



FIOCRUZ

# Concurso Público Fiocruz 2023

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva e Discursiva

## TE85 - Psicologia



## Prova Objetiva

**01.** Em 2005, o Conselho Federal de Psicologia entregou aos psicólogos e à sociedade o Código de Ética Profissional do Psicólogo, o terceiro da profissão de psicólogo no Brasil. O documento é reflexo da necessidade sentida pela categoria e suas entidades representativas de atender à evolução do contexto institucional-legal do país, marcado pela promulgação Constituição Federal de 1988 e das legislações dela decorrentes. Consoante com a conjuntura democrática vigente, foi construído a partir de múltiplos espaços de discussão sobre a ética da profissão, suas responsabilidades e compromissos com a promoção da cidadania. Sua construção foi pautada pelo princípio geral de aproximar-se mais de um instrumento de reflexão do que de um conjunto de normas a serem seguidas pelo psicólogo. Para tanto, buscou-se:

- (A) valorizar os princípios fundamentais como grandes eixos que devem orientar a relação do psicólogo com a sociedade, a profissão, as entidades profissionais e a ciência, pois esses eixos atravessam todas as práticas e estas demandam uma contínua reflexão sobre o contexto social e institucional.
- (B) abrir espaço para a discussão, pela população em geral, dos limites e interseções relativos aos direitos individuais e coletivos, questão crucial para as relações que estabelece com a sociedade, os colegas de profissão e os usuários ou beneficiários dos seus serviços.
- (C) contemplar a homogeneidade que configura o exercício da profissão dada a não inserção do psicólogo em contextos institucionais e em equipes multiprofissionais.
- (D) estimular reflexões que desconsiderem a profissão como um todo e se fixem em suas práticas particulares, uma vez que os principais dilemas éticos se restringem a práticas específicas e surgem em determinados contextos de atuação
- (E) normatizar a natureza técnica do trabalho, visando assegurar, dentro de valores relevantes para a sociedade e para as práticas desenvolvidas, um padrão de conduta inquestionável que fortaleça o reconhecimento social daquela categoria.

**02.** De acordo com o Código de Ética do Profissional Psicólogo, são Princípios Fundamentais da profissão de psicólogo:

- I. Atuar com responsabilidade social, analisando acriticamente e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- II. Basear o trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- III. Contribuir para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**03.** As Referências Técnicas são instrumentos do Sistema Conselhos para regular o exercício da(o) profissional de Psicologia com a sua teoria acadêmica. A publicação intitulada Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em serviços hospitalares do SUS, elaborada pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), cumpre o papel fundamental de demarcar o posicionamento da categoria e do Sistema Conselhos de Psicologia em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Todas as discussões apresentadas nas Referências são permeadas pela especificidade da atuação da Psicologia no âmbito do SUS, que exige um olhar atento das(os) profissionais para as condições de vulnerabilidade dos sujeitos, assim como uma atuação ativa que denote a importância dessa política pública para a garantia de direitos da população e a transformação das suas condições de saúde e de vida.

Em relação à atuação de psicólogas(os) em serviços hospitalares do SUS, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmações a seguir:

- I. A atividade da(o) psicóloga(o) hospitalar foi regulamentada pelo CFP como uma especialidade que estabelece que este profissional atua em instituições de saúde na prestação de serviços nos pontos secundário ou terciário da atenção à saúde.
- II. A definição da especialidade prevê que a(o) psicóloga(o) hospitalar também atue em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu.
- III. A(o) psicóloga(o) hospitalar tem um espectro considerável de possibilidades de trabalho no referido setor, mas não deve prescindir de conhecer o contexto de sua atuação, a especificidade do seu local de trabalho, além de considerar que está inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, deve ter consciência de que atua em uma das pontas dessa grande rede que é o SUS e é importante que se integre a ela para prestar uma assistência de qualidade, fomentando o trabalho interdisciplinar.

As afirmativas I, II e III são respectivamente:

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

**04.** A nova concepção de atenção à saúde, inaugurada com o SUS, ofereceu à Psicologia uma nova possibilidade de inserção. Para se analisar as relações da Psicologia com o campo de IST/HIV/aids é necessário ter como um dos parâmetros o fato de que o Programa Nacional de IST/HIV e aids se insere nos princípios do SUS de integralidade, igualdade, regionalização e equidade. Considerando a especificidade das vias de infecção e os aspectos sociais e subjetivos suscitados pela epidemia, relacionados ao preconceito e discriminação das pessoas que vivem com HIV, as práticas devem também considerar os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato e resolutividade. (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

Sobre a prática da(o) psicóloga(o) em serviços de saúde na área de IST/HIV/aids, NÃO podemos afirmar que:

- (A) é preciso contextualizar a prática profissional da(o) psicóloga(o) que atua em IST/HIV/aids quanto à lógica do Sistema Único de Saúde, à concepção de saúde, às noções de campo e núcleo de atuação e ao conceito de vulnerabilidade.
- (B) a atuação deve estar vinculada à noção de clínica ampliada, na qual se pressupõe um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, à responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, à busca de parcerias em outros setores (intersectorialidade), ao reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, à busca por outros conhecimentos em diferentes setores.
- (C) a atuação da psicologia no âmbito da saúde não se restringe à psicoterapia, sendo muito mais diversificada e abrangente, voltando-se para as necessidades e demandas de usuários de serviços onde o profissional está inserido.
- (D) a atuação junto à equipe interdisciplinar, acompanhando processos de acolhimento e reflexão sobre a tarefa assistencial dentro do projeto e especificidade de atuação, não é uma atribuição do/da psicóloga(o) na atenção terciária.
- (E) as(os) psicólogas(os) presentes nos serviços de HIV/aids devem dispor dos instrumentos de educação popular para promoção de saúde a fim de construir uma atenção à saúde integral em que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada no cotidiano de suas práticas.

**05.** “Uma vez aprovada a Constituição, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade brasileira. Trata-se, no caso, da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8080/1990).” (PAIM, 2009, p. 51-52).

De acordo com a Lei 8080/90, são Princípios do SUS:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em determinados níveis de assistência. Ou seja, a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade.
- II. 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.
- III. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Ou seja, acesso igual para todos, sinônimo de equidade.

Sobre as afirmações acima, é correto afirmar que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**06.** “A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS,” (Site do Ministério da Saúde). Em relação aos princípios da PNH, a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde, avalie se as afirmativas abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F).

