

1. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são conceituadas como “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”. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS foi decorrente de um grande acordo que envolveu:

- (A) Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Fazenda.
- (B) Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.
- (C) Ministério do Planejamento, Conass e Conasems.
- (D) Ministério da Saúde, Conass e Conasems.
- (E) Conselho Nacional de Saúde, Conass e Conasems.

2. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 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. Assinale a(s) alternativa(s) **CORRETA(S)** sobre as instâncias colegiadas (Conferência de Saúde e Conselho de Saúde):

- I. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
- II. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- III. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas e aprovadas pelo Ministério da Saúde.
- IV. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será na ordem de 2 para 1 em relação ao conjunto dos demais segmentos.

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

3. Analise as afirmativas abaixo, considerando a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990:

AFIRMATIVA I: Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público.

PORQUE

AFIRMATIVA II: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) A afirmativa I está correta e a afirmativa II está incorreta.
- (B) A afirmativa I está incorreta e a afirmativa II está correta
- (C) As duas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa da I.
- (D) As duas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa da I.
- (E) As duas afirmativas estão incorretas.

4. A Política Nacional de Humanização (PNH), é uma política pública do SUS voltada para ativação de dispositivos que favoreçam ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde. Está ancorada em três macro objetivos, que buscam ampliar as ofertas da PNH, incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda de gestores e dos conselhos de saúde, além de divulgar a Política e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições. Assinale **V (VERDADEIRO)** e **F (FALSO)** para as afirmativas que descrevem os resultados almejados pela PNH:

- Garantia dos direitos dos usuários.
- Gestão autocrática nos serviços.
- Valorização do trabalho na saúde.
- Atendimento acolhedor com modelo de agenda tradicional.
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo.

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

5. Assinale a alternativa que representa um marco na história da saúde brasileira, que resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na formação das bases para o capítulo sobre saúde na Constituição Brasileira, e ainda desempenhou um importante papel na propagação do movimento da Reforma Sanitária:

- (A) 9ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1992.
- (B) 6ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1988.
- (C) 7ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1980.
- (D) 2ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1950.
- (E) 8ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1986.

6. Integram o campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) disposto no Art.6º da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, **EXCETO**:

- (A) A execução de ações de saúde do trabalhador.
- (B) A participação na formulação da política e na execução de ações de iluminação pública.
- (C) A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.
- (D) A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.
- (E) A colaboração na proteção do meio ambiente.

7. A Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017 dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. O Capítulo I – das Políticas de Saúde é composto pelas seguintes Seções: Seção I - Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (art. 2º), Seção II - Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde (art. 3º), Seção III - Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais (art. 4º) e Seção IV - Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (art. 5º). Assinale a(s) alternativa(s) **CORRETA(S)** quanto as políticas que integram as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde:

- I. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- II. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.
- III. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
- IV. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

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

8. Analise as afirmativas abaixo, considerando o acesso às ações e aos serviços de saúde:

AFIRMATIVA I: Cabe aos entes federativos a garantia da transparência, da integralidade e da equidade; a orientação e

ordenação dos fluxos; o monitoramento; e a oferta regional às ações e aos serviços de saúde.

PORQUE

AFIRMATIVA II: O acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser universal, igualitário e ordenado

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) A afirmativa I está correta e a afirmativa II está incorreta.
- (B) A afirmativa I está incorreta e a afirmativa II está correta.
- (C) As duas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa da I.
- (D) As duas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa da I.
- (E) As duas afirmativas estão incorretas.

9. Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS, os quais se interligam sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS, são:

- (A) O Pacto pela Saúde e o Relatório de Gestão.
- (B) O Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.
- (C) A Programação trimestral e Pacto pela Saúde.
- (D) O Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Planejamento regional integrado.
- (E) O Relatório de Execução Financeira, o Plano de Saúde e o Pacto pela Saúde.

10. Conforme descrito no Anexo V da Portaria de Consolidação nº2, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Assinale a(s) alternativa(s) **CORRETA(S)** que representam alguns dos princípios da PNEPS-SUS:

- I. Hierarquização.
- II. Amorosidade.
- III. Problematização.
- IV. Emancipação.

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

11. A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Assinale **V (VERDADEIRO)** ou **F (FALSO)** no que se refere aos conceitos que norteiam o trabalho da PNH:

- Acolhimento.
- Clínica ampliada.
- Cuidado centrado no diagnóstico.
- Tecnologias leves e duras em saúde.
- Cogestão.

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

12. Sobre o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, definido pela Lei 8.080 (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005), assinale **V (VERDADEIRO)** ou **F (FALSO)** para as afirmativas abaixo:

- Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante, exclusivamente durante o parto:
- O acompanhante deverá permanecer junto a parturiente na alta hospitalar.
- A acompanhante do sexo feminino será indicada pela parturiente.
- Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- Os hospitais de todo o País, estão obrigados a manter aviso informando sobre o direito a acompanhante.

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

13. Muitos avanços são reconhecidos no Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas. Contudo, segundo descrito por PAIM (2015) muitos são os desafios enfrentados pelo mesmo. Assinale a(s) alternativa(s) **CORRETA(S)** que representa(m) o(s) maior(es) problema(s) vivenciado(s) pelo SUS na atualidade:

- I. Infraestrutura restrita e dependência de serviços de apoio diagnóstico e tratamento de serviços privados.
- II. Organização ineficiente entre a atenção básica e média/alta complexidade.
- III. Excesso de mobilizações políticas e sociais, que dificultam a gestão pelos entes federados.

IV. Implantação restrita do SUS em alguns estados brasileiros, não garantindo o princípio da universalidade

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

14. A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde:

- (A) Rede Cegonha, Rede de Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- (B) Rede de Atenção Integral à Saúde da Criança, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- (C) Rede Cegonha, Rede de Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa Idosa, Rede de Atenção Domiciliar.
- (D) Rede De Atenção Integral à Saúde da Mulher, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Domiciliar, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- (E) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

15. A sociedade construiu o controle social no SUS, com os conselhos e conferências de saúde, definindo espaços de participação social na formulação e deliberação da Política Pública de Saúde. Os conselhos de saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da política de saúde, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário. Quais são as representações garantidas nos conselhos de saúde?

