



CONCURSO PÚBLICO

033. PROVA OBJETIVA

PSICÓLOGO
(HSPE)

- ♦ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ♦ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ♦ Leia cuidadosamente as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ♦ Responda a todas as questões.
- ♦ Marque, na folha intermediária de respostas, localizada no verso desta página, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ♦ Transcreva para a folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, todas as respostas anotadas na folha intermediária de respostas.
- ♦ A duração da prova é de 3 horas e 30 minutos.
- ♦ A saída do candidato da sala será permitida após transcorrida a metade do tempo de duração da prova.
- ♦ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo destacar esta capa para futura conferência com o gabarito a ser divulgado.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.



FOLHA INTERMEDIÁRIA DE RESPOSTAS

QUESTÃO	RESPOSTA				
01	A	B	C	D	E
02	A	B	C	D	E
03	A	B	C	D	E
04	A	B	C	D	E
05	A	B	C	D	E

06	A	B	C	D	E
07	A	B	C	D	E
08	A	B	C	D	E
09	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E

16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

QUESTÃO	RESPOSTA				
21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E

26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E

31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E

36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

QUESTÃO	RESPOSTA				
41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E

46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E

51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E

56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E

CONHECIMENTOS GERAIS

POLÍTICA DE SAÚDE

- 01.** A Constituição Federal, ao tratar do “atendimento integral” – uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde – dá prioridade apenas às atividades
- (A) preventivas e assistenciais.
 - (B) preventivas, assistenciais e de reabilitação.
 - (C) de promoção da saúde e de assistência.
 - (D) preventivas.
 - (E) assistenciais.
- 02.** A legislação estabelece como instâncias de participação da comunidade na gestão do SUS apenas
- (A) as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.
 - (B) as Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde e os Conselhos Gestores.
 - (C) os Conselhos de Saúde e os Conselhos Gestores.
 - (D) as Conferências de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional.
 - (E) o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems.
- 03.** Além do atendimento integral, são diretrizes do SUS:
- (A) a equidade e a universalidade.
 - (B) a gratuidade e a universalidade.
 - (C) a descentralização e a participação da comunidade.
 - (D) a descentralização e a equidade.
 - (E) a gratuidade e a participação da comunidade.
- 04.** A estratégia de Saúde da Família
- (A) prevê a implantação de equipes multiprofissionais em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.
 - (B) propõe que suas equipes atuem com ações voltadas para todos os agravos de uma dada comunidade, dos mais frequentes aos mais raros.
 - (C) coloca a necessidade de se ultrapassarem os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.
 - (D) foi iniciada em 2001, tendo apresentado um crescimento pouco expressivo desde então.
 - (E) prevê resultados de longo prazo na mudança do perfil de morbi-mortalidade, não tendo ainda produzido alterações importantes nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de Saúde da Família.
- 05.** As responsabilidades de
- I. ordenar a formação de recursos humanos;
 - II. coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
 - III. avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão são, respectivamente, das esferas gestoras em Atenção Básica
- (A) federal, estadual e municipal.
 - (B) federal, municipal e estadual.
 - (C) estadual, federal e municipal.
 - (D) estadual, municipal e federal.
 - (E) municipal, estadual e federal.
- 06.** O Ministério da Saúde, ao apresentar o Pacto pela Saúde 2006,
- (A) constatou que o SUS, ao completar uma década e meia de existência, não conseguiu se estruturar enquanto um sistema de saúde sólido e que ainda presta serviços de qualidade insatisfatória à população brasileira.
 - (B) previu que ele deverá ser revisado a cada 10 anos pelos gestores do SUS, com base nos princípios constitucionais e na análise da série histórica dos indicadores de saúde.
 - (C) partiu da constatação de que o Brasil, mesmo sendo um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, necessita de uma ação padronizada e uniforme na operacionalização do seu sistema de saúde.
 - (D) priorizou ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nas áreas mais distantes dos grandes centros urbanos e com os piores indicadores de saúde de suas populações.
 - (E) definiu como temas prioritários a saúde do idoso; o câncer de colo de útero e de mama; a mortalidade infantil e materna; as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde e a atenção básica à saúde.
- 07.** Numa reunião com a comunidade, foram feitas as seguintes perguntas referentes à tuberculose:
- I. Ela é uma doença que atinge exclusivamente os pulmões?
 - II. Todas as pessoas que entrarem em contato com o bacilo de Koch vão desenvolver a doença?
 - III. Todo paciente com tuberculose pode transmitir a doença?
- As respostas corretas para essas perguntas são, respectivamente:
- (A) sim, sim e sim.
 - (B) não, não e não.
 - (C) sim, não e não.
 - (D) sim, sim e não.
 - (E) não, sim e não.