- I. Transversalidade. Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos. A transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.
- II. Indissociabilidade entre atenção e gestão. Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.
- III. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais. As mudanças na gestão e na atenção ganham menor efetividade quando produzidas pela violação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

As afirmativas I, II e III são respectivamente:

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

**07.** A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009) traz informações sobre os direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado. Um dos direitos do cidadão é ter acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Assim, é correto afirmar que:

- (A) o acesso será necessariamente 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 mais próximos de sua casa.
- (B) em caso de risco de vida ou lesão grave, poderá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras, para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.
- (C) 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.
- (D) nas situações de urgência/emergência, nenhum serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa. As pessoas devem, assim, serem encaminhadas as unidades criadas para seu fim.
- (E) quando houver alguma dificuldade temporária para atender às pessoas, é da responsabilidade apenas da direção do serviço acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

**08.** “A universalidade do direito à saúde como garantia de acesso aos serviços de qualidade, na promoção, proteção, e recuperação da saúde para todos, preconizado no Sistema Único de Saúde, une-se à prioridade de crianças e adolescentes, determinada pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, na formulação de políticas públicas que os(as) protejam e garantam os seus direitos atendendo os(as) em suas especificidades contribuindo para um desenvolvimento harmonioso e saudável.” (MS, 2016, p.6). A garantia para os e as adolescentes, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, indica a importância da aceitação da individualidade e da autonomia desse segmento populacional, estimulando-os (as) a assumir a responsabilidade com sua própria saúde.

Sobre o atendimento aos adolescentes, no âmbito do SUS, é correto afirmar que:

- (A) têm o direito de serem atendidos sem discriminação de qualquer tipo. Podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem.
- (B) como ainda não têm o discernimento e autonomia necessários para tomar decisões precisam estar acompanhados de seus pais.
- (C) os profissionais de saúde não devem orientar sobre os cuidados específicos e adequados ao seu desenvolvimento, em especial no que tange à atividade sexual.
- (D) são sujeitos de direitos, embora não constituam um grupo populacional que exijam modos de produzir saúde, em termos de saúde sexual e saúde reprodutiva.
- (E) a saúde não é setor privilegiado para promoção e garantia dos direitos humanos dos(as) adolescentes, mas sim a educação.

**09.** O Conselho Federal de Psicologia regulamenta o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo, através da Resolução no.13, de 15 de junho de 2022. A psicoterapia é uma prática de intervenção sustentada por um campo de conhecimentos teóricos e técnicos fundamentados cientificamente, embasada por princípios éticos da profissão, que se desenvolve em contexto clínico e em um relacionamento interpessoal, junto a indivíduos, casais, famílias e demais grupos, decorrente de uma demanda psicológica com o objetivo de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos.

Sobre a prestação de serviços de psicoterapia à criança e ao adolescente, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:

- I. Ter autorização, por escrito dos responsáveis antes do início do acompanhamento psicoterapêutico.
- II. Primar pela proteção integral e melhor interesse da criança e do adolescente, porém, em casos de violência ou suspeita de violência perpetrada contra a criança ou o adolescente, não devem preencher formulário de notificação obrigatória disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pois esse preenchimento não é sua atribuição.
- III. Propor a participação dos responsáveis no acompanhamento sistemático do processo psicoterapêutico da criança ou do adolescente.

As afirmativas I, II e III são respectivamente

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

**10.** O princípio da equidade norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

Coloque 1 para Igualdade/desigualdade e 2 para Equidade/iniquidade.

- ( ) Conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis.
- ( ) Conceitos políticos que expressão uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social.
- ( ) Na perspectiva liberal, são vistas como reflexos das escolhas pessoais que levam a alguns a alcançar posições sociais de prestígio.
- ( ) Em saúde, reflete a distribuição dos determinantes sociais na sociedade, remetendo à distribuição desigual de poder e propriedade.
- ( ) São decorrentes de alguma forma de injustiça.

A sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) 2, 1, 2, 1 e 2.
- (B) 1, 2, 1, 2 e 1.
- (C) 1, 2, 1, 1 e 2.
- (D) 2, 1, 1, 1 e 2.
- (E) 2, 2, 2, 1 e 1.

**11.** Integralidade: princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Pressupõe a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, assim como a articulação da saúde com outras políticas públicas, visando, assim, assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Sobre integralidade, pode-se afirmar que:

- (A) é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, alcançáveis em sua natureza e plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.
- (B) extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real apenas da atenção coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde.
- (C) para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca e disciplinaridade dos saberes formais.
- (D) é entendida no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere.
- (E) como eixo norteador das ações de educação em saúde, deve estar articulada à urgência do agir em saúde, pautado pelo saber científico contextualizado e inerte aos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida.

**12.** No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, Estados, Municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Inamps. A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais (SILVA, 2011, p. 2755).

Avalie os itens abaixo:

- I. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos.
- II. A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais.
- III. Para a consolidação das Regiões e Redes é necessária a incorporação de um sentido ético da organização: a centralidade nas necessidades sociais, populacionais e individuais, derivadas da integralidade, dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiesca-lares e intersetoriais.
- IV. As ações e os serviços de saúde devem ser disponibilizados à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Devem ser geridos de modo centralizado e com direção única. É vedada à participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação.

Das afirmativas acima, pode-se dizer que estão corretas:

- (A) I, II e III.
- (B) II, III e IV.
- (C) I e IV.
- (D) II e III.
- (E) I, II, III e IV.

13. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS foram criadas através da Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, considerando:

- I. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- II. As Portarias GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto e regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, respectivamente.
- III. Regionalização como diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da RAS.

Das afirmativas acima, é correto afirmar que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e III estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

14. A Política de Saúde Mental no Brasil é constituída por uma rede de cuidados que recebe o nome de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Rede é constituída por diferentes pontos de atenção e contemplam serviços e ações da atenção primária, atenção especializada e atenção hospitalar. Sobre a Portaria nº 3.088, de 23, de dezembro de 2011, é correto afirmar que:

- (A) a RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de doentes com problemas mentais. Integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composta por serviços e equipamentos variados que devem ser integrados e articulados entre si, obedecendo à hierarquia do SUS.
- (B) surge um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades.
- (C) incontestáveis avanços ocorreram com a criação da RAPS. Essa política não evidencia qualquer fragilidade, tendo em vista que a deficiência estrutural de serviços comunitários, a ausência de mecanismos de monitoramento da política pública de saúde mental e a centralização do CAPS no cuidado em território já eram problemas evidenciados antes de sua existência.
- (D) tem como objetivo a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da população alvo, sem considerar a sua família, e a garantia da articulação e integração destes.
- (E) a fim de prover cuidado qualificado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo - mesmo que excluindo a atenção às urgências - e transformação do paradigma de exclusão/segregação de pessoas com transtornos mentais, a RAPS reinventa a prática do trabalho sustentado no modelo psicossocial.