- (A) Trabalhadores da saúde, instituições de ensino e entidades de classe da área da saúde
- (B) Secretaria de saúde, instituições de ensino e usuários
- (C) Usuários, trabalhadores da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde
- (D) Trabalhadores da saúde, governo e representantes sindicais
- (E) Usuários, secretaria de saúde e representantes hospitalares

16. A atenção domiciliar é um componente importante do SUS, no sentido de garantir equidade e permitir acesso oportuno aos serviços de saúde para família que, por razões diversas, não podem acessar a unidade de saúde.

Sobre as diferentes composições familiares, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) Família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e sem filhos biológicos; famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; famílias adotivas temporárias; famílias adotivas birraciais ou multiculturais; casais que podem morar separadamente

(B) Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; casais homossexuais com ou sem crianças; famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior (remarried/step families)

(C) Família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e com seus filhos biológicos; famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; famílias adotivas temporárias; famílias adotivas unirraciais; casais que podem morar separadamente

(D) Famílias monoparentais, chefiadas somente pelo pai; casais somente heterossexuais com ou sem crianças; famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior (remarried/step families)

(E) Famílias plurais, com dois ou mais representantes em união estável; famílias unirraciais, representando a maioria da população; famílias não reprodutivas, com casais que não pretendem ter filhos

17. A Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela primeira vez em 2006 e revisada em 2011 e 2017, estabelece as condições para a organização da Atenção Básica brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde. No documento estão previstas as diretrizes da Atenção Básica brasileira, que a situa como uma política abrangente. Assinale abaixo a afirmativa **CORRETA**:

CORRETA:

(A) A coordenação do cuidado prevê a organização do projeto terapêutico do paciente enquanto o mesmo estiver sob cuidados no primeiro nível de atenção, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, como responsabilidade de toda a equipe multiprofissional

(B) O Cuidado Centrado na Pessoa aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança para gerir e tomar decisões sobre sua própria saúde de forma mais efetiva

(C) A longitudinalidade do cuidado prevê a construção de vínculo com a unidade e não com os profissionais, mitigando a falta de fixação de profissionais na Atenção Básica e fundamentando as ações no primeiro nível de atenção sob a égide da responsabilização dos usuários sobre sua saúde

(D) Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, centradas na doença, na perspectiva de tratamento dos principais problemas de saúde da população e redução de suas comorbidades

(E) Integralidade: a partir da reorientação do modelo assistencial, a Atenção Básica é responsável por todos os problemas de saúde do território, uma vez que, considerando a realidade brasileira, pode ser a única unidade de saúde de muitos municípios

18. Analise as asserções abaixo:

I. A Estratégia Saúde da Família, a partir da PNAB 2017, deixa de ser a estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial e política preferencial para expansão da Atenção Básica.

PORQUE

II. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica em todo o território nacional.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

(A) Ambas as asserções são verdadeiras e a II é uma justificativa da I

(B) Ambas as asserções são verdadeiras e a II não é uma justificativa da I

(C) A asserção I é verdade e a II é falsa

(D) A asserção I é falsa e a II é verdadeira

(E) Ambas as asserções são falsas

19. A Atenção Básica brasileira conta com um aparato normativo-legal abrangente que abarca alguns atributos que buscam situa-la como ordenadora da rede e cumprir papel central no sistema de saúde. Correlacione as colunas abaixo:

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| A. Coordenação do cuidado | <input type="checkbox"/> | Permite a criação vínculo e a manutenção do cuidado ao longo do tempo, favorecendo o atendimento de sujeitos, famílias e comunidades numa perspectiva integral. |
| B. Longitudinalidade do cuidado | <input type="checkbox"/> | Situa a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e responsável pelo direcionamento do paciente à outros níveis de atenção, porém ainda mantendo o acompanhamento e a responsabilidade sobre o paciente em questão. |
| C. Territorialização | <input type="checkbox"/> | Permite o atendimento de demandas e especificidades de cada território, considerando aspectos históricos, culturais, sociais, entre outros. |
| D. Integralidade | <input type="checkbox"/> | Prevê um primeiro nível de atenção articulado aos demais, para que os casos que exigem mais tecnologias duras sejam encaminhados e manejados a contento em hospitais e centros de especialidades. |

- (A) B, A, C, D
- (B) D, B, C, A
- (C) B, D, C, A
- (D) D, B, A, A
- (E) B, A, D, C

20. A Atenção Básica cumpre papel fundamental no acompanhamento pré-natal de baixo risco e na garantia, por conseguinte, de uma gravidez de qualidade. No entanto, algumas condições preveem o encaminhamento a outros níveis de atenção. Assinale a alternativa que apresente fatores de risco que podem indicar o encaminhamento ao pré-natal de alto risco:

- (A) IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
- (B) Intervalo partal menor que 2 anos.
- (C) Três ou mais cesarianas.
- (D) Anemia.
- (E) Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

21. O acompanhamento pré-natal de baixo risco é fundamental para a manutenção da Razão de Mortalidade Materna (RMM) e proteção da saúde das mulheres e dos bebês. A RMM é um indicador que expressa, em linhas gerais, condições de acesso a assistência ao pré-natal, parto e puerpério de qualidade. Qual é a rotina de consultas preconizada pelo Ministério da Saúde em um pré-natal de qualidade?

- (A) Até a 28ª semana mensalmente; da 28ª a 36ª quinzenalmente; a partir da 36ª semanalmente.
- (B) Até a 30ª semana mensalmente; da 30ª a 36ª quinzenalmente; a partir da 36ª semanalmente.
- (C) Até a 36ª semana mensalmente; da 36ª a 40ª quinzenalmente; a partir da 40ª semanalmente.
- (D) Até a 24ª semana mensalmente; da 24ª a 30ª quinzenalmente; a partir da 30ª semanalmente.
- (E) Até a 24ª semana mensalmente; da 24ª a 36ª quinzenalmente; a partir da 36ª semanalmente.

22. Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Assinale a alternativa que expressa um objetivo específico da Política Nacional de Promoção da Saúde:

- (A) Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- (B) Definir áreas prioritárias de ação governamental relativa à qualidade de vida e ao equilíbrio ecológico, atendendo aos interesses da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios;
- (C) Reconhecer o resíduo sólido reutilizável e reciclável como um bem econômico e de valor social, gerador de trabalho e renda e promotor de cidadania;
- (D) Garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS;
- (E) Restringir os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

23. Sobre os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf), analise as afirmativas abaixo:

- I. A implantação do Nasf e a chegada de novos profissionais na Atenção Básica, ainda que tenham sido objeto de discussão coletiva no território, provavelmente produzirão efeitos na dinâmica já estabelecida em cada UBS.
- II. A predominância da lógica de atenção centrada na doença e em procedimentos curativos muitas vezes ocasiona pressão para que o Nasf trabalhe em uma lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial.
- III. A missão do Nasf, por sua vez, é a de apoiar o trabalho dessas equipes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando a abrangência, o escopo e a qualidade das ações na Atenção Básica, e a de contribuir para o aumento de sua capacidade de cuidado.
- IV. Uma vez que o Nasf está vinculado a diversas equipes, sua especificidade sobrepõe a especificidade do território, de modo que não a negligencie, porém, garantindo a assistência segundo a ideia de ampliação do escopo da Atenção Básica.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

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

24. O Acolhimento da Demanda Espontânea é um desafio para a Estratégia Saúde da Família e um elemento estruturante para se consolidar como porta de entrada da rede de atenção e garantir a resolução da maior parte dos problemas de saúde no próprio território. Sobre o acolhimento à demanda espontânea, assinale a alternativa **CORRETA**:

(A) Mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas na ESF, ao apresentarem exacerbações em seu quadro clínico e demandar atendimento devem estar plenamente orientados sobre a unidade de urgência mais próxima para buscar atendimento.

(B) O acolhimento, ao contrário do que se discute em muitas unidades, é um procedimento técnico, devendo estar restrito à uma sala ou espaço definido previamente, seja para preservar o paciente, seja para garantir que as rupturas sejam mantidas

(C) O acolhimento é exercitado, majoritariamente, pelo médico e enfermeiro das equipes, uma vez que são esses profissionais os que possuem condições de definir os pacientes que precisam ou não ser acolhidos para atendimento de demanda espontânea.

(D) Ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requeiram invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço

(E) Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, são suficientes apenas ações normativas, burocráticas e discursivas para o melhor andamento do processo de trabalho

25. Sobre o mecanismo de transmissão da Meningite Meningocócica, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) A transmissão por fômites é de extrema relevância.

(B) Se dá pelo contato com secreção respiratória de pessoas sintomáticas.

(C) A transmissão se dá de pessoa a pessoa, através de secreções respiratórias.

(D) A transmissão se dá após 14 dias de contaminação (após período de incubação).

(E) Após 72 horas de antibioticoterapia a bactéria é eliminada da nasofaringe.

26. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) se situa como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, e contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Sobre as Diretrizes da PNPS, assinale **V** para afirmativas **VERDADEIRAS** e **F** para afirmativas **FALSAS**.

Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.

Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.

Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

(A) V, V, V, F.

(B) V, F, V, V.

(C) V, V, V, V.

(D) F, F, V, V.

(E) F, F, F, V.

27. O acompanhamento pré-natal de baixo risco é fundamental para a manutenção da Razão de Mortalidade Materna (RMM) e proteção da saúde das mulheres e dos bebês. A RMM é um indicador que expressa, em linhas gerais, condições de acesso a assistência ao pré-natal, parto e puerpério de qualidade. Nesse contexto, analise as asserções abaixo:

I. Entre 1990 e 2000 a mortalidade materna por causas indiretas (decorrentes de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação) aumentou cerca de 33%.

PORQUE

II. Houve um esforço e uma melhoria nas investigações de óbitos suspeitos em decorrência de causas indiretas.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

(A) Ambas são asserções verdadeiras e a II justifica a I.

(B) Ambas são asserções verdadeiras e a II não justifica a I.

(C) Ambas são asserções falsas.

(D) A asserção I é verdadeira e a II é falsa.

(E) A asserção I é falsa e a II é verdadeira.

28. Analise as afirmativas abaixo sobre as equipes de Consultório na Rua (eCR):

- I.** Equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.
- II.** Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.
- III.** As eCR não devem realizar atendimento de pessoal em situação de rua que sejam beneficiárias de programas ou bolsas governamentais, de modo a promover equidade garantindo atendimento apenas daqueles que mais necessitam.
- IV.** Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana

Assinale a alternativa **CORRETA**:

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

29. A cobertura vacinal contra Influenza conta com a atuação da Atenção Básica para a sua efetivação. Em linhas gerais, trata-se de uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contrai-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave. Profissionais da Atenção Básica, no âmbito da assistência e da gestão, devem estar atentos às possíveis complicações dessa doença.

São sinais de complicação da infecção por Influenza, **EXCETO**:

- (A)** Piora das doenças crônicas.
- (B)** Pneumonia bacteriana e por outros vírus.
- (C)** Otite.
- (D)** Desidratação.
- (E)** Dor no peito e nas costas.

30. A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, pois representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos.