Considere o enunciado a seguir para responder às questões de números 08 e 09.

“Numa dada comunidade composta por 100 000 habitantes, ao longo de um ano foram registrados 100 casos de câncer de pulmão, sendo que destes 10 evoluíram para óbito.”

08. O coeficiente de letalidade por câncer de pulmão foi de

- (A) 0,01%.
- (B) 0,1%.
- (C) 1%.
- (D) 10%.
- (E) 100%.

09. O coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão foi de

- (A) 1 por 100.
- (B) 10 por 1 000.
- (C) 100 por 1 000.
- (D) 0,1 por 1 000.
- (E) 10 por 100 000.

10. Fazem parte da Lista de Doenças de Notificação Compulsória Imediata, no Estado de São Paulo, dentre outras, as seguintes doenças:

- (A) botulismo, carbúnculo e hanseníase.
- (B) cólera, peste e raiva humana.
- (C) febre tifoide, hanseníase e hepatites virais.
- (D) leptospirose, malária e peste.
- (E) coqueluche, dengue e rubéola.

ATUALIDADES

11. No dia 24 de agosto deste ano (2011), vários portais e jornais brasileiros repercutiram a informação da Agência Reuters sobre a afirmação da Administração de Informação de Energia (AIE) dos EUA de que as exportações americanas de etanol mais que dobraram nos primeiros cinco meses de 2011 e, com isso, os EUA devem superar o Brasil como maior exportador pelo resto do ano. No dia 6 de setembro, esses dados foram confirmados com a explicação de que, segundo a Agência Estado, “o clima desfavorável em áreas de produção do Brasil reduziu a produção de cana-de-açúcar neste ano-safra, tornando o produto mais caro e menos atrativo se comparado ao etanol dos Estados Unidos, cuja principal matéria-prima é

- (A) o arroz.”
- (B) a beterraba.”
- (C) o milho.”
- (D) o girassol.”
- (E) o eucalipto.”

12. Centenas de pessoas, em sua maioria jovens, raspam a cabeça em solidariedade e apoio ao presidente, que vem se submetendo a sessões de quimioterapia para tratamento de um câncer.

(<http://www.observadorpolitico.org.br>. Adaptado)

Essa solidariedade foi prestada ao presidente

- (A) Rafael Ortega, do Equador.
- (B) Evo Morales, da Bolívia.
- (C) Fernando Lugo, do Paraguai.
- (D) Hugo Chávez, da Venezuela.
- (E) Sebastián Piñera, do Chile.

13. O agrônomo e pesquisador Josias Correa de Faria, um dos coordenadores de pesquisa da Embrapa, que buscava um produto resistente à doença chamada de mosaico dourado, anunciou, no dia 28 de agosto deste ano (2011), o sucesso dos experimentos que resultaram na primeira planta geneticamente modificada do Brasil. Ele afirmou que “enquanto numa cultura convencional, à época de alta incidência de mosca branca, são necessárias aplicações semanais de agrotóxico, na cultura transgênica

- (A) do feijão essa prática será desnecessária.”
- (B) do amendoim será preciso somente uma aplicação no momento do plantio.”
- (C) da soja bastará uma aplicação na preparação do solo para plantio.”
- (D) do sorgo essa prática será necessária somente no período da chuva.”
- (E) da lentilha será necessária somente uma aplicação na época da florada.”