**15.** As ações da RAPS se ancoram em doze diretrizes, dentre elas: respeito aos direitos humanos; garantia de autonomia e liberdade das pessoas; reconhecimento dos determinantes sociais de saúde; atuação no combate a estigmas e preconceito; diversidade de estratégias de cuidado e de Redução de Danos (RD) que favoreçam a inclusão social e autonomia do usuário. Sobre a Redução de Danos, podemos afirmar que:

- (A) vem se consolidando como um importante movimento nacional, impulsionando a construção de uma outra política democrática de “guerra às drogas”.
- (B) a redução de danos relacionada ao uso de drogas tem sido discutida no Brasil como conjunto de estratégias voltadas para temas diversos como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças transmissíveis, e suporte social a populações marginalizadas.
- (C) as estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, somente quando os usuários pretendem e consigam interromper o consumo em um dado marco temporal.
- (D) não há descompasso entre as políticas sobre drogas oriundas do campo da segurança e aquelas provindas da saúde pública, visto que ambas apostam no proibicionismo.
- (E) seu fracasso é responsável pelo crescimento, nos últimos anos, das chamadas comunidades terapêuticas (CT). As CTs funcionam por adotarem uma metodologia de trabalho distinta da preconizada pelo Ministério da Saúde: a metodologia Minesotta, um conjunto de técnicas de caráter moral e religioso.

**16.** Desde dezembro de 2019, uma nova pandemia assola a humanidade, a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. Logo se notou que pacientes com tal doença podem apresentar quadros psicopatológicos. Analise as afirmativas abaixo e avalie se elas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

- I. Os quadros psicopatológicos, com certeza, são consequência da infecção viral e sua repercussão encefálica.
- II. Os quadros apresentados podem estar relacionados ao sofrimento emocional e/ou estresse relacionados à pandemia, ou mesmo aos de fatores do tratamento, como longa permanência em unidades de terapia intensiva e separação de familiares.
- III. As relações entre doenças infecciosas e psicopatologia não são bem conhecidas no Brasil, tendo em vista que a pandemia de covid foi a primeira pandemia na nossa história. Contudo, pode-se afirmar que o coronavírus está afetando/afetou a saúde mental de muitas pessoas.
- IV. Os estudos sobre a pandemia demonstraram aumento de angústia, ansiedade e depressão, apenas entre os profissionais de saúde. Na população em geral, pode-se evidenciar aumento das violências, uso prejudicial de álcool e de outras substâncias, sentimento de perda e risco aumentado para suicídio.

É correto afirmar que apenas:

- (A) I está correta.
- (B) II está correta.
- (C) IV está correta.
- (D) I e III estão corretas.
- (E) II e IV estão corretas.

17. “Contrariamente às expectativas de erradicação das doenças infecciosas, constata-se a emergência, mundial, de doenças desconhecidas para a ciência ou consideradas erradicadas ou sob o controle dos serviços de vigilância epidemiológica”, diz Márcia Grisotti em um artigo publicado 10 anos antes da pandemia de Covid-19.

Sobre epidemias e pandemias infecciosas é correto afirmar, EXCETO, que:

- (A) a pandemia de Covid-19 tornou incontornável a constatação de uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas, algo que vem sendo apontado desde a década de 1980. Percebeu-se que o mundo estava mais vulnerável à ocorrência e à disseminação global, tanto de doenças conhecidas como novas.
- (B) para nos prepararmos para prováveis emergências sanitárias no futuro, torna-se essencial o fortalecimento de pesquisas interdisciplinares especialmente atentas às interrelações de sistemas naturais e sociais. A pandemia de Covid-19 demonstrou cabalmente quão ultrapassada se tornou essa divisão.
- (C) a pandemia do COVID-19 causou uma profunda crise que mudou a dinâmica econômica, social, política e cultural do mundo em poucas semanas. Diante dessa crise, os governos responderam de diferentes maneiras e essas diferenças expressaram opções de políticas públicas.
- (D) epidemias permitem desvelar e compreender as múltiplas faces de sociedades, em geral, justas e iguais. Sendo fenômenos de ordem natural, elas não possibilitam a análise das contingências, da pluralidade de possibilidades e dos interesses, somente da diversidade de escolhas individuais.
- (E) as respostas de saúde pública às epidemias e pandemias, em cada época e local, refletem não apenas as teorias e os conhecimentos prevalentes e que explicam estes fenômenos, mas também desvendam o caráter mais ou menos autoritário e intervencionista do Estado e as orientações políticas dos seus governantes.

18. A elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) em sua prática profissional tem sido pauta no Sistema Conselhos de Psicologia desde 2001, com o objetivo de fornecer diretrizes para as(os) psicólogas(os), e garantir maior uniformidade e qualidade na produção desses. A Resolução de n. 6, de 29 de março de 2019, institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. Tem como objetivos orientar a(o) psicóloga(o) na elaboração de documentos escritos produzidos no exercício da sua profissão e fornecer os subsídios éticos e técnicos necessários para a produção qualificada da comunicação escrita.

Analise as afirmações abaixo e avalie se elas são verdadeiras (V) ou falsas (F), considerando o Parecer Psicológico, uma das modalidades de documentos prevista na Resolução acima citada:

- I. É um pronunciamento por escrito, que tem como finalidade apresentar uma análise técnica, respondendo a uma questão-problema do campo psicológico ou a documentos psicológicos questionados. Visa a dirimir dúvidas de uma questão-problema ou documento psicológico que estão interferindo na decisão do solicitante, sendo, portanto, uma resposta a uma consulta.
- II. Sua elaboração exige conhecimento específico e competência no assunto e seu resultado pode ser indicativo ou conclusivo. É um documento resultante do processo de avaliação psicológica ou de intervenção psicológica.
- III. Consiste em um documento que, por meio de uma exposição escrita, descritiva e circunstanciada, considera os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida, podendo também ter caráter informativo.

As afirmativas I, II e III são respectivamente:

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

19. O cuidado em saúde para pessoas que usam álcool e outras drogas deve ser orientado pela Redução de Danos como política e modo de cuidado. O surgimento dos agentes de redução de danos (redutores) e dos Consultórios de rua conseguem uma efetiva aproximação dos usuários, ao falar sua linguagem, atuar nos territórios e construir uma nova ética no cuidado (Portal FIOCRUZ). Observe as afirmativas abaixo:

- I. A assistência à saúde ofertada prioritariamente pela política pública de saúde mental e de acordo com perspectiva proibicionista, de “alta exigência”, é aquela na qual nenhum padrão de consumo é tolerado e a abstinência é despontada como condição.
- II. O modelo de atenção à saúde baseado na redução de danos representa um importante barreira ao acesso para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os/as usuários de um CAPSAd, quando conseguem atendimentos, são estigmatizados de “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha” e até “imorais”.
- III. Os princípios da redução de danos se sustentam no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade. Como o consumo de drogas não pode ser suprimido das sociedades, é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade.

Das afirmativas acima, é correto afirmar que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas III está correta.
- (D) apenas I e II estão corretas.
- (E) apenas II e III estão corretas.

20. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) é um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria elaborado pela *American Psychiatric Association*. Ele é constantemente atualizado. Leia os itens abaixo e avalie se são verdadeiros (V) ou falsos (F):

- I. A consulta e o uso adequado do Manual são de suma importância para os profissionais que atuam na área da saúde mental. Sua utilização tem resultado em avanços científicos significativos no campo da prática clínica e do estudo epidemiológico dos transtornos mentais e possibilita uma ampla comunicação, através de uma linguagem comum, entre médicos psiquiatras e psicólogos em todo o mundo. Entretanto, o uso do manual é limitado, não substitui o estudo dos tratados clássicos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, e nem a experiência clínica e o treinamento que o precede.
- II. Constata-se que os avanços e detalhamentos das descrições psicodiagnósticas e o aumento de classes e categorias diagnósticas parecem estarem intimamente relacionados a expansão das indústrias farmacêuticas, que se tornaram as novas detentoras do poder controlador do sofrimento psíquico da população, do mal-estar da sociedade e da veiculação midiática, que contribui reforçando a promessa da anulação de faculdades propriamente humanas, como o sofrimento.
- III. O Manual, esse compêndio de psiquiatria que sempre se atualiza, deve ser consultado como a fonte de conhecimento da especialidade. Ao listar os sintomas, ele busca auxiliar no reconhecimento dos transtornos mentais. Ele traz muitas vantagens, pois descreve minuciosamente, e de forma fragmentada, os sintomas de diversos quadros clínicos.

De cima para baixo, a sequência correta é:

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

**21.** O livro de Jean Clavreul, intitulado *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*, é conhecido por muitas/os psicólogas/os que se dedicam tanto à psicanálise quanto à Psicologia Hospitalar. Em seu livro o autor dedica um capítulo a (NÃO) relação médico-doente.

- I. O que ordena a relação médico-doente não é o distanciamento do médico em relação ao seu doente, mas sim a relação intersubjetiva que se dá.
- II. O médico não fala e não intervém senão enquanto representante do discurso médico, pois, deve se apagar diante da objetividade científica da qual é o garante.
- III. O médico como pessoa, aquele que pertencente a um corpo médico, é quem medica o doente.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**22.** “O fato é que seja lá onde estiver situado, o lugar do psicanalista não é um lugar confortável, principalmente quando o contexto que o domina é a ordem médica. Mas o analista no hospital encontra com questões práticas que podem transformar-se, se não forem bem fundamentadas teoricamente, em verdadeiros obstáculos para a sua atuação, e desta forma inviabilizar o seu trabalho, fazendo desaparecer o seu lugar.” (MORETTO, 2001, p. 98). Em relação ao trabalho analítico no contexto hospitalar, coloque verdadeiro (V) ou falso (F) nas afirmativas abaixo.

- I. Transferência na instituição hospitalar: Certamente, o maior obstáculo para a atuação analítica no hospital. Isso porque é sabido que a transferência do paciente ou é com a instituição ou é com o médico, e não com o analista, que comumente é visto como intruso.
- II. O setting no hospital é um impeditivo ao trabalho analítico. Isso porque setting exige padronização poltrona-divã, e não psicanalistas à beira de leitos.
- III. Demanda de análise: Impossível de ser criada no contexto hospitalar, pois nele o analista se oferece escancaradamente aos pacientes, como lugar e escuta, constrangendo-os.

As afirmativas I, II e III são respectivamente:

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

**23.** Pandemia, aumento crescente de internações hospitalares tanto de casos de média quanto de alta complexidade. Para as/os psicólogos(as), recomendava-se que estivessem envolvidos na proposição de estratégias de cuidado a pacientes, familiares e profissionais de saúde. Foram ações priorizadas no atendimento de psicólogas/os a pacientes com COVID-19, EXCETO:

- (A) orientação e psicoeducação sobre motivos e importância do isolamento, EPIs e medidas de restrição à circulação, assim como avaliação psicológica para identificar pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico.
- (B) corresponsabilização pelo cuidado consigo e com o membro da equipe, tanto para o paciente quanto para ser acompanhante, nos casos previstos por lei e avaliada a necessidade.
- (C) atenção aos sinais de risco moderado e alto para suicídio e, em caso de identificação positiva, intensificar suporte psicológico, solicitar parecer à psiquiatria e alertar a equipe quanto às medidas de proteção ao paciente.
- (D) oferecimento aos colaboradores de espaço para expressão e acolhimento dos sentimentos, nos momentos de início e término da jornada de trabalho.
- (E) fazer a comunicação de óbito para as famílias e o manejo das reações advindas da notícia.

**24.** Sobre a presença de psicanalistas em instituições de saúde e nas equipes, podemos afirmar, EXCETO, que:

- (A) a sua entrada não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista numa equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional de uma instituição. É um lugar que precisa ser construído para que possa operar.
- (B) o seu lugar na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde, necessariamente, ao lugar no qual a equipe o coloca.
- (C) para localizar a sua inserção no campo da relação com a equipe é preciso dizer que tal inserção só se dará a posteriori. Pela lógica, a rigor, não podemos dizer que alguém vai se inserir, mas que alguém se inseriu. Isto é algo que só podemos saber depois de estabelecido este campo. Só depois.
- (D) a entrada da psicanálise na saúde pública ocorreu através do profissional psicólogo, para ampliar a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento.
- (E) o processo de inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde está relacionada a forma pela qual esta demanda é escutada pelo analista e o tipo de resposta que a ela dá, favorecendo ou, até mesmo, impossibilitando a sua própria inserção.

25. A atuação do psicanalista vem se tornando hoje tão relevante na saúde pública quanto na clínica privada, e se distribui em todos os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS): na primária, junto aos postos de saúde e no Programa de Saúde da Família, na secundária, através das policlínicas e ambulatórios, e na terciária, nos complexos hospitalares. (VITOR; AGUIAR, 2011, p. 41). Sobre o trabalho e os desafios do psicanalista no hospital, é correto afirmar que:

- (A) quem legitima o trabalho analítico no hospital é a equipe médica, visto que o analista “entra” na equipe para ser seu auxiliar.
- (B) ele constantemente se depara com situações imprevisíveis, que dificultam o trabalho. Isso porque as surpresas provocadas pelas situações do cotidiano hospitalar comprometem o setting, a relação com a equipe e mesmo com o paciente.
- (C) a partir do momento em que o psicanalista se insere num local marcado pelos critérios de eficácias e por um discurso que visa à restauração da saúde perdida, ele pode levar a psicanálise a se diluir em tratamentos que propõem o bem-estar.
- (D) o psicanalista, com frequência, recebe demandas provenientes de outros campos do saber. O analista deve acolher as demandas e encaminhamentos a ele dirigidos visando compor o bom trabalho com a equipe.
- (E) a aplicação da psicanálise nos hospitais é inviável, na exata medida em que depende fundamentalmente da implicação do psicanalista nas especificidades dessa clínica e na exigência de um rigor ético de formalização permanente de sua prática.

