



Cód. 4 e Cód. 23 - Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia
e Saúde da Família e Comunidade - 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) No “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (2011), organizado por Dulce Chiaverini, há a apresentação da ferramenta do genograma, ou genetograma ou ainda familiograma que é um instrumento essencial para o profissional de saúde que trabalha com famílias, pois permite descrever e ver como uma família funciona e interage. Considerando os elementos apresentados pela autora no que se refere ao uso desse instrumento de intervenção, analise as assertivas abaixo.

- I- Funciona para identificar a estrutura da família.
- II- Serve para explicitar seus padrões de relação.
- III- Mostra as doenças e os problemas que costumam ocorrer.
- IV- Identifica a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer.
- V- Evidencia as conflitivas intrapsíquicas que organizam a família e geram os sintomas de seus membros.

Considerando as assertivas acima de acordo com o defendido pela referida obra, quais estão corretas?

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

22) O “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (2011), organizado por Dulce Chiaverini, apresenta a ideia de Projeto Terapêutico Singular (PTS) como recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. O uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. Dentre as ações previstas para a definição de um PTS, está a formulação diagnóstica multiaxial. De acordo com o referido Guia, assinale a alternativa que contempla corretamente todas as dimensões desse tipo de diagnóstico ampliado.

- a) Condições socioeconômicas; Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; Configuração Familiar; Avaliação de incapacidade e Problemas sociais.
- b) Condições socioeconômicas; Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; Problemas de saúde em geral; Avaliação de incapacidade e Problemas sociais.
- c) Sintomas mentais e transtornos mentais; Configuração Familiar; Problemas de saúde em geral; Avaliação de incapacidade e Espiritualidade.
- d) Sintomas mentais e transtornos mentais; Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; Problemas de saúde em geral; Avaliação de incapacidade e Problemas sociais.
- e) Sintomas mentais e transtornos mentais; Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; Problemas de saúde em geral; Avaliação de incapacidade e Problemas sociais.

23) Amarante e Nunes (2018), em sua revisão histórico-epistemológica sobre a reforma psiquiátrica brasileira, relembram que o relatório da Comissão de Saúde Mental do Cebes apresentado em 1979 no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados observava que 96% de todos os recursos gastos na assistência psiquiátrica eram destinados ao pagamento de diárias hospitalares nos mais de 80 mil leitos existentes no país em 1977. Observava ainda que de 1973 a 1976 as internações psiquiátricas aumentaram 344%. Esse dado, somado a uma série de relatórios de violência e negligência institucional, serviram para sensibilizar toda a área da saúde para a mobilização de mudanças na área. Considerando os dados atuais oficiais, sobre a internação psiquiátrica, podemos ter um parâmetro do impacto dessas mudanças. Analisando as alternativas a seguir, assinale a que tem a resposta correta quanto aos leitos psiquiátricos no Brasil, atualmente.

- a) Mesmo com o expressivo aumento populacional e, com a universalização do acesso à saúde, o Brasil passou dos 80 mil leitos na década de 1970 para menos de 5.000 em 2014, último dado oficial.
- b) Mesmo com o expressivo aumento populacional e, com a universalização do acesso à saúde, o Brasil passou dos 80 mil leitos na década de 1970 para 25.988 em 2014, último dado oficial.
- c) Mesmo com o expressivo aumento populacional e, com a universalização do acesso à saúde, o Brasil passou dos 80 mil leitos na década de 1970 para zerar esses leitos em hospitais psiquiátricos específicos em 2016.
- d) Considerando o expressivo aumento populacional e, com a universalização do acesso à saúde, o Brasil aumentou consideravelmente a razão de leitos com fins psiquiátricos, ao menos até 2014, último dado oficial.
- e) Apesar de muitos esforços em termos de processos, programas e serviços substitutórios, a lógica manicomial persiste, exemplo do aumento considerável de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hoje já mais numerosos que os leitos especificamente manicomiais dos anos 1970.