14. No dia 06 de setembro de 2011, a Agência Estado informava que “o governo vai cobrar taxa antidumping retroativa.” A finalidade do governo, segundo a matéria, é impedir algumas empresas de
- (A) importar produtos com isenção fiscal nos países de origem.
 - (B) armazenar produtos durante determinado tempo para forçar a alta de preços.
 - (C) exportar abaixo do preço de custo praticado no país de origem até inviabilizar a concorrência.
 - (D) exportar o produto para um país não produtor e depois importá-lo a um preço maior.
 - (E) maquiagem um produto agregando-lhe um valor irreal com o acréscimo de selos ou etiquetas.

15. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que o IPCA encerrou agosto em 0,37%, resultado dentro das expectativas, contra 0,16% em julho. Em 12 meses, a inflação é de 7,23%, a maior desde junho de 2005, e bem distante do teto da meta de 6,5%. Os alimentos responderam por grande parte da alta e cabe notar que as coletas privadas de preços continuam mostrando que esse grupo pode voltar a pressionar o IPCA agora em setembro.

(Valor Online, 06.09.2011. Adaptado)

Por IPCA entende-se o índice de preços calculado

- (A) pelo IBGE depois de apuradas variações regionais. Ele corresponde a um número que tenta refletir a inflação em um contexto nacional.
- (B) de acordo com a variação de preços de uma cesta de produtos padrão em um determinado período.
- (C) com base na variação dos preços no mercado atacadista de todo o território brasileiro.
- (D) considerando o custo de vida de famílias com renda média de R\$ 2,8 mil.
- (E) levando em consideração famílias com rendimentos entre 1 e 40 salários mínimos nas 11 regiões metropolitanas pesquisadas.

16. O Windows 7, supondo em sua configuração padrão, possui um recurso novo em relação à versão anterior, que permite armazenar todos os arquivos e documentos pessoais ou de trabalho de um usuário, bem como arquivos de músicas, imagens e vídeos, em um elemento de armazenamento. Por meio do Painel de Navegação do Windows Explorer, esse elemento pode ser localizado e acessado. Ele se denomina

- (A) Bibliotecas.
- (B) Meus Arquivos.
- (C) Meus Documentos.
- (D) Minhas Pastas.
- (E) Pastas do Usuário.

17. No MS-Word 2010, a partir da guia Página Inicial, grupo Parágrafo, pode-se chegar aos três ícones apresentados a seguir.



Tais ícones representam, respectivamente,

- (A) Apagar Linhas; Exibir Planilha; Emoldurar.
- (B) Calculadora; Exibir Planilha; Exibir Margens.
- (C) Desenhar Linhas de Grade; Calculadora; Exibir Margens.
- (D) Desenhar Tabela; Exibir Linhas de Grade; Bordas e Sombreamento.
- (E) Quadricular; Calculadora; Bordas e Sombreamento.

18. Considere a planilha, elaborada no MS-Excel 2010.

	A	B	C
1	João	Paulo	
2	Eduardo	Carlos	
3	Manoel	Antonio	
4			

Posteriormente, foi inserida a fórmula a seguir na célula C4.

=CONCATENAR(A1;"-";B1)

O resultado produzido em C4 será:

- (A) João
 - (B) Paulo
 - (C) JoãoPaulo
 - (D) João Paulo
 - (E) João-Paulo
19. Dentre os possíveis endereços de e-mail apresentados, assinale o que apresenta uma estrutura válida.

- (A) meu@email:servidor.com
- (B) meu:email@servidor.com
- (C) meu.email@servidor.com
- (D) meu@email@servidor.com
- (E) @meuemail.servidor.com

20. Considere as seguintes afirmações a respeito da estrutura do URL (*Uniform Resource Locator*) utilizado para localizar recursos da internet:

- I. inclui o endereço do recurso na internet;
- II. identifica o protocolo de acesso utilizado;
- III. inclui uma senha de acesso.