26. Os ambulatórios públicos brasileiros diferem em dois aspectos fundamentais da conjectura prevista por Freud em Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919). Eles são constituídos por equipes interdisciplinares (não somente por analistas), e marcados pelo discurso médico, tendem a preferir psicoterapias que apostam na capacidade do sujeito em se instrumentalizar com os conselhos do terapeuta para vencer suas dificuldades e angústias de modo a responder de maneira adequada ao tratamento de sua patologia.

Observe as afirmativas a seguir, em relação psicanálise e aos psicanalistas nos ambulatórios públicos.

- I. A psicanálise não está no ambulatório para negar os avançados tratamentos das mais diversas patologias, mas para escutar os sujeitos que portam tais patologias.
- II. O psicanalista faz de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade.
- III. Trabalha-se sobre o que resta das demandas, das outras modalidades de tratamento, do que ficou sem resposta. Esta é a diferença que diz respeito ao psicanalista.

As afirmativas I, II e III são respectivamente:

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

27. O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública e está relacionado a múltiplas causas. É um fenômeno complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte. Ele coloca uma série de desafios para a Psicologia, segundo afirma o CFP, em uma publicação de 2013.

Observe as afirmativas a seguir, em relação ao comportamento suicida.

- I. É um tema de extrema importância devido a seu impacto social, seja em termos numéricos, seja em relação a familiares, amigos ou conhecidos das pessoas que fazem uma tentativa ou ameaçam se matar.
- II. É um fenômeno complexo e difícil de ser abordado, porque, no mundo ocidental, a morte, por si só, já é um tema difícil de ser trabalhado nos diversos espaços sociais.
- III. Falar de um comportamento relacionado à morte vai na contramão da ciência, pois a ciência emprega grandes esforços para alongar o tempo de vida das pessoas. A pessoa que comete o suicídio vai de encontro a essa ideia.

É correto afirmar que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

28. O suicídio [...] é uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir. Por essa razão, considero o suicídio uma carta na manga, isto é, aquilo de que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável. (CFP, 2013). Sobre o comportamento suicida, sua clínica e os desafios para a Psicologia, NÃO é correto afirmar que:

- (A) a inexistência de explicação universal para o ato suicida torna necessário considerar, para compreendê-lo, a associação de três fatores: os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato.
- (B) alguns estudos relacionam o suicídio a transtornos mentais. A depressão, por sua vez, figura como o mais prevalente entre esses transtornos. Deste modo, não há como não considerar a depressão como a maior causa de suicídios.
- (C) o psicólogo deve conscientizar-se que há diversos fatores de risco para o suicídio. Há sempre uma vulnerabilidade psíquica que precisa ser compreendida. A prevenção do comportamento suicida é um grande desafio não só para a Psicologia, mas para toda a sociedade, por ser um desafio social, econômico e político.
- (D) o sujeito que tenta o suicídio ou que se suicida, a princípio, é um sujeito que, com seu ato, desorganiza a dinâmica familiar, social e médica. Ao dizer não à existência, o sujeito desestabiliza a ordem, posto que o suicida é aquele que subverte a ordem médica, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista.
- (E) o suicida, normalmente, é uma persona non grata, muitas vezes indesejado e “maltratado” pela equipe médica. Isso porque ao tentar contra a própria vida, o sujeito, de certa maneira, subverte a ordem médica que, em consonância com sua ética, baseia sua prática no princípio de que a vida está acima de tudo.

29. O luto é uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo, é um processo de elaboração de uma perda significativa, que não se aplica apenas a casos de morte, mas também a outras situações. Sobre o luto e o trabalho de luto, NÃO podemos afirmar que:

- (A) Freud, em Luto e a Melancolia (1915), explicita que o processo de luto se realiza através do teste de realidade que, ao evidenciar reiteradamente que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Entretanto, sublinha que esta exigência não é fácil de ser cumprida.
- (B) é uma experiência de vida inevitável, imprevisível. Ele consiste em um processo normal e esperado de resignificação e transformação da relação com a pessoa perdida, tarefa que permite sua elaboração. Contudo, ele não finaliza com uma “resolução”, com a volta à normalidade, mas sim com a incorporação da perda na vida do enlutado.
- (C) seguindo os passos de Elizabeth Kübler-Ross ou John Bowlby, estudiosos de hoje ainda compreendem o luto a partir de concepções pautadas em fases/ estágios, insistindo que a avaliação das fases do luto, de forma mais genérica, torna mais possível avaliar de forma justa e livre de preconceitos os sujeitos enlutados.
- (D) o trabalho de luto/luto é um processo de transformação da relação com quem morreu. A elaboração não depende somente de trabalhar a perda, mas também da capacidade de afastar-se dela. Cada um experimenta o processo de luto à sua maneira.
- (E) entre as particularidades de cada caso, há uma série de fatores envolvidos que pode complicar ou estender o luto. Destaca-se que o luto por suicídio apresenta especificidades por relacionar-se a uma morte violenta e estigmatizada. Traz para o sobrevivente enlutado, inevitavelmente, uma busca incessante pelo sentido desse ato extremo e do valor da própria vida.

30. O termo Cuidados Paliativos (CP), foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas que promovam a identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos (WHO, 2018). A Resolução no. 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre os Cuidados Paliativos, é correto afirmar que:

- (A) fazem parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAPS, e consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio de alívio do sofrimento, da dor, e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
- (B) é elegível toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica. A partir do diagnóstico da condição que requer CP, eles deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde: básica, domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Os serviços de urgências e emergências não ofertam CP.
- (C) têm como princípios: a aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas; e, o respeito à autodeterminação do indivíduo, incluindo a promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV).
- (D) o financiamento para a sua organização não deve ser objeto de pactuação tripartite, dada a sua especificidade. Bastando apenas observar o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS. O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opióides, não deverá seguir as normas sanitárias vigentes, nem as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.
- (E) os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS não poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, visto que o trabalho deve ser feito in loco.

31. "O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais" (BAREMBLITT, 1992, p.11). Em uma perspectiva institucionalista, pode-se afirmar que:

- (A) as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, irregularidades de comportamentos.
- (B) uma sociedade é um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida sobre a terra e a relação entre os homens. As instituições são entidades concretas.
- (C) as organizações são sempre pequenos conjuntos de formas materiais que põem em efetividade, que concretizam, as opções que as instituições distribuem, que as instituições enunciam. Elas não teriam sentido, objetivo nem direção se estivessem informadas pelas instituições.
- (D) instituição, organização, estabelecimento, equipamento só adquirem dinamismo através dos agentes, serem humanos, suportes e protagonistas, também de suas práticas.
- (E) em uma instituição podem distinguir-se duas vertentes: a do instituinte e do instituído. O instituinte transmite uma característica estática, enquanto o instituído aparece enquanto um processo dinâmico.