24) Em sua análise histórica e epistemológica sobre a mudança da lógica assistencial em saúde mental no Brasil - a Reforma Psiquiátrica - Amarante e Nunes (2018) apresentam várias etapas dessa história, especialmente após a inclusão da saúde como política universal do Estado, na Constituição de 1988. Essa mudança gera várias ações que rapidamente passam a ter visibilidade, como a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local. Esses novos serviços e estratégias, a partir dos anos 1990 também possuem objetivos específicos, diferentes da lógica manicomial. Analisando as alternativas a seguir, assinale a que tem a resposta correta quanto às expectativas e/ou tipos de serviços promovidos pelas referidas legislações.

- a) Os CAPS passam a ser os únicos responsáveis pelo acompanhamento local e pelas novas internações de média e longa duração.
- b) Novos dispositivos são criados em etapas de transição, até a real implantação dos CAPS, tais como os antigos hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas.
- c) Novos dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas.
- d) Os dispositivos criados nas estruturas físicas dos antigos manicômios, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas hoje funcionam integrados nas estratégias de saúde da família (ESFs), na estrutura física da atenção básica.
- e) A atenção básica, especialmente as ESFs, são as responsáveis, atualmente por oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar breve.

25) A discussão em torno das desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental. De acordo com Barata (2009), existem muitos marcos teóricos que nos auxiliam a entender esse fenômeno. Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Analisando as alternativas à seguir, assinale aquela que contempla o entendimento da autora sobre como o processo saúde-doença ajuda a entender as desigualdades sociais em saúde no Brasil.

- a) Os processos de análise dos determinantes sociais em saúde deveriam ser menos subjetivos e mais enfocados na perspectiva epidemiológica societária, para que políticas gerais de saúde possam ser de fato planejadas sem dispersão acerca de pontualidades grupais ou temporais.
- b) No Brasil, há uma heterogeneidade populacional muito grande, o que impossibilita dar maior ênfase explicativa aos modos de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de determinação social da saúde.
- c) O modelo aplicado pelo SUS para analisar a determinação social do processo saúde-doença se centra exclusivamente em pensar os modos de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos, sendo os primeiros, sempre mais importantes, pois dão a base para a construção de políticas eficazes.
- d) A versão brasileira da teoria da determinação social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, as quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida.
- e) A versão brasileira da teoria da determinação social do processo saúde-doença é uma das únicas que dá menor ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele são menores os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, as quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida, ou seja, de generalização epidemiológica utópica.

26) Em sua conceituação sobre os determinantes sociais em saúde, Rita Barata (2009) discute como a mudança da análise de risco e multideterminantes foram perdendo espaço para conceituações sócio-históricas e, nesse processo, como há uma influência importante das conceituações marxistas. Segundo a autora, no Brasil, desde a década de 1980 foram feitas várias tentativas de operacionalização do conceito marxista de classe social para uso em investigações empíricas em diferentes campos do conhecimento, incluindo a saúde. Na concepção marxista, por exemplo, as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. Assinale a alternativa que corresponde à conceituação da autora sobre classe social em pesquisa epidemiológica em saúde.

- a) Como as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, esse tipo de discussão só consegue ser de fato eficaz na análise epidemiológica da saúde dos trabalhadores.
- b) Para efeito das investigações epidemiológicas, o que se pede ao conceito de classe social é que através dele possam ser identificados grupos definidos a partir de seus vínculos sociais estruturais, que são os determinantes mais imediatos das condições de vida das famílias e, portanto, da situação de saúde dos indivíduos.
- c) Para efeito das investigações epidemiológicas, o que se pede ao conceito de classe social é que através dele possam ser identificados grupos definidos a partir de seus vínculos laborais, que são os determinantes mais imediatos das condições de saúde dos indivíduos.
- d) Para a elaboração das políticas de saúde, a ideia de classe social deveria servir para analisar o risco econômico associado aos diferentes acessos de subsídios sanitários, tal como idealiza o SUS.
- e) Para o caso brasileiro, atendendo as prerrogativas do sistema sanitário, a ideia de classe social serve para gerenciar acesso e acessibilidade sob risco de exclusão econômica.

27) De acordo com a análise de Rita Barata (2009), ainda na década de 1970 começa a chamar a atenção o fato de que, a partir de certo limiar de renda, os ganhos adicionais na esperança de vida deixam de estar associados aos níveis médios de renda. As análises das relações entre PIB per capita e esperança de vida ao nascer mostram que de maneira geral os países mais pobres também apresentam menores esperanças de vida. Entretanto, algumas exceções chamam a atenção. Considerando esse fenômeno, às vezes paradoxal, analise as assertivas a seguir.