Sobre as afirmações, é correto o contido em

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Valendo-se das ideias psicanalíticas e protestando contra as principais correntes da psicologia acadêmica do início do século XX, surgiu a psicologia projetiva, que se refere a um conjunto de pressupostos, hipóteses e proposições, expresso em métodos projetivos para o estudo e diagnóstico da personalidade. Como destaca Anzieu (*Os métodos projetivos*, 1984, p. 263), o principal objetivo da psicologia projetiva é colocar em evidência

- (A) a participação dos mecanismos de defesa projetivos na integração dos estímulos externos por parte dos indivíduos.
- (B) a importância do contato com estímulos provenientes do ambiente para a identificação das áreas sadias e patológicas da personalidade de um indivíduo.
- (C) o papel das situações-estímulo para a atribuição de significados a todos os elementos do mundo interno dos indivíduos.
- (D) a possibilidade de transformação de aspectos psicológicos em dados quantitativos, normativos e estatísticos.
- (E) o conjunto dos fatores internos, de registro puramente psicológico, intervenientes nas condutas humanas.

22. Silva, em Villemor-Amaral e Werlang (*Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, 2008, p. 195), destaca que, particularmente no campo do psicodiagnóstico, as técnicas projetivas gráficas têm-se mostrado de grande utilidade. Isso ocorre porque os desenhos fornecem dados

- (A) mais fidedignos, pois sua análise independe de aspectos da subjetividade do psicólogo.
- (B) menos suscetíveis às várias distorções e restrições que afetam a comunicação verbal.
- (C) mais simples para análise, pois remetem a aspectos mais superficiais do psiquismo.
- (D) mais dependentes de fatores conscientes que induzem ao erro na comunicação oral.
- (E) mais objetivos porque expressam conteúdos por meio de uma linguagem indireta.

23. Ocampo e Arzeno, citadas por Santiago em Ancona-Lopez (*Psicodiagnóstico: processo de intervenção*, 1995, p. 9), caracterizam o processo psicodiagnóstico como uma prática cujo objetivo é

- (A) concentrar sua investigação essencialmente nos aspectos passados que interferem na sintomatologia apresentada por um paciente.
- (B) buscar uma explicação causal e plausível para a manutenção da queixa principal formulada por um paciente.
- (C) descobrir as causas para a sintomatologia de um paciente, não importando o tempo que seja necessário para concluir essa investigação.
- (D) obter uma descrição e compreensão a mais clara e profunda possível da personalidade total de um paciente.
- (E) levar o paciente a formular, ele próprio, a partir das informações apresentadas pelo psicólogo, conclusões sobre sua situação.