32. Para se trabalhar em uma instituição, faz-se importante conhecer alguns conceitos básicos da análise institucional, tais como análise da demanda e de implicação, oferta, analisador, equipamentos, dentre outros. A partir disso, pode-se afirmar, EXCETO, que:

- (A) a análise da demanda é um dos primeiros passos para se entender a conflitiva. É decifrar, analisar, esmiuçar o pedido que esta organização faz de uma análise e de intervenção.
- (B) para se poder analisar a demanda, esta análise deve ser articulada com a forma em quem foi produzida, ou seja, com a oferta.
- (C) um analisador é um efeito ou fenômeno, mas não apenas um fenômeno cuja função específica de exprimir, manifestar, declarar, evidenciar, denunciar. Ele é um produto que pode se analisar.
- (D) implicação não é apenas um processo nem psíquico nem inconsciente, mas um processo de materialidade múltipla, complexa e sobredeterminada, um processo econômico, político, psíquico etc. heterogêneo por natureza, que dever ser analisado em todas as suas dimensões.
- (E) no institucionalismo, denomina-se equipamentos a uma série de organizações, estabelecimentos, aparatos, maquinárias e tecnológicas muito diversificados e inclusivos, de grande, médio ou pequeno porte, cuja finalidade única está a serviço da repressão, do registro ou do controle social.



**33.** Desenvolver habilidades para coordenar grupos é requisito importante do trabalho desenvolvido por psicólogos, especialmente quando vinculados a instituições de saúde pública. O dispositivo “grupo” pode ser pensado como ferramenta possível de ser empregada para facilitar transformações e fomentar potenciais encontros humanos. Leia as afirmativas abaixo sobre grupos operativos:

- I. Todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo. O grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disto, uma função terapêutica.
- II. Grupo operativo é um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constante de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e de adjudicação de papéis.
- III. O papel de coordenador no grupo operativo é de co-pensador, aquele que pensa junto com o grupo ao mesmo tempo que integra o pensamento grupal, facilitando a dinâmica de comunicação grupal.
- IV. A técnica de grupo operativo propõe a presença e intervenção de um coordenador, que nem indaga nem problematiza, as falas dos integrantes, e de um observador que, posteriormente, analisa com o coordenador os pontos emergentes, o movimento do grupo em torno da tarefa e os papéis desempenhados pelos integrantes.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e II estão corretas.
- (B) apenas II e IV estão corretas.
- (C) apenas I, III e IV estão corretas.
- (D) apenas I, II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**34.** No Brasil, o hospital como cenário de atuação de psicólogos relacionados à assistência e práticas em saúde é ainda recente, principalmente quando compararmos com o tempo de regulamentação da profissão. A implementação deste novo campo profissional, denominado Psicologia Hospitalar, suscitou a utilização de recursos técnicos e metodológicos de diversas áreas do saber psicológico. (SCHNEIDER; MOREIRA, 2017). Leia as afirmativas abaixo e avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F).

- I. A inserção obrigatória do psicólogo na equipe de saúde atuante nas UTIs é recente. Ele é chamado de intensivista, e algumas de suas funções junto ao paciente consistem em: a) assistência psicológica, atentando a fatores que podem influenciar sua estabilidade emocional; e, b) a avaliação da adaptação do paciente à hospitalização, considerando seu estado psíquico e sua compreensão do diagnóstico, além de suas reações emocionais diante da doença.
- II. O psicólogo de UTI não atua junto à família acolhendo, orientando e informando as rotinas da UTI a seus familiares e visitantes, mas sim junto à equipe multiprofissional. Sua tarefa é apenas atender a solicitações dos profissionais da equipe, promover a adesão e compreensão do tratamento por parte dos envolvidos no processo de hospitalização.
- III. A atuação do psicólogo na UTI deve se ater apenas ao suporte psicoterapêutico que o paciente necessita em virtude da possibilidade de apresentar uma série de transtornos/distúrbios psicológicos, relacionados ou não ao processo do adoecimento e da internação na UTI.
- IV. Na UTI, onde a iminência da morte está sempre presente, as interferências emocionais da hospitalização no paciente e seus familiares tornam-se ainda mais extremadas podendo configurar um luto antecipatório. O atendimento psicológico pode ajudar o familiar a lidar com questões não resolvidas com a pessoa que está morrendo, a identificar e expressar sentimentos.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e II estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas III e IV estão corretas.
- (D) apenas I e IV estão corretas.
- (E) apenas I, II e III estão corretas.

**35.** A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e impacto emocional relevante, durante a hospitalização de um de seus membros. As angústias, medos, sofrimentos e dúvidas aí estarão presentes, assim como as incertezas do tratamento e prognóstico. O contato com a equipe de saúde se torna relevante e o trabalho da Psicologia Hospitalar tem fundamental papel junto a este grupo (LUSTOSA, 2007). Assim, como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento/hospitalização de um de seus membros.

- I. Falta de informações adequadas sobre o estado do paciente: nem sempre a equipe de saúde sabe o que informar à família sobre o estado do paciente, ou mesmo tem disponibilidade interna e/ou externa para tal.
- II. A família se vê frente a desafios na hora de eleger quem acompanhará em sua estada no hospital. A maioria dos hospitais tem horários de visita que não são sempre compatíveis com a vida dos membros da família que tem seus empregos, afazeres, tarefas, etc.
- III. Responsabilidade frente a decisões difíceis: não raro, a família se vê frente a exigências de tomadas de decisões angustiantes (amputações, medicamentos, procedimentos invasivos, internação em CTI etc), enfrentando situações com intenso nível de ansiedade e dúvidas.

Sobre as dificuldades que as famílias podem encontrar, pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**36.** Desde a descrição dos primeiros casos de aids, no início da década de 1980, os avanços no conhecimento, na prevenção e no tratamento da doença foram significativos. A Lei n. 9.313/96, decretou a distribuição gratuita de medicação para o tratamento da aids, assim como surgiram política públicas voltadas para novos casos da infecção e controle da epidemia, acarretando redução da morbimortalidade e das internações pelo HIV, o que elevou a expectativa de vida das pessoas infectadas. Leia as afirmativas abaixo:

- I. terapia antirretroviral (TARV) revolucionou o curso da doença, transformando a infecção pelo HIV de potencialmente fatal para doença crônica passível de tratamento. A TARV é o tratamento padrão para pacientes com HIV/aids. Contudo, requer taxas de adesão da ordem de 80%-90% para ser efetiva.
- II. A adesão é um fenômeno multidimensional, que engloba o sistema e a equipe de saúde, fatores relacionados ao paciente, além de variáveis relacionadas ao tratamento, à doença, a aspectos culturais e socioeconômicas. Dentre os fatores psicossociais que têm sido associados à não adesão à TARV, pode-se citar a ausência de suporte social e a presença de transtornos mentais.
- III. Embora se possa dizer que avanços tecnológicos e biomédicos foram alcançados em relação à epidemia de HIV/aids, no Brasil, o estigma e a discriminação estão entre as principais barreiras para o acesso a serviços de prevenção e testagem para o HIV.