Sobre a participação paterna no crescimento saudável da criança, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A)** Muito se fala em saúde paterno-infantil (relacionada ao vínculo físico, psicológico e afetivo que as crianças estabelecem com aqueles que exercem a função paterna em suas vidas), cujas lacunas são potencializadas pelas equipes de saúde em não fortalecerem o vínculo no pré-natal.
- (B)** Os profissionais da Rede SUS devem deixar que o acesso e desses pais, como sujeitos na lógica das consultas realizadas em conjunto com as mães e as crianças seja uma demanda da família.
- (C)** É necessário considerar os aspectos socioculturais e os preconceitos que permeiam o simbólico imaginário masculino, exclusivamente presentes na população usuária dos serviços de saúde.
- (D)** Como a realidade brasileira é de metade dos lares e famílias chefiadas por mulheres, ainda não há uma política de inclusão paterna no crescimento e desenvolvimento das crianças.
- (E)** Estudos indicam que a maior parte dos homens gostaria de participar das consultas e de receber informações sobre ações de prevenção e promoção relacionadas à saúde de seus filhos.

31. (...) é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse (...), formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. (CHIAVERINI; 2011)

O trecho acima se refere:

- (A)** A nova estratégia de atendimento em saúde mental.
- (B)** Ao matriciamento ou apoio matricial.
- (C)** Ao ambulatório desespiralizado com estratégia humaniza.
- (D)** Ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).
- (E)** À estratégia de integração comunitária entre Escola e Equipe de Saúde da Família.

32. Segundo Dalgarrondo (2000), “desde o século XIX, os clínicos têm percebido que nem todos os aspectos da manifestação de uma doença derivam diretamente do processo patológico de base (em geral relacionados à predisposição constitucional e a fatores predisponentes). Nessa linha, o psicopatólogo alemão Karl Birnbaum (1878-1950) (1980) propôs que se discriminem três fatores envolvidos na manifestação das doenças mentais”:

- (A) Fator patogênético, fator patoplástico e fator psicoplástico.
 (B) Fator heterogênético, fator psicoadaptável e fator socioplástico.
 (C) Fator psicoadaptável, fator ambiental e fator social.
 (D) Fator neuroadaptável, fator socioambiental e fator patoplástico.
 (E) Fator distímico, fator socioadaptativo e fator neurológico.

33. Segundo a concepção psicopatológica, com base na patologia geral e na escola jasperiana, os cursos crônicos dos transtornos mentais podem ser de dois tipos: processo e desenvolvimento. *Processo* refere-se a uma transformação lenta e insidiosa da personalidade, decorrente de alterações psicologicamente incompreensíveis, de natureza endógena. [...] *Desenvolvimento* refere-se à evolução psicologicamente compreensível de uma personalidade. Essa evolução pode ser normal, configurando os distintos traços de caráter do indivíduo, ou anormal, determinando os transtornos da personalidade e as neuroses.

Considere as definições a seguir e responda:

- 1 - **Os fenômenos agudos ou subagudos** classificam-se em crises ou ataques, episódios, reações vivenciais, fases e surtos.
 2- **A crise, ou ataque**, caracteriza-se, em geral, por surgimento e término abruptos, durando segundos ou minutos, raramente horas. Utilizam-se os termos crise ou ataque para fenômenos como: crises epiléticas, crises ou ataques de pânico, crises histéricas, crises de agitação psicomotora, etc.
 3- **O episódio** tem geralmente a duração de dias até semanas. Tanto o termo crise como o termo episódio nada especificam sobre a natureza do fenômeno mórbido. Os termos episódio e crise são denominações referentes apenas ao aspecto temporal do fenômeno. Na prática, é comum utilizar-se o termo episódio de forma inespecífica, quando não há condições de precisar a natureza do fenômeno mórbido. Assim, pode-se falar em episódio maníaco, episódio paranóide, episódio depressivo, etc.

- (A) Estão corretas apenas as definições 2 e 3.
 (B) Estão corretas apenas as definições 1 e 2.
 (C) Nenhuma definição está correta.
 (D) Todas as definições estão corretas.
 (E) Está correta apenas a definição 1.

34. A história e o exame do estado mental do paciente também constituem os recursos básicos de um diagnóstico e se desenvolvem, como outras interações clínicas, no contexto de uma entrevista (Strauss, 1999). Na realidade, compõem rotineiramente a avaliação clínica psiquiátrica. Num modelo psicológico, a história e o exame do paciente permitem a coleta de subsídios introdutórios que vão fundamentar o processo a que chamamos de psicodiagnóstico. Caracterizam, portanto, uma área de superposição profissional.

Leia atentamente o trecho a seguir e responda ao que se refere:

“Em primeiro lugar, esta é a época em que as relações sociais vão se tornando mais importantes e devem ser consideradas, enfocando irmãos, colegas e amigos. Deve-se analisar a facilidade ou não de estabelecer e manter relações, avaliar a extensão da rede de amizades, o grau de intimidade nas amizades, identificar qual o papel desempenhado nos grupos, grau de popularidade e liderança, a tendência de participar de grupos que se envolvem em atividades não aceitas pelas normas sociais ou, ao contrário, de organizações com interesses artísticos, políticos, religiosos, etc.”

- (A) Infância intermediária (3 a 11 anos).
 (B) Primeira infância (até os 3 anos).
 (C) História pré-natal e perinatal.
 (D) Pré-adolescência, adolescência e idade adulta.
 (E) Idade adulta.

35. “A não ser em casos muito específicos, em que o objetivo diagnóstico é bastante circunscrito, a (...) é realizada geralmente integrada com a história, buscando-se uma relação entre a pessoa com seus problemas específicos atuais e as experiências de sua vida passada. Pretende-se colocar a problemática presente numa perspectiva histórica, que permita compreender o transtorno dentro de um processo vital, em um contexto temporal, afetivo e social, com base num quadro referencial teórico. Trata-se de um modo específico de compreender os fatos. Desse modo, não se analisam os efeitos especiais de um e outro acontecimento, como também suas interações. Bellak e Small (1980) exemplificam: ‘a perda da mãe na infância do paciente deve ser posta em relação com a chegada anterior de um irmão e com a ausência prévia e prolongada do pai no lar’ (p.51). Os acontecimentos também devem ser entendidos em função da época em que ocorreram, pois a sua repercussão psicodinâmica pode ser intensificada em meio a uma crise de desenvolvimento, por exemplo, e eventualmente agravada por vulnerabilidade no desenvolvimento anterior.” (CUNHA, 2000).