24. Como destaca Braier (*Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*, 2000, p. 19), a limitação temporal introduz na relação terapêutica, durante um tratamento em psicoterapia breve, um novo e necessário elemento de realidade. Esse fato
- (A) impede o aparecimento de sentimentos transferenciais negativos por parte do paciente em relação à figura do terapeuta.
 - (B) introduz mais intimidade na relação analítica, o que permite ao terapeuta a reconstrução da estrutura da personalidade do paciente mais rapidamente.
 - (C) esmorece no paciente a produção de fantasias regressivas onipotentes de união permanente com seu terapeuta.
 - (D) convoca os esforços do terapeuta para que se concentrem na resolução dos conflitos básicos do paciente.
 - (E) acelera no paciente a capacidade de *insight* a respeito dos conflitos subjacentes ao quadro de sintomas por ele referido.
25. Na técnica da psicoterapia breve de orientação psicanalítica, como enfatiza Braier (*Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*, 2000, p. 37), a análise das resistências é
- (A) limitada.
 - (B) intensa.
 - (C) inexistente.
 - (D) desaconselhável.
 - (E) inócua.
26. No decorrer de um processo de psicoterapia breve, o terapeuta tem uma atividade bastante distinta da que se verifica em outras formas de psicoterapias. Uma das indicações de Malan, citado por Cordiolli (*Psicoterapias: abordagens atuais*, 1998, p. 148), é a de que o terapeuta, nesse tipo de atendimento, deve procurar, nas associações feitas pelo paciente, conexões possíveis com o foco definido para o processo e interpretá-las.
- Essa atitude do terapeuta é denominada
- (A) clarificação.
 - (B) interpretação seletiva.
 - (C) atenção flutuante.
 - (D) validação empática.
 - (E) negligência seletiva.
27. Segundo análise de Ajuriaguerra (*Manual de psiquiatria infantil*, 1983, p. 616), as fobias são muito frequentes nas crianças. Por isso, torna-se muito relevante distinguir entre as manifestações de uma criança que indicam um quadro de fobia, uma angústia difusa e uma reação de medo.
- É uma característica da fobia
- (A) temor injustificado e não racional de objetos, seres ou situações, cujo ilogismo é reconhecido pela criança, mas que mesmo assim a domina.
 - (B) percepção de um perigo real diante de certas situações, ou reação intensificada à previsão de um possível perigo vindo do exterior.
 - (C) ausência de qualquer referência a um objeto particular ou a uma situação específica que desperte uma reação de evitação e fuga.
 - (D) configuração num processo patológico independente, que não pode ser associado a nenhuma configuração neurótica.
 - (E) estimulação do campo da ação e, quase sempre, do campo da representação da pessoa por ela afetada.
28. Como destaca Selvini-Palazzoli, citado por Ajuriaguerra (*Manual de psiquiatria infantil*, 1983, p. 190), uma das manifestações clínicas da anorexia é a rejeição da satisfação oral, ou da pulsão da fome. Esse sintoma tem como meta
- (A) atingir um peso adequado pela redução do consumo de alimentos calóricos.
 - (B) buscar maior contato afetivo e proximidade emocional com as figuras significativas.
 - (C) vivenciar seu corpo de forma mais sexualizada e representativa do ideal de feminilidade.
 - (D) adquirir segurança e poder e se assegurar de sua autonomia e poder sobre seu corpo.
 - (E) atacar as figuras parentais vividas como superprotetoras e extremamente afetivas.
29. Durante uma crise maníaca, uma pessoa manifesta uma exaltação do ser psíquico por inteiro, e essa exaltação faz o maníaco girar e saltar em uma dança frenética provocada pela exuberância de suas tendências instintivo-afetivas desenfreadas (Binswanger, em Bernard e Brisset *Manual de psiquiatria*, 1985, p. 238).
- Toda essa excitação psíquica pode ser resumida por meio do seu principal sintoma que é a
- (A) alucinação.
 - (B) alexitimia.
 - (C) fuga de ideias.
 - (D) despersonalização.
 - (E) hipotimia.