Das afirmativas acima:

- (A) apenas a II está correta.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas I e III estão corretas.
- (D) apenas I e II estão corretas
- (E) todas estão corretas.

37. O artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, trata do princípio de não discriminação e não estigmatização. Sobre estigma, pode-se afirmar que:

- (A) traz consequências negativas ao tornar as interações sociais desconfortáveis, perpetuando ciclos de exclusão social. A estigmatização também aumenta a vulnerabilidade de pessoas e grupos, gerando prejuízos diretos à saúde e à representação social daqueles que atinge.
- (B) Goffman trabalhou com pessoas discriminadas por conta de defeitos físicos, entendendo o estigma como valor cultural que estabelece regras. O sociólogo norte-americano afirma que a estigmatização parte de atributos individuais considerados indesejáveis, mas jamais como desvios.
- (C) não interfere na assistência, pois as atitudes dos profissionais são sempre neutras e objetivas, incapazes de intensificar as estigmatizações preexistentes.
- (D) reforça desigualdades e agrava a discriminação a certas pessoas ou grupos, dificultando, e em alguns casos até impossibilitando, o acesso do paciente a serviços de saúde. Porém, isso não pode ser considerado um tipo de violência estrutural.
- (E) associado ao HIV/aids não dificulta a procura pela realização do teste, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde após a condição sorológica positiva revelada. Isso porque sustenta-se o princípio do anonimato.

38. As doenças infecciosas e parasitárias têm grande importância para a saúde pública por estarem diretamente associadas à pobreza e a condições de vida inadequadas. No Brasil, apesar do declínio da morbimortalidade desde a década de 1960, essas doenças persistem. (SOUZA et al., 2020) Sobre as principais doenças infecciosas crônicas no Brasil, pode-se afirmar que:

- (A) no Brasil, o tratamento aos acometidos pela hanseníase é fornecido exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e dura entre 6 e 12 meses. Como doença conhecida, com terapêutica comprovadamente eficaz, ela não é mais considerada problema de saúde pública. Os esforços para acabar com o estigma e a discriminação dos doentes foram suficientes para auxiliar a erradicação da doença.
- (B) a tuberculose ainda é um problema de saúde pública que vem preocupando as autoridades da área da saúde. É um dos agravos de saúde influenciado por determinantes sociais e demonstra relação direta com a pobreza e a exclusão, no qual o estigma tem sido considerado um indicador importante desta relação. A dinâmica familiar na tuberculose não é uma questão recente. Hoje se sabe que o doente e a família convivem com o medo da exclusão social.
- (C) considerada mundialmente um importante problema de saúde pública, as hepatites virais são diagnosticadas na maioria das pessoas em estágio avançado, e acomete grupos com maior vulnerabilidade ao risco de infecção, com desigualdade no acesso aos serviços de saúde que ofertam testagem, exames e programas de prevenção. No Brasil, ainda não existe nenhuma política ou estratégia de enfrentamento desse agravo.
- (D) apesar de todo o empenho para a eliminação da hanseníase, o Brasil é o segundo país em número de casos no mundo. A sua história é marcada por um longo período de isolamento compulsório em locais que eram conhecidos como leprosários ou colônias. Seus funcionamentos, no entanto, eram bastante distintos das chamadas instituições totais.
- (E) no Brasil, é inequívoca a persistência da sífilis como problema de saúde pública, diante da limitação de acesso a diagnóstico e tratamento adequados na rede de atenção do SUS. Apresenta decrescente prevalência em populações vulnerabilizadas, assim como na transmissão vertical e sífilis congênita.

**39.** Em países com histórico e tradição colonial como o Brasil, os marcadores sociais das diferenças têm profunda ancoragem na demarcação racial, sobre a qual agem as dinâmicas e os processos político-sociais fundados no racismo estrutural [...]. Olhar a pandemia sob a luz das desigualdades raciais impõe-nos pensar não apenas os números que as revelam, que sim, são importantes, mas fundamentalmente sobre a trama, historicamente tecida, que lhe confere estrutura, dinâmicas e práticas narrativas. (OLIVEIRA et al., 2020).

Observe as afirmativas abaixo, em relação às intrínsecas relações entre a COVID-19 e o quesito raça/cor, e avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F)

- I. A pandemia evidenciou a gravidade das condições sócio-históricas de desigualdades, manutenção das assimetrias e privilégios raciais do Brasil, intensificando efeitos nocivos à saúde da população negra. Estudos apontaram que a população negra sofreu mais severamente os impactos da pandemia, incluindo morte. Essa constatação remete a uma das dimensões da necropolítica: há corpos classificados como descartáveis e supérfluo.
- II. A COVID-19, em seu espraiamento global de caráter pandêmico, não apenas expôs as desigualdades, como reatualizou e reificou as demarcações coloniais de base racial, que são fundantes do mundo moderno, tendo na delimitação Norte/Sul, sob o ponto de vista geográfico e sociológico, uma de suas principais ancoragens.
- III. No Brasil, “importado” pelas classes média e alta, o vírus ajudou a construção de um discurso reverberado pela imprensa de que a COVID-19 seria uma doença que atinge a todos, cujas consequências são igualmente sentidas. Uma doença “democrática”. Tão democrática que atingiu todas as regiões do país e diversas populações igualmente, tornando-os todos vulneráveis à contaminação, à infecção e a morte.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e II estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas I e III estão corretas.
- (D) apenas I está correta.
- (E) todas estão corretas.

**40.** O Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) publicou um relatório intitulado *Dangerous Inequalities*, traduzido para o português como “Desigualdades Perigosas”. Nessa publicação, fica evidente que as desigualdades de gênero, o racismo e até mesmo a lacuna de tratamento para crianças têm impactado profundamente a meta de acabar com a pandemia de AIDS até 2030. Analise os itens abaixo, considerando as desigualdades/iniquidades:

- I. O mundo não será capaz de acabar com a AIDS enquanto continuar reforçando o patriarcado. A única forma eficaz de acabar com a AIDS, alcançar as metas de desenvolvimento sustentável e garantir saúde, direitos e prosperidade compartilhada passa por uma abordagem feminista.
- II. O estigma, a discriminação e a criminalização de populações-chave representam uma barreira para o seu acesso aos serviços de HIV. No Brasil, o impacto do racismo estrutural indica uma tendência pela qual as pessoas negras são particularmente afetadas pela pandemia de HIV, embora o país seja um exemplo na resposta ao HIV, com a possibilidade de acesso às ferramentas de prevenção, diagnóstico e tratamento pelo SUS.
- III. As desigualdades seguem impactando negativamente e gerando barreiras que impedem o acesso aos serviços de pessoas em vulnerabilidade. E as desigualdades se cruzam. Reconhecer a interseção de desigualdades é um elemento chave para uma abordagem integral da resposta ao HIV.
- IV. O UNAIDS defende que uma atenção especial às juventudes, levando em conta os diferentes ambientes urbanos, rurais e periféricos, além das comunidades quilombolas e indígenas. A instituição defende que devem existir mais ações de educação e comunicação sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV e AIDS específicas para as juventudes, com ênfase para jovens em condições de maior vulnerabilidade.