O autor está se referindo a:

- (A) Fonte subsidiária.
 (B) Avaliação anamnética de vida pregressa.
 (C) Avaliação especial para adultos com transtorno de estresse pós-traumático.
 (D) Fonte avaliativa restritiva.
 (E) Avaliação dinâmica.

36. Os delírios (do latim de, fora, e liros, sulco; sair da trilha arada, desviar o arado do sulco) podem ser classificados de diversas maneiras: a) conforme a sua temática (de desconfiança, de perseguição, de influência, de prejuízo, de referência, de autopreferência, de ciúme, de grandeza, de descendência ou de linhagem ilustre [genealógico], de invenção, de transformação cósmica, de prestígio, de missão

divina, de reforma social, de possessão diabólica ou divina, de natureza hipocondríaca, de negação e transformação, de culpa, de autoacusação, de ruína e vários outros, de acordo com a plasticidade da trama delirante); b) conforme o grau de elaboração (sistemizados e não-sistemizados); c) conforme o curso evolutivo (agudos e crônicos).

Quanto ao *delirium*:

(A) emprega-se esta forma latina para caracterizar a dificuldade ou perda da capacidade de compreender o significado das palavras e/ou a incapacidade de se utilizar dos símbolos verbais.

(B) emprega-se esta forma latina para caracterizar uma alteração da consciência-vigilância de natureza orgânica, com a presença de delírios, por exemplo, *delirium tremens*, *delirium febril*.

(C) emprega-se esta forma latina para caracterizar aquelas situações em que a alteração afetiva do paciente causa uma perturbação da capacidade de ajuizar, sem a gravidade e a convicção dos delírios.

(D) emprega-se esta forma latina para caracterizar a sensibilidade interna da pessoa frente à satisfação ou à frustração de suas necessidades, por exemplo, *delirium tremens*, *delirium febril*.

(E) emprega-se esta forma latina para caracterizar repetição de sílabas, vocábulos, palavras e até frases inteiras de forma incontrolável e monótona.

37. “entendemos a experiência clínica como a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção que é plano do coletivo. O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si. Coletivo diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos se dar a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública.” (BENEVIDES, 2005).

Considerando o que foi dito pela autora, diga a qual tipo ela está se referindo no parágrafo a seguir:

“se tomamos a Psicologia como campo de saber voltado para os estudos da subjetividade e se esta é entendida como processo coletivo de produção resultando em formas sempre inacabadas e heterogenéticas, é impossível separar, ainda que distinções haja, a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica. Fazer política pública – e o SUS é fundamentalmente política pública, porque de qualquer um -, é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela

geradora dos processos singulares. Neste sentido, pensar a interface da Psicologia com o SUS se dará exatamente por este ponto conector: os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano de multiplicidades, plano público. O SUS, enquanto conquista do povo brasileiro, da humanidade, se faz como política pública de saúde.”

(A) Princípio da inseparabilidade.

(B) Princípio da isonomia.

(C) Princípio da autonomia.

(D) Princípio da corresponsabilidade.

(E) Princípio da transversalidade.

38. Ao aprovar e divulgar o Código de Ética Profissional do Psicólogo, a expectativa é de que ele seja um instrumento capaz de delinear para a sociedade as responsabilidades e deveres do psicólogo, oferecer diretrizes para a sua formação e balizar os julgamentos das suas ações, contribuindo para o fortalecimento e ampliação do significado social da profissão. Segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo podemos afirmar que, é responsabilidade do psicólogo:

- I. Orientar a quem de direito sobre os encaminhamentos apropriados, a partir da prestação de serviços psicológicos, e fornecer, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho
- II. Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante
- III. Levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da profissão, transgressões a princípios e diretrizes deste Código ou da legislação profissional.

(A) Estão corretas as alternativas I e II.

(B) Estão corretas as alternativas I e III.

(C) Estão corretas as alternativas I, II e III.

(D) Estão corretas as alternativas II e III.

(E) Está correta apenas a alternativa II.

39. (Código de Ética Profissional do Psicólogo, 2005) Art. 7º – O psicólogo poderá intervir na prestação de serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, nas seguintes situações:

Assinale a alternativa que **não** corresponda a uma real orientação do CEP.

(A) A pedido do profissional responsável pelo serviço.

(B) Em caso de emergência ou risco ao beneficiário ou usuário do serviço, quando dará imediata ciência ao profissional.

(C) Quando informado expressamente, por qualquer uma das partes, da interrupção voluntária e definitiva do serviço.

(D) Quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada.

(E) Quando o profissional estiver sobre avaliação judicial para quebra de sigilo por risco eminente do paciente ou de terceiros.

40. Observe os artigos do Código de Ética Profissional do Psicólogo a seguir e responda:

“**Art. 11** – Quando requisitado a depor em juízo, o psicólogo poderá prestar informações, considerando o previsto neste Código.

Art. 12 – Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho.

Art. 13 – No atendimento à criança, ao adolescente ou ao interdito, deve ser comunicado aos responsáveis o estritamente essencial para se promoverem medidas em seu benefício.

Art. 14 – A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e a legislação profissional vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado.”

- (A) O artigo 14 não está correto.
- (B) Os artigos 11 e 13 não estão corretos.
- (C) Todos os artigos estão errados.
- (D) Todos os artigos estão corretos.
- (E) O artigo 12 não está correto.

41. O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. (DIAS, SILVEIRA – 2009)

Considerando os papéis grupais, analise a definição a seguir e assinale a alternativa correspondente: “é aquele que assume as ‘culpas’ do grupo. Assume o papel de depositário dos conteúdos, percebidos como negativos, que provocam mal-estar no grupo, medo, culpa e vergonha.”

- (A) O líder de mudança.
- (B) O líder de resistência.
- (C) O bode expiatório.
- (D) O porta-voz.
- (E) O silencioso.