30. O processo analítico, por meio de diferentes recursos, favorece uma regressão vivencial útil do paciente, como destaca Braier (*Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*, 2000, p. 22). Essa regressão, necessária para a revivescência dos conflitos originais infantis do analisando, também acaba gerando um(a)
- (A) produção onírica de característica mais dramática.
 - (B) hostilidade em relação ao *setting* terapêutico.
 - (C) dificuldade para que se estabeleça a neurose de transferência.
 - (D) aumento da dependência do paciente em relação ao terapeuta.
 - (E) impedimento para que sejam atingidos os objetivos analíticos.
31. Como destaca Cordioli (*Psicoterapias: abordagens atuais*, 1998, p. 70), o manejo das reações transferenciais em psicoterapia de apoio faz parte de uma estratégia global que visa
- (A) interpretar as reações transferenciais como resistências.
 - (B) eliminar as defesas psíquicas pela supressão da ação do superego.
 - (C) evitar a emissão de qualquer opinião que gratifique desejos transferenciais.
 - (D) retirar o terapeuta da função de ego auxiliar para o paciente.
 - (E) reforçar as defesas e evitar a mobilização dos conflitos.
32. De acordo com as formulações teóricas de Donald Winnicott expostas em sua obra *Natureza Humana* (1990, p. 93), não é possível a um ser humano suportar a destrutividade que está na base dos relacionamentos humanos, ou seja, o amor instintivo, exceto por meio de um desenvolvimento gradual associado às experiências de reparação e restituição. Quando esse círculo benigno é rompido,
- (A) a dissociação entre estados excitados e tranquilos num bebê desaparece.
 - (B) o instinto, ou a capacidade de amar de um bebê, tem que ser inibido.
 - (C) um sentimento de tranquilidade permanente se apossa do bebê.
 - (D) intensifica-se no bebê sua capacidade inata para o *concern*.
 - (E) a superação da posição esquizoparanoide torna-se impossível.
33. No segundo ano de vida, segundo Piaget e Inhelder (*A psicologia da criança*, 1973, p. 47), surge um conjunto de condutas na criança que pressupõe a evocação representativa de objetos ou acontecimentos ausentes e envolve a construção ou o emprego de significantes diferenciados. Os autores discriminam pelo menos cinco dessas condutas, de aparecimento mais ou menos simultâneo, e que apresentam uma ordem de complexidade crescente. Dentre essas condutas, a que apresenta maior complexidade é
- (A) a evocação verbal.
 - (B) o desenho.
 - (C) o jogo simbólico.
 - (D) a imagem mental.
 - (E) a imitação diferida.
34. Para Spitz (*O primeiro ano de vida*, 1979, p. 174), a humanização da espécie humana e a constituição da sociedade é possível pelo estabelecimento do terceiro organizador da psique. Para o autor, o indicador tangível da formação desse organizador numa criança é
- (A) a identificação de sinais da presença da angústia do oitavo mês.
 - (B) o aparecimento da reação do sorriso recíproco.
 - (C) a conquista do sinal de negação e da palavra “não”.
 - (D) a capacidade para diferenciação perceptiva diacrítica.
 - (E) o aumento da capacidade para tolerar frustrações.
35. Segundo apresentação de Segal (*Introdução à obra de Melanie Klein*, 1975, p. 48), deve-se olhar para os mecanismos de defesa usados na posição esquizoparanoide não apenas como mecanismos de defesa que protegem o ego de ansiedades imediatas e esmagadoras, mas também como etapas graduais do desenvolvimento. Por exemplo, a identificação projetiva, no desenvolvimento saudável, constitui as bases da
- (A) organização perceptual e da memória de evocação.
 - (B) linguagem e da capacidade para autopreservação.
 - (C) capacidade para sentir culpa e para a reparação.
 - (D) idealização e da integração do superego.
 - (E) empatia e da forma mais primitiva de formação simbólica.