- I- Os impactos das desigualdades na qualidade de vida são diretos sobre os mais pobres, mas afetam as demais camadas da sociedade porque provocam deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e da violência.
- II- Os períodos em que houve maior aumento na esperança de vida na Inglaterra foram os que coincidiram com a primeira e a segunda guerras mundiais. Ao contrário do que seria esperado, a escassez a que a população civil foi submetida nessas épocas não foi acompanhada de redução na esperança de vida.
- III- O Sri Lanka e o Vietnã, países muito pobres com PIB per capita inferior a US\$ 1.500,00, apresentam esperança de vida acima de 70 anos; o Gabão com PIB per capita mais alto que o do Brasil e com esperança de vida cerca de 15 anos mais baixa; a Costa Rica com PIB per capita oito vezes menor do que o dos Estados Unidos e a mesma esperança de vida.
- IV- Tomando como referência a taxa de mortalidade nos funcionários administrativos na Inglaterra, os executivos apresentam risco de morrer por doença isquêmica do coração 2,1 vezes menor.

De acordo com o defendido pela autora, quais estão corretas?

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

28) Em sua apresentação sobre o campo grupal, Barros (1997) advoga por uma perspectiva chamada dispositivo-grupo. Segundo a autora, essa perspectiva se identifica com as ideias do filósofo Gilles Deleuze, que se perguntaria se as linhas de subjetivação não seriam a borda extrema de um dispositivo, ou seja, o caminho de passagem a outro dispositivo. Para a autora, o dispositivo grupo poderia incidir exatamente onde a linha de subjetivação-indivíduo aparece. Tais afirmações possuem importância no entendimento do trabalho grupal possível em saúde. Assim, assinale a alternativa correta no entendimento da autora das possibilidades dessa conceituação grupal.

- a) A atividade grupal pode tensionar não apenas espaços existenciais, mas fantasmáticos das impossibilidades e dos interditos culturais às formas de sofrimento.
- b) O campo grupal, apesar de ser aberto por definição, possibilita a captação de um mundo das margens, mas material, sempre conectado à existência.
- c) O grupo é um espaço “entre” dois planos, o do sujeito e o do social, o primeiro, que modifica e generaliza e o segundo que realiza e controla as variações.
- d) No trabalho grupal estabelecem-se conexões não apenas entre pessoas diferentes, como também entre modos de existencialização diferentes, ampliando o campo de confrontos e de interrogações, criando fossos onde antes estava cimentado.
- e) O estar frente a outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido- não só enquanto experiência, mas como modo de ataque/defesa que pode ocupar o campo grupal.

29) Em sua defesa do conceito de dispositivo para o entendimento do fenômeno grupal, Barros (1997) apresenta algumas características básicas acerca do que poderia ser essa filosofia. Analise as alternativas a seguir e assinale a correta de acordo com o pensamento da autora.

- a) O dispositivo é sempre uma forma de ação-reação que instrumentaliza as forças de resistência do grupo frente às tarefas impostas.
- b) As conexões são o que melhor caracterizam o dispositivo grupo, pois não obedecem nenhum plano pré-determinado, mas organizam o funcionamento final do grupo.
- c) O que caracteriza o dispositivo é a contenção criativa dos elementos explosivos que podem ser potencializados pelo contato com a diferença de existencialização provocada pelo grupo.
- d) É da fecunda tensão das linhas que configuram o dispositivo que as mudanças grupais são evitadas, no intuito de proteger a ameaça que o próprio processo grupal gera.
- e) O que melhor caracteriza a filosofia dos dispositivos é o repúdio dos universais. Outro elemento é a orientação, que se desloca do eterno, do estável, para apreender o novo.

30) Uma das questões apontadas por Broide e Broide (2015) como de forte incidência no trabalho da psicanálise em território é o impacto da violência e das organizações criminosas na vida dos adolescentes. Ainda de acordo com os autores, a violência sem limites nos territórios fragmentados das periferias tem como consequência a manutenção do sujeito em alerta máximo. Além dessa consideração, analise as alternativas a seguir e assinale a que corresponde ao pensamento dos autores sobre a atenção à jovens em situação crítica.