42. Leia as afirmativas e a seguir responda:

- I. Uma forma de avaliar o grupo é a sondagem dos membros do grupo por intermédio de algumas questões objetivas feitas pelo coordenador, solicitando uma avaliação do seu desempenho como uma etapa das reuniões do grupo. Um outro meio poderia ser por meio de entrevistas individuais ou do preenchimento de instrumentos como um questionário de satisfação, ao final do grupo ou da permanência do participante.
- II. O feedback do coordenador sobre o grupo deve considerar o seu desempenho sob a perspectiva do coordenador. É um recurso utilizado principalmente a partir da observação do

mesmo frente aos fatos que ocorrem no desenvolvimento do trabalho. O registro escrito diário das reuniões balizado pelos objetivos do grupo pode constituir-se em uma preciosa fonte de informações. Uma estratégia de complementação dessa forma de avaliação seria a comparação das impressões do coordenador com as opiniões dos participantes.

- III. O grupo também pode ser avaliado por supervisor externo. As avaliações sob perspectiva de outros membros da equipe que trabalham com grupo podem auxiliar também o processo de avaliação dos resultados alcançados pelo grupo. Os outros membros da equipe que dão apoio ao trabalho realizado pelo coordenador podem ajudá-lo a captar detalhes importantes sobre o seu desempenho, dos outros membros do grupo e do processo como um todo.
- IV. O término do grupo é um evento tão importante quanto o seu percurso. Ao cuidarmos de um término digno do grupo é importante permitir que as pessoas possam experimentar as vicissitudes da separação como um momento inerente à vida. Muitos evitam essas situações acreditando que, com isso, irão evitar a dor. Assim não se despedem dos outros, iludindo-se que será mais fácil para não sentir saudades.

- (A) Apenas as alternativas I, II e III estão corretas.
- (B) Apenas as alternativas I, II e IV estão corretas.
- (C) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- (D) Todas as alternativas estão corretas.
- (E) Nenhuma alternativa está correta.

43. “Pensar [...] como processo, como relação e como composição rompe com a noção de esquadramento da sociedade, delimitando áreas de abrangência, considerando apenas o frio mapa de uma cidade. Trata-se aqui de construir/inventar um espaço possível de subjetivação. Considerar como [...] apenas o frio esquadramento das áreas de adstrição das equipes das ESF não é suficiente para contemplar a multiplicidade dos fluxos da vida das pessoas que habitam os lugares. Moram aqui, trabalham acolá, transitam por vários espaços urbanos. Para a Política Nacional de Atenção Básica, é fundamental que a Rede de Atenção à Saúde oriente seu o trabalho pelos princípios da universalidade e da acessibilidade; atenta aos vínculos e a continuidade do cuidado sustentando a integralidade da atenção e da responsabilização; com equidade e participação social.” (YASUI, AMARANTE – 2018)

O trecho acima se refere:

- (A) À comunidade.
- (B) Ao coletivo social de saúde.
- (C) Ao território.
- (D) À equipe multidisciplinar.
- (E) Ao sistema público de saúde.

44. [...] caracteriza-se por um modo de exercício do biopoder que institui saberes e fazeres produzindo uma interdição dos espaços urbanos e a determinação de lugares e modos de se relacionar com certos grupos marcados pela exclusão e, em muitos casos, pelo confinamento. Não apenas como um poder que exclui e reprime, antes, um poder que produz normatizações, controle, assujeitamento, vigilância. Concretiza-se no policiamento da cidade e no controle dos indivíduos pela análise pormenorizada do território e de seus elementos e pelo exercício de um poder contínuo. (YASUI, AMARANTE – 2018)

A definição acima se refere:

- (A) Ao confinamento manicomial hospitalar.
- (B) Ao território.
- (C) Ao coletivo social de saúde.
- (D) À lógica manicomial.
- (E) À patologização da vida.

45. O termo “gentrificação” tem sido usado para determinar:

- (A) Os espaços urbanos também são marcados por uma divisão, setorização e hierarquização que estabelece fronteiras invisíveis, delimitando quem pode ou não circular. Processo resultante da chamada revitalização ou reurbanização de determinados espaços urbanos degradados. Tais alterações do espaço valorizam a região e expulsam a população de baixa renda local para outras áreas, geralmente mais distantes.
- (B) A oferta para consumo, tal como uma droga, de figuras que chamaríamos hoje de “celebridades” que não sofrem, vivem felizes sempre e são imunes as forças do tempo. Mas, quando estas são consumidas como próteses de identidade, seu efeito dura pouco, pois os indivíduos-clones que então se produzem, com seus falsos-*self* estereotipados, são vulneráveis a qualquer ventania de forças um pouco mais intensa.
- (C) Busca permanente no âmbito da vida cotidiana, de subjetivação pelo cultivo do dissenso, processo contínuo de produção singular da existência. Produção de diferença, daquilo que escapa da homogeneidade e do já instituído.
- (D) Espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura.
- (E) Produção de subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo de diferentes mercadorias: objetos e modos de ser. Neste sentido, a produção de saúde na Atenção Psicossocial e na Atenção Básica podem cair facilmente nas armadilhas desse modo hegemônico que se apresenta cotidianamente nos serviços nos pedidos dos usuários pelo diagnóstico médico de seu sofrer e pela medicação que “rapidamente” eliminará a dor.

46. “Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e

irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.” (CHIAVERINI; 2011)

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes:

- (A) Atenção Básica e Atenção Primária.
- (B) Equipe de referência e Equipe de apoio matricial.
- (C) Estratégia de Saúde da Família e Gestores.
- (D) Matriciamento e Atenção Básica.
- (E) Equipe multidisciplinar e Equipe da Estratégia de Saúde da Família.

47. O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009):

- (A) Um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.
- (B) Intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental, devido à competência específica da autoridade avaliativa.
- (C) Encaminhamento ao especialista.
- (D) Atendimento individual pelo profissional de saúde mental, com vias de respeito ao processo de sigilo.
- (E) Atendimento ambulatorial do maior número de usuários possível, resguardando ao direito de atendimento de cada cidadão.