36. Segundo as formulações de René Kaës, citado por Fernandes, Svartman e Fernandes (*Grupos e configurações vinculares*, 2003, p.152), o aparelho psíquico grupal (APG) é a construção comum dos membros do grupo para constitui-lo. O APG
- (A) comporta operadores que impedem a passagem e a transformação entre as psiques individuais e o espaço intersubjetivo grupal.
 - (B) tem uma base biológica e fixa e organiza-se em torno do corpo, de forma metafórica ou metonímica.
 - (C) é uma construção comum que substitui a necessidade de se recorrer a um objeto intermediário para interação no grupo.
 - (D) depende da vinculação dos sujeitos e é um dispositivo de ligação e transformação de elementos psíquicos.
 - (E) mobiliza as pulsões grupais, transmitindo-as e transformando-as em construções do espaço de vivência grupal.
37. Para Bleger (*Temas de psicologia: entrevistas e grupos*, 2001, p. 109), quando um conjunto de pessoas comparece a um grupo terapêutico e tem seu primeiro encontro num lugar até então desconhecido para todos, todo terapeuta observa, de imediato, um fenômeno denominado pelo autor como
- (A) simbiose, que é um indicador do estado de aglutinação e indiscriminação que caracteriza todo contato inicial num grupo terapêutico.
 - (B) sociabilidade sincrética, que demonstra a capacidade dos indivíduos de se discriminarem e demonstrarem sua existência independente dos outros membros do grupo.
 - (C) pertencimento, que indica o conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais os indivíduos pensam e atuam.
 - (D) reações paranoides, que são indicadores normais do medo das pessoas diante de uma experiência nova e do desconhecido.
 - (E) cristalização, que indica a presença de uma reação transferencial negativa em relação à figura do terapeuta.
38. Um dos conceitos apresentados por Bion, em sua obra *Experiências com grupos* (1975, p. 141), é o de valência. O termo é utilizado pelo autor para
- (A) identificar certas atividades mentais que convidam cada indivíduo que participa de um grupo terapêutico a cooperar com a tarefa definida para esse grupo.
 - (B) expressar a capacidade de combinação instantânea e involuntária de um indivíduo com outro, para partilhar e atuar segundo uma suposição básica.
 - (C) caracterizar atividades mentais que impedem, desviam e ocasionalmente ajudam um grupo a concretizar seus objetivos.
 - (D) nomear o amparo emocional oferecido pelo analista a todos os integrantes de um grupo terapêutico.
 - (E) referir-se à presença de resistências, no grupo de trabalho, à qualquer intervenção ou interpretação formulada pelo analista.
39. Como destaca Zimerman, em Cordioli (*Psicoterapias: abordagens atuais*, 1998, p. 229), em qualquer grupo constituído forma-se um campo grupal dinâmico, o qual se comporta como uma estrutura sujeita às leis da dinâmica psicológica. Uma dessas leis revela que
- (A) a dinâmica de todos os grupos processa-se em dois planos rigidamente estanques, o da intenção consciente de realizar a tarefa do grupo e uma oposição a essa intenção.
 - (B) as identificações projetivas e introjetivas presentes num grupo constituem um impedimento para a formação do senso de identidade grupal.
 - (C) em todo o grupo, coexistem duas forças contraditórias permanentemente em jogo: uma tende à coesão no grupo e outra à sua desintegração.
 - (D) os indivíduos, quando se vinculam a um grupo, conseguem ficar isentos e imunes às pressões sociais e culturais nas quais estão inseridos.
 - (E) o desempenho de papéis no grupo, por exemplo o de bode expiatório, geralmente impede o manejo da situação grupal pelo terapeuta.
40. Segundo as concepções de Bleger (*Psico-higiene e psicologia institucional*, 1984, p. 21), um profissional que integra uma equipe multi ou interdisciplinar de saúde numa instituição deve ter em mente que o trabalho em higiene mental compreende o estudo e a administração dos conhecimentos, atividades técnicas e recursos psicológicos, para encarar os aspectos psicológicos da saúde e da doença como
- (A) manifestações da subjetividade.
 - (B) produções do inconsciente coletivo.
 - (C) mecanismos de defesa.
 - (D) expressões da pulsão de morte.
 - (E) fenômenos sociais e coletivos.
41. Os pacientes de uma unidade hospitalar tendem a repetir, no seu relacionamento com a equipe encarregada de seus cuidados, modelos primitivos de relacionamento, como destaca Gabbard (*Psiquiatria psicodinâmica*, 2006, p. 125-p.127). Uma equipe multiprofissional, que desempenha um papel adequado em relação aos cuidados com os pacientes sob sua responsabilidade, além de lhes oferecer os cuidados médicos e técnicos necessários,
- (A) deve corresponder a esses modelos para lhes oferecer suporte afetivo.
 - (B) também lhes oferece novos objetos e modelos de relacionamento.
 - (C) deve rejeitar qualquer tipo de envolvimento afetivo e pessoal com esses pacientes.
 - (D) deve esclarecer aos pacientes que o relacionamento entre eles é profissional.
 - (E) também deve atuar com seus pacientes, seus modelos primitivos de interação.