- a) Quanto maior a pressão, maiores são o esgotamento psíquico e a dificuldade do pensamento e da construção de um projeto de vida. A corrida de obstáculos que é a vida desses jovens gera muita incerteza quanto ao futuro. É a constante presença do sinistro, o *Unheimlich*, de Freud.
- b) Os processos de violência geram uma forte tendência de supressão da palavra, que tende a ser mitigada quando se rompe com as redes sociais e familiares, quebrando assim a cadeia simbólica da violência e gerando esperança ao sujeito.
- c) O sobressalto constante em que vivem as mães dos jovens das periferias brasileiras dificulta a vinculação e o suporte esperado dessas figuras.
- d) A função paterna, nesses contextos é utópica, pois a queda do pai, da lei, têm exclusivamente na figura do traficante seu correlato simbólico.
- e) O cuidado aos adolescentes dos territórios periféricos e violentos só consegue ser operacionalizado a partir das rupturas simbólicas que fatos como a detenção ou a hospitalização produzem.

31) Os psicanalistas Jorge Broide e Emilia Broide (2015), quando planteiam as relações transferenciais no âmbito das intervenções psicanalíticas com crianças e jovens em contextos críticos, fazem algumas observações importantes para o campo da atenção em saúde mental. Considere as alternativas a seguir e assinale a correta de acordo com os argumentos dos autores.

- a) É no campo transferencial que as configurações da conflitiva edípica adolescente mais se materializam e, a transgressão enquanto tendência pode operar tanto contra quanto à favor do campo de cuidado psi.
- b) É quase impossível escapar da posição de *outro* no campo transferencial, ou seja, o papel de juiz, policial, médico, sempre estará colado às equipes de saúde mental e à crítica dos jovens.
- c) O contato transferencial precisa limpar o terreno simbólico que normalmente associa o técnico de saúde mental às figuras maternas, associadas ao conforto e à acolhida, coisas que muitas vezes não conseguem ser mantidas no trabalho terapêutico.
- d) A adolescência força o terapeuta a ocupar sempre um espaço transferencial do Pai e assim, conter de forma afetiva, simbólica e, por vezes materialmente o espaço caótico e transgressor da conflitiva dos jovens em contextos fragilizados.
- e) É praticamente impossível que o adolescente não estabeleça uma relação transferencial com o técnico (em saúde mental) enquanto representante da lei e da sociedade em geral, com a qual está em conflito e faz parte de sua história. Quando o técnico aceita isso sem perceber, acaba ficando incapacitado para a tarefa de cuidado que se espera dele.

32) O Conselho Federal de Psicologia (2011), quando apresenta contribuições sobre a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, discute o impacto do modelo biomédico na saúde mental brasileira. O modelo biomédico é oriundo de alguns séculos na história das práticas sociais. Contudo, na história recente, a colocação das disciplinas a serviço do modelo biomédico pode ser exemplo de como se corre o risco de alimentar tal modelo, mesmo sob o exercício da sua crítica. Considerando as alternativas a seguir, assinale a alternativa correta sobre os riscos que a manutenção do modelo biomédico pode implicar na rede de atenção psicossocial, de acordo com o CFP.

- a) O maior risco da manutenção de estratégias de cuidado centradas na figura médico-psiquiátrica, na prescrição de estratégias prontas, comum a centros de saúde e, que poderiam ser tensionadas nos núcleos de atenção psicossocial, de forma mais comunitária.
- b) O modelo biomédico além de sustentar a hierarquia entre diferentes profissionais, naturalmente gera um acoplamento à lógica da medicalização como eixo dos centros de atenção psicossocial.
- c) A defesa da autonomia dos usuários é uma das estratégias do modelo biomédico, graças a centralização da medicalização, que acaba enfraquecendo as outras estratégias de cuidado.
- d) O modelo biomédico ataca a ideia de que a atenção é oferecida pelos integrantes da equipe por meio de trabalho restrito a promover a articulação e a organicidade das ofertas de tratamento para as pessoas.
- e) O modelo biomédico resiste ao apoio psicossocial pelo risco de que os progressos obtidos pela Lei da Reforma se percam em ações assistencialistas e ou religiosas.