48. Quando solicitar um matriciamento?

- I. Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.
- II. Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- III. Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- IV. Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações

peçoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

- (A) As opções corretas são I, II e IV.
- (B) As opções corretas são I e IV.
- (C) As opções corretas são II e III
- (D) Nenhuma das opções estão corretas.
- (E) Todas as opções estão corretas.

49. O quadro de ansiedade generalizada caracteriza-se:

(A) por crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas como: batadeira ou taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos em membros e/ou lábios. Ocorre com frequência um considerável medo de ter um ataque do coração, um infarto, de morrer e/ou enlouquecer. São de início abrupto (chegam ao pico em 5 a 10 minutos) e de curta duração (duram geralmente não mais que uma hora).

(B) por uma síndrome ansiosa que é claramente resultante de uma doença, uso de fármacos ou outra condição orgânica. Nesses casos, a síndrome ansiosa segue-se à instalação de uma doença orgânica ou condição orgânica.

(C) pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada. Nesses quadros, são frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumenta e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaleia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria.

(D) por episódio depressivo, evidentes sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, diminuição da concentração e da autoestima, ideias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite) devem estar presentes por pelo menos duas semanas, e não mais que por dois anos de forma ininterrupta. Os episódios duram geralmente entre 3 e 12 meses (com mediana de seis meses).

(E) por sintomas classicamente endógenos. Sinais e sintomas como lentificação psicomotora, anedonia, alterações do sono e do apetite, piora dos sintomas no período da manhã (melhora no período da tarde e da noite) e ideias de culpa devem fazer o clínico pensar em depressão tipo endógena ou melancólica.

50. As síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo. Dos agrupamentos de sinais e sintomas a seguir, quais não pertencem às síndromes depressivas?

- (A) Alterações da autoavaliação.
- (B) Alterações da volição e da psicomotricidade.
- (C) Síndromes neurastênicas.
- (D) Sintomas psicóticos.
- (E) Alterações ideativas.

51. Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo (Del Pino, 2003). Entretanto, elas caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade. Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômenos biológicos (neurais ou neuroendócrinos) associados. (DALGARRONDO, 2000).

Segundo o autor, a depressão secundária ou orgânica:

(A) É uma depressão grave, na qual ocorrem, associados aos sintomas depressivos, um ou mais sintomas psicóticos, como delírio de ruína ou culpa, delírio hipocondríaco ou de negação de órgãos ou alucinações com conteúdos depressivos.

(B) É a depressão com forte componente de ansiedade e inquietação psicomotora. O paciente queixa-se de angústia intensa associada aos sintomas depressivos; não pára quieto; insone; irritado; anda de um lado para outro; desespera-se.

(C) Trata-se de um subtipo de depressão na qual predominam os sintomas classicamente endógenos. Sinais e sintomas como lentificação psicomotora, anedonia, alterações do sono e do apetite, piora dos sintomas no período da manhã (melhora no período da tarde e da noite) e ideias de culpa devem fazer o clínico pensar em depressão tipo endógena ou melancólica. Esse tipo de depressão é de natureza mais neurobiológica, mais independente de fatores psicológicos.

(D) Trata-se de uma depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos. Os sintomas depressivos mais comuns são diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões ou se concentrar, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança.

(E) É uma síndrome depressiva causada ou fortemente associada a uma doença ou um quadro clínico somático, seja ele primariamente cerebral ou sistêmico. Síndromes e doenças como hipo ou hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Parkinson e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) apresentam, com significativa frequência, quadro depressivo que faz parte da própria condição patológica.

52. “A [...] pressupõe uma reconstituição global da vida do paciente, como um marco referencial em que a problemática atual se enquadra e ganha significação. Frequentemente, a [...] é delineada de forma mais sistemática e formal, produzindo um acúmulo de dados que não contribuem para o entendimento do caso. Um enfoque puramente normativo pode ter sentido quando há suspeitas de desvios de desenvolvimento numa criança. Caso contrário, muitas vezes, a série de dados, conseguidos exaustivamente, em busca de uma precisão cronológica, pode ser resumida, porque os dados são

importantes, em vista de sua ‘possível conexão com a enfermidade corrente’, como lembram MacKinnon & Yudofsky (1988, p.17).”

O trecho acima se refere a:

- (A) História pessoal ou anamnese.
- (B) História pré-natal e perinatal.
- (C) A primeira infância (até os 3 anos).
- (D) Avaliação de traumas pregressos.
- (E) Infância intermediária (3 a 11 anos).

53. “No que diz respeito à ordenação metodológica do exame do estado mental, há um consenso de que as principais alterações envolvem sinais e/ou sintomas nas seguintes áreas da conduta humana: atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e conduta.” (CUNHA, 2000)

Qual definição a seguir, **não** condiz com o termo que está definindo:

- (A) A sensopercepção é a função psicológica que garante o elo temporal da vida psíquica, pois reflete o passado no presente e permite a perspectiva do futuro.
- (B) A orientação é uma das expressões da lucidez psíquica, que depende, fundamentalmente, da integridade do estado de consciência, por meio da qual se identifica a capacidade de consciência temporo-espacial.
- (C) A atenção é um processo psíquico que permite concentrar a atividade mental sobre um fato determinado.
- (D) O pensamento traduz a aptidão do indivíduo para elaborar conceitos, articular esses conceitos em juízos e, com base nisso, construir raciocínios, de modo a solucionar com algum êxito os problemas com que se depara.
- (E) A consciência é o termo que significa a capacidade de o indivíduo se dar conta do que está ocorrendo dentro e ao redor de si, ao alcance de seu sensorio.

54. “a Psicologia, tal como qualquer outro campo de saber/poder não explica nada. É ela mesma que deve ser explicada e isto só se dá numa relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível.” (BENEVIDES, 2005).

