto da pulsão de morte. Expressa uma determinada “identificação” com a doença. Nesta identificação pode estar implícita a ideia de um “destino” totalmente desconhecido sob o ponto de vista da consciência do sujeito.
- d) Expressa uma comunicação desconhecida do sujeito. O sintoma neurótico dirige-se à equipe. Relaciona-se essencial e constitutivamente com algo que a psicanálise conceitua como “sintoma”, como denúncia do trauma.
- e) Inclui-se numa perspectiva metapsicológica dinâmica; ou seja, como solução para conflitos de forças que se opõem no interior do psiquismo do sujeito e pode ser pensado em termos da conflitiva edípica, revivida transferencialmente com o médico.