33) De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2011), em suas contribuições sobre a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, a necessidade de atenção para questões decorrentes do uso abusivo de drogas que abrange crianças e adolescentes também precisa ter pontos de ação psicossocial a partir da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, o documento do referido Conselho sugere algumas linhas de ação que poderiam ser adotadas especialmente na atenção psicossocial às crianças e adolescentes. Assinale a alternativa correta de acordo com o texto.

- a) A atenção psicossocial às crianças e adolescentes em contato com o mundo das drogas, requer ações integradas com as forças de segurança e com os Conselhos Tutelares, dada a intersetorialidade das configurações.
- b) Evitar o depósito dessas crianças e jovens em casas abertas para moradia ou centro de convivência precisam ser desconstituídas, tanto como espaços de contenção, quanto de elaboração de possibilidades de cuidado e exclusão social na reconstituição de vínculos sociais, familiares e escolares.
- c) O envolvimento do sistema de educação, intersetorialmente, precisa ser ativado como importante aliado na Rede, primeiramente por meio da promoção de problematização da temática, e também perspectivando práticas de inclusão daquelas crianças ou adolescentes marginalizados do sistema de ensino, pois até mesmo os tratamentos podem exigir distanciamento da escola.
- d) Os CAPSi, funcionando diuturnamente, podem ser importantes como promotores de cuidados intensivos, quando necessário, de modo mais específico, e de modo a evitar a natural tendência hospitalocêntrica dessas instituições.
- e) As ações de apoio psicossocial às crianças e adolescentes envolvidos com abuso de drogas devem ser sempre conectadas com os juizados da infância e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, dispositivo obrigatório a todos os municípios do Brasil.

34) Para Magda Dimenstein e colegas (2009), o processo de inclusão das práticas de saúde mental na atenção supõe uma concepção ampliada de saúde. A saúde precisa ser percebida como recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, principalmente o portador de transtorno mental, na sua vida diária e em seu espaço comunitário. Desse modo, a unidade básica tornou-se fundamental para esse tipo de acompanhamento. Acompanhando a discussão das autoras sobre o papel das ações de saúde mental na atenção básica, assinale a alternativa que apresenta corretamente as potencialidades desse cenário, de acordo com as autoras.

- a) Atuar nas unidades, próximas à comunidade; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com outros serviços; trabalhar norteado por uma perspectiva vigilante sobre os modos de vida, articulando a doença ao contexto familiar; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta.

- b) Atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteado por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta.
- c) Atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos terapêuticos com as pessoas indicadas pelos serviços especializados; trabalhar norteado por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida saudável, articulando a doença ao contexto familiar; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta.
- d) A atuação em território privilegia a relação custo efetividade que implica uma importante economia para o sistema, pois como o trabalho médico e a medicalização seguem de maneira eficaz nas unidades básicas, a orientação dos demais profissionais pelas equipes de saúde mental incrementa a efetividade das ações em saúde mental, com baixo custo.
- e) A atuação em território privilegia a relação custo efetividade que implica uma importante economia para o sistema, pois como o trabalho médico e a medicalização- elemento central da desinstitucionalização- seguem de maneira eficaz nas unidades básicas, a orientação complementar das ações secundárias dos demais profissionais pelas equipes de saúde mental.

35) Ao apresentarem elementos sobre as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes nos processos de matriciamento de saúde mental na atenção básica, Dimenstein e colegas (2009) discutem aspectos conceituais e investigativos. Considerando o postulado pelas autoras, assinale a alternativa correta quanto aos desafios de implementação dos processos de matriciamento em saúde mental na atenção básica.