A definição acima se refere a qual princípio, segundo a autora?

- (A) Princípio da inseparabilidade.
- (B) Princípio da autonomia.
- (C) Princípio da hegemonia.
- (D) Princípio da corresponsabilidade.
- (E) Princípio da transversalidade.

55. “Essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Assim, a aplicação do termo ‘operativo’ significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. Os profissionais de saúde seriam responsáveis por propiciar condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que favoreceriam mudanças no controle das doenças crônicas não-transmissíveis”. (DIAS, SILVEIRA – 2009)

Ao que se refere o texto acima?

- (A) Educação em saúde nos grupos.
- (B) Sala de espera.
- (C) Estratégia de monitoramento epidemiológico.
- (D) Educação social comunitária.
- (E) Avaliação de gestão de risco.

56. Observe as afirmativas e em seguida responda de acordo com as opções propostas:

- I. Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental.
- II. O núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas
- III. A diretriz organizacional do matriciamento conta com equipes multidisciplinares que dividem saberes e funções. Não existe especificidade de áreas no atendimento ao usuário, onde todo acolhimento necessita ser multifatorial, a exemplo da interconsultas.
- IV. O processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

- (A) Estão corretas apenas as afirmativas I, III e IV.
- (B) Estão corretas apenas as afirmativas II e III.
- (C) Todas as afirmativas estão corretas.
- (D) Estão corretas apenas as afirmativas I, II e IV.
- (E) Todas as afirmativas estão erradas.

57. Segundo Cunha (2000), a linguagem falada é o meio de comunicação verbal entre as pessoas. A palavra é o envoltório material do pensamento e manifesta a dimensão perceptível das ideias. Na linguagem, estão contidos dois aspectos importantes: um, individual, a fala, e o outro, social, a linguagem ou idioma. Os principais quadros patológicos da linguagem falada de causa orgânica são: a) disartria, ou dificuldade de articular palavras; em grau extremo, é anartria; b) disfasia, ou dificuldade ou perda da capacidade de compreender o significado das palavras e/ou a incapacidade de se utilizar dos símbolos verbais; em grau extremo, é afasia. Existem três tipos básicos de afasias.

Assinale a alternativa que nomeia os três tipos de afasias:

- (A) afasia de Broca (afasia nominal), mutismo e logorria.
- (B) parafasia, afasia de Broca (afasia pura) e afasia de Wernicke (afasia mista).
- (C) afasia de Wernicke (afasia nominal), afasia de Broca (afasia mista) e afasia motora pura.
- (D) afasia de Broca (afasia nominal), afasia disforme e afasia psicomotora mista.
- (E) jargonofasia, coprolalia e verbigeração.

58. A euforia ou alegria patológica e a elação (ou expansão do Eu) constituem a base da síndrome maníaca (Belmaker, 2004). Além disso, é fundamental e está quase sempre presente a aceleração de todas as funções psíquicas (taquipsiquismo), manifestando-se como agitação psicomotora, exaltação, loquacidade ou logorria e pensamento acelerado (Cassidy et al., 1998). A atitude geral do paciente é alegre, brincalhona ou irritada, arrogante. Além das alterações propriamente do humor (euforia, elação) e do ritmo psíquico (aceleração), na esfera ideativa verifica-se um pensamento em geral superficial e impreciso; o paciente fala mais do que pensa (Binswanger [1961], 1973).

Quais desses sinais e sintomas não está presente nas síndromes maníacas:

- (A) Irritabilidade. Pode ocorrer em graus variados, desde leve irritabilidade, passando pela beligerância, até a franca agressividade.
- (B) Alexitimia a dificuldade de identificar sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais, assim como a dificuldade de falar sobre as próprias emoções.
- (C) Desinibição social e sexual. Leva o indivíduo a comportamentos inadequados em seu meio sociocultural.
- (D) Loquacidade. Produção verbal rápida, fluente e persistente.
- (E) Aumento da autoestima. O paciente sente-se superior, melhor, mais potente, etc.

59. As síndromes fóbicas caracterizam-se por medos intensos e irracionais, por situações, objetos ou animais que objetivamente não oferecem ao indivíduo perigo real e proporcional à intensidade de tal medo. (Hollander; Simeon 2004). Observe a afirmação a seguir e assinale a alternativa que corresponda a sua definição:

“o medo e a angústia relacionam-se a espaços amplos ou com muitas pessoas, à possibilidade de estar em locais de onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio ou a presença de pessoas próximas não seja rapidamente acessível.”

- (A) Fobia simples ou específica.
- (B) Fobia social.
- (C) Agorafobia.
- (D) Talassofobia.
- (E) Autofobia.

60. As síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como fala e risos imotivados. Os sintomas paranoides são muito comuns, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório. Em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais, no delirium ou nos quadros de retardo mental grave. A principal forma de psicose, por sua frequência e sua importância clínica, é certamente a esquizofrenia. Considera-se que alguns sintomas são muito significativos para o diagnóstico da esquizofrenia, particularmente aqueles que Kurt Schneider (1887-1967) denominou “sintomas de primeira ordem”.

Quais dos sintomas abaixo não fazem parte do grupo denominado pelo autor acima citado?

- (A) Percepção delirante. Uma percepção absolutamente normal recebe uma significação delirante, que ocorre de modo simultâneo ao ato perceptivo, em geral de forma abrupta, como uma espécie de “revelação”.
- (B) Transtorno depressivo produzindo déficit cognitivo transitório e funcionalmente derivável da alteração do humor. Perda de memória de pacientes deprimidos, secundária a déficit de atenção, concentração e motivação.
- (C) Alucinações auditivas características. São as vozes que comentam e/ou comandam a ação do paciente.
- (D) Eco do pensamento ou sonorização do pensamento. O paciente escuta seus pensamentos ao pensá-los.
- (E) Difusão do pensamento. Neste caso, o doente tem a sensação de que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos claramente pelos outros, no momento em que os pensa.