É correto afirmar que:

- (A) todas estão corretas.
- (B) apenas I, II e III estão corretas.
- (C) apenas II, III e IV estão corretas.
- (D) apenas III e IV estão corretas.
- (E) apenas I está correta.

# Prova Discursiva

## QUESTÃO

Caso clínico:

Maria é uma jovem mulher negra de 25 anos, que descobriu que estava infectada pelo HIV na maternidade, em 2020, durante os tempos mais letais da pandemia de Covid-19. Conta que, após o parto, ao passar pelo posto de enfermagem, escutou uma conversa entre membros da equipe, na qual um deles afirmava que uma paciente não poderia amamentar seu filho por conta da infecção.

Enquanto estava no seu leito, apercebeu-se fantasiando sobre a suposta mulher: “prostituta?”, “mulher de rua, viciada?” ou mesmo uma “mulher sem Deus?”. Foi então que apareceu uma médica para lhe fazer algumas perguntas e lhe dizer sobre sua condição sorológica. Por um momento, não compreendeu o que estava acontecendo. Tinha uma sensação de que aquelas palavras eram apenas mais um engano, comum nos hospitais do SUS. Como ela, casada com o seu primeiro namorado, seu “único homem”, “unha e carne” desde que se conheceram aos 13 anos, estava contaminada por uma doença que só acomete homossexuais e “gente de vida promíscua”?

Nos atendimentos realizados pela psicologia e serviço social, a história de Maria foi se complexificando, chamando atenção de toda a equipe assistencial, que precisava dar encaminhamentos precisos para a dupla mãe-bebê e para o João, seu companheiro.

Maria é filha única de pais migrantes, quase analfabetos, que buscaram a cidade grande para tentar melhores condições de vida. Viviam em uma comunidade na periferia, não tinham muito, mas o mínimo. A casa era mantida pelos bicos que seu pai fazia pelas redondezas. Sua mãe não trabalhava fora, pois o seu pai não gostava que ela saísse sozinha. Achava que mulher direita ficava em casa. A vida social da família era restrita a idas semanais à igreja.

Maria dizia-se diferente de sua mãe. Havia completado o ensino fundamental e tinha se casado com um homem que tinha “uma vida pronta.” É, então, que Maria começa a contar a sua história com João, com quem vivia maritalmente desde os 16 anos, e era o pai do recém-nato.

Conheceu João na igreja, quando tinha 13 anos e ele 30. E, a partir daí, passaram a fazer tudo juntos. Tiveram autorização para namorar em casa e, aos 16, casaram-se. Foram morar distante de sua família de origem. O início de sua vida sexual foi “estranha”, pois imaginava perder a virgindade fazendo amor em sua noite de núpcias. Ao chegar em casa, João a jogou na cama e fez “aquelas coisas” não conseguindo sequer escutar seu choro e gritos de dor. E essa foi apenas a primeira de várias outras noites. Como esposa, Maria deveria seguir à risca a cartilha ensinada em sua casa e na sua igreja. Cumprir suas obrigações de mulher.

Maria foi perdendo contato com sua família, ficando cada vez mais em casa, fazendo o que tinha que ser feito. Sentia-se muito só, e muito envergonhada pelas coisas que era obrigada a fazer na cama. Não tinha com quem conversar.

As relações sexuais do casal eram sempre desprotegidas. Nunca falaram sobre uso de preservativo e ela jamais se preocupou com doenças. Afinal, era uma mulher casada, e sua religião é contra uso de métodos contraceptivos. Assim, aos 16 anos ficou grávida pela primeira vez. Logo que descobriu sua condição, por meio de um exame de farmácia que ele lhe comprou, teve um sangramento e abortou. Não procurou ajuda. Ele havia lhe dito que era o sangramento iria parar e que ficaria tudo bem. Em nenhum momento, cogitou-se buscar uma unidade de saúde próxima à sua casa para compreender o ocorrido. Para ela, o bebê “não vingou” porque Deus não quis.

Contudo, desta vez, aos 24 anos, ao descobrir a gravidez ficou muito feliz. Mais feliz ainda, porque conforme a barriga crescia, ele demonstrava menos interesse sexual. Respeitava a sua condição gestante. Por outro lado, sentia-se ainda mais cerceada. Não podia sair de casa para nada. De um lado, João que controlava seus passos, por outro, a pandemia e a orientação disseminada de não se procurar as unidades de saúde. Conclusão: Nenhuma consulta de pré-natal foi realizada, mesmo estando próxima a uma UBS. Inclusive, relatou que só teve o filho em um hospital depois de muito implorar. João achava que não precisava.

Maria disse que jamais suspeitou que seu marido pudesse ser “gay” e passar para o seu filho uma doença tão letal como a aids. Também não se reconhece como uma mulher em situação de violência doméstica. Entretanto, a equipe, em conversa com João, tem outras informações.

João se identifica como um homem que, embora casado, também faz sexo com homens. Para ele, “seu único pecado”. Contou que jamais compartilhou com a esposa a sua condição sorológica e não lhe pediu uso de preservativos para que ela não desconfiasse da vida dupla que tinha.

Soube uns meses antes de Maria engravidar que estava infectado. Procurou testagem após saber da morte de um amigo com quem “transava” eventualmente. Desde então vem sendo acompanhado, de forma bastante irregular, em uma unidade especializada. Faz uso de terapia antirretroviral escondido da mulher e, segundo ele, da maneira que dá.

Redija um texto, com o mínimo de 50 e o máximo de 150 linhas, que considere o caso em questão e destaque:

- 1) A história do HIV/aids no Brasil, os desafios iniciais e a construção de políticas públicas e planejamento estratégico de prevenção e de assistência.
- 2) Avanços e desafios na prevenção da infecção e na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.
- 3) Determinantes sociais da diferença como fatores de risco ao HIV/aids.
- 4) As complexidades que o caso dá evidência e os possíveis encaminhamentos para a tríade.

Obs: Há vários caminhos para a construção das respostas, dado que o que é solicitado é um texto. As respostas podem aparecer fora de ordem, porém, devem contemplar alguns dos pontos abaixo relacionados para cada uma delas.

RASCUNHO

RASCUNHO



RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