- a) Necessidade de ampliação do financiamento do modelo; a ampliação da contratação de psiquiatras; o desenvolvimento de mecanismos controle dos serviços; cotidiano imprevisível dos territórios; acomodação e burocratização da vida; relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos pacientes; motivação emancipatória identificada à normatização, à medicalização.
- b) Necessidade de diminuir os custos é a principal complicação; a diminuição das equipes e capacitação técnica; o desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica; cotidiano repetitivo e banalizado; acomodação e burocratização da vida; relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos técnicos; motivação emancipatória identificada à normatização, atitudes anti-medicalização.
- c) Necessidade de redimensionamento do financiamento do modelo; a ampliação das equipes e capacitação técnica; o desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica; cotidiano repetitivo e banalizado; acomodação e burocratização da vida; relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos técnicos; motivação emancipatória identificada à normatização, à medicalização.
- d) Necessidade de redimensionamento do modelo frente aos aumentos populacionais; a ampliação das equipes de psiquiatras; o desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica; cotidiano repetitivo e banalizado; acomodação e burocratização por parte dos trabalhadores concursados; relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos técnicos; motivação emancipatória identificada à normatização, aumento necessário da medicalização.
- e) Necessidade de redimensionamento do sistema frente às imposições jurídicas; a ampliação das equipes e capacitação técnica dos não médicos; o desenvolvimento de mecanismos de controle dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica; cotidiano repetitivo e banalizado; acomodação e burocratização da vida; relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos pacientes; motivação emancipatória identificada à normatização, à medicalização.

36) Antônio Lancetti (2006), em sua apresentação do modelo de clínica peripatética justifica sua escolha conceitual (para além da nominal) em uma série de conceitos de diversos autores, da filosofia e da psicanálise, discutindo concepções de terapêutico, de Setting e conceitualização clínica. Analise as alternativas a seguir e assinale aquela que contempla corretamente as ideias do autor quanto à fundamentação dessa perspectiva clínica no campo da atenção à infância e à família.

- a) A construção de um Setting na atenção básica e seus espaços ambulatoriais, a ampliação dos horários de atendimento de acordo com as demandas dos serviços; a inspiração nas práticas pedagógicas montessorianas e a clínica na escola, integrada ao PSE (Programa saúde na escola).
- b) A construção de um Setting na atenção básica e seus espaços ambulatoriais, a ampliação dos horários de atendimento para além da hora relógio (tempo lógico); a inspiração nas práticas da psicanálise infantil (ludicidade) e a clínica na escola, integrada ao PSE (Programa saúde na escola).
- c) A flexibilização do Setting (ambientes adaptados aos consultórios da atenção básica), a ampliação dos horários de atendimento para além do horário comercial; a inspiração nas práticas da psicanálise infantil (ludicidade), acompanhar a transição de outros serviços (incluídos os totais) para o exercício terapêutico ambulatorial.
- d) A flexibilização do Setting, a ampliação dos fazeres para as casas e contextos de vida das famílias e crianças; a inspiração nas práticas de agentes comunitários, o acompanhamento terapêutico, a busca ativa, acompanhar a transição de outros serviços (incluídos os totais) para o exercício terapêutico no território.
- e) A flexibilização do Setting, a ampliação dos horários de atendimento para além da hora relógio (tempo lógico); a inspiração nas práticas da psicanálise infantil (ludicidade), acompanhar a transição de outros serviços (incluídos os totais) para o exercício terapêutico ambulatorial.

37) Ao apresentar elementos sobre a prática terapêutica com crianças e jovens em situações de grave ruptura social ou psicológica, Antônio Lancetti (2006) traz um conceito que ilustra uma série de situações inesperadas, de intensa ruptura com o processo terapêutico vigente, o que ele chama de *makarenkadas*, em referência aos relatos pedagógicos do poeta russo Anton Makarenko em seu trabalho com jovens. Essas mudanças seriam vitais para a mudança de nível da intervenção terapêutica. Considere as alternativas a seguir e assinale a que contempla corretamente definição e/ou exemplo de situações *makarenkadas*, em termos do autor.

- a) São ações que surpreendem pela força afetiva, que não pode ser prescrito nem como técnica e nem como rotina, pois aí, correria o risco de assumir um papel abusivo, violento. Lancetti ilustra o uso de uma *makarenkada* quando desfere um tapa em um menino e isso abre um novo ciclo de cuidado.
- b) São ações não protocolares, erroneamente chamadas de terapias alternativas, como por exemplo o uso de terapias corporais na clínica psicossocial. Lancetti ilustra o uso de uma *makarenkada* quando massageia um menino e isso abre um novo ciclo de cuidado.
- c) São ações un usuais, erroneamente chamadas de terapias alternativas, como por exemplo o uso de terapias holísticas. Lancetti ilustra o uso de uma *makarenkada* quando um menino atendido inicia práticas de reiki e isso abre um novo ciclo de cuidado.
- d) São ações inusitadas, comumente chamadas de clínica ampliada, como por exemplo o uso de medicina oriental na clínica psicossocial. Lancetti ilustra o uso de uma *makarenkada* quando uma menina em surto é tratada com acupuntura e, com isso se abre um novo ciclo de cuidado.
- e) São ações surpreendentes e não prescritivas, chamadas de clínica ampliada, como por exemplo o uso de artes na clínica psicossocial, coisa nunca antes empregado. Lancetti ilustra o uso de uma *makarenkada* quando abandona o Setting com um menino e se põe a pintar, abrindo assim um novo ciclo de cuidado.

38) Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), ao apresentarem sua teoria sobre como se conformam determinados modos de subjetivação mediante o dispositivo da saúde no campo das políticas públicas, apresentam diferentes caminhos ao longo da história das ciências psi. Essas ciências recriam conceitos de saúde e, com isso também criam ao mesmo tempo, teorias sobre os sujeitos. Em sua teorização, percorrem distintos momentos de aproximação da Psicologia com a área da Saúde. Assinale, dentre as alternativas a seguir, aquela que contempla corretamente as ideias das autoras.

- 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) 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.
- d) 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.
- e) 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.

39) Ferreira Neto e Kind (2010), em sua análise sobre as práticas grupais enquanto dispositivos na promoção da saúde, buscam privilegiar a dimensão processual e de construção histórica das práticas investigadas, através da discussão de cinco aspectos. Assinale, dentre as alternativas a seguir, qual delas contempla as dimensões apontadas pelos autores.

- a) Formação dos profissionais envolvidos; Motivação para a realização dos grupos; mudanças de enfoque das práticas grupais; dimensões informativa e participativa dos grupos e desfecho final.
- b) Motivação para a realização dos grupos; mudanças de enfoque das práticas grupais; dimensões informativa e participativa dos grupos; efeitos e avaliação das práticas grupais.
- c) Motivação para a realização dos grupos; formação profissional; dimensões informativa e participativa dos grupos; efeitos e desfecho final.
- d) Motivação para a realização dos grupos; mudanças formativas; dimensões constitutiva dos grupos; resistências e avaliação das práticas grupais.
- e) Direcionamento da gestão; mudanças formativas; dimensões constitutivas dos grupos; resistências e avaliação das práticas grupais.

40) Em seu mapeamento sobre as diferentes configurações de ações de campo grupal Ferreira Neto e Kind (2010) identificam várias modalidades de atividades grupais, presentes nas estratégias de saúde da família, na atenção básica. Dentre as alternativas a seguir, identifique a alternativa correta, de acordo com o apresentado pelos autores.

- a) Os grupos de conversa centrados em terapias médicas (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas com foco na promoção da saúde, (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida, hiperdia). Junto com eles, são desenvolvidos, grupos de atividades fora da saúde (caminhadas, tarde dançante, artesanato).
- b) Os grupos de conversa centrados em tratamento (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas fora educativas (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida, hiperdia). Junto com eles, são desenvolvidos, grupos de atividades fora da saúde (caminhadas, tarde dançante, artesanato).
- c) Os grupos de conversa centrados em prevenção (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas com foco na desinstitucionalização de saúde mental, (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida, hiperdia). Junto com eles, são desenvolvidos, grupos intersetoriais (grupo de faltosos, de agressores, de vítimas de violência).
- d) Os grupos de conversa centrados terapias (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas com foco na promoção da saúde, (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida, hiperdia). Junto com eles, são desenvolvidos, grupos de atividades legais (grupo de faltosos, de agressores, de vítimas de violência).
- e) Os grupos de conversa centrados em prevenção (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas com foco na promoção da saúde, (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida, hiperdia). Junto com eles, são desenvolvidos, grupos de atividades (caminhadas, tarde dançante, artesanato).