42. Para Bleger (*Temas de psicologia: entrevistas e grupos*, 2001, p. 9), todo ser humano tem sua personalidade sistematizada em uma série de pautas ou em um conjunto ou repertório de possibilidades. Para o autor, a entrevista psicológica funciona como uma situação que
- (A) consegue fazer emergir a totalidade do repertório de condutas de um paciente, permitindo um conhecimento inesgotável sobre sua personalidade.
 - (B) substitui com propriedade a utilização de outros procedimentos e instrumentos para a investigação da personalidade de um paciente.
 - (C) permite uma compilação sistemática e minuciosa de todos os dados relevantes para se compreender o histórico de vida e saúde de um paciente.
 - (D) solicita de um paciente a sua participação ativa como mediador entre sua doença, sua vida e seus dados, e o profissional a quem solicita assistência.
 - (E) permite observar parte da vida de um paciente, que se desenvolve em relação a um terapeuta e diante deste.
43. Segundo a perspectiva de Mannoni (*A primeira entrevista em psicanálise*, 1981, p. 104), durante a realização da primeira entrevista psicanalítica, o papel do analista é o de
- (A) corresponder às expectativas iniciais formuladas pelo paciente em relação à sua fantasia de cura.
 - (B) eliminar as exigências de um superego rigidamente estabelecido para que as pulsões inconscientes se manifestem.
 - (C) ajudar o sujeito que o procura a situar-se corretamente em relação a si próprio e aos outros.
 - (D) traduzir, em termos de fantasias inconscientes, os aspectos conscientes do discurso de seu paciente.
 - (E) interpretar os sentimentos transferenciais negativos para estabelecer uma aliança terapêutica com seu paciente.
44. Uma menina que sofreu abuso sexual, durante uma sessão de ludoterapia, brincava constantemente colocando em buracos pequenos coisas muito grandes, repetindo de modo monótono enquanto jogava : “é difícil colocar algo grande em algo pequeno”. Em seguida, realizou o desenho de uma menina, em cujo colo ela pintou um demônio, dizendo ao terapeuta: “tem ele dentro”. A situação relatada, e descrita por Aberastury em seu livro *A psicanálise da criança* (1982, p. 49-50), ilustra que, a realização desse tipo de jogo, durante uma sessão de ludoterapia,
- (A) ajuda a criança a elaborar situações excessivas para o ego, cumprindo uma função catártica e de assimilação.
 - (B) suprime a utilização de meios mais eficientes para esclarecimento e superação da situação traumática sofrida pela criança.
 - (C) aumenta o nível de sofrimento e angústia da criança, impedindo, por isso, a recuperação em relação ao abuso sofrido.
 - (D) indica que a criança, para se recuperar do trauma sofrido, reprimiu completamente qualquer referência à situação de abuso sofrida.
 - (E) revela que a menina recebeu, no ambiente familiar, uma educação muito rígida em relação às questões referentes à sua sexualidade.
45. Durante a realização de sessões de ludoterapia, Aberastury (*A psicanálise da criança*, 1982, p. 99) destaca que são frequentes as tentativas de algumas crianças para incorporarem ao material de suas caixas lúdicas, algum objeto que trazem de suas casas. Para a autora, as crianças que reagem assim
- (A) negam as indicações do terapeuta, apresentadas durante o estabelecimento do contrato, sobre a impossibilidade de trazer objetos pessoais para a sessão analítica.
 - (B) demonstram sentimentos de rejeição em relação à figura do terapeuta, que se deslocam para os materiais da caixa lúdica.
 - (C) indicam um ataque aos seus recursos internos, uma vez que não utilizam os materiais lúdicos a elas oferecidos pelo terapeuta.
 - (D) costumam viver em grande desamparo e satisfazem, desse modo, sua necessidade de transformar o consultório em seu lar.
 - (E) informam ao terapeuta, de maneira inconsciente, que a situação que vivencia no lar, fora do ambiente analítico, é satisfatória.
46. Para a psicanalista Aberastury, como destaca Werlang, em Cunha (*Psicodiagnóstico V*, 2000, p. 98), durante a realização de um processo de ludoterapia, a caixa lúdica se transforma
- (A) no único recurso para que a criança mostre e divida com o terapeuta as angústias e conflitos que vivencia em relação ao seu ambiente familiar.
 - (B) no símbolo do sigilo, similar ao contrato verbal que se estabelece com o adulto quando se inicia um tratamento.
 - (C) numa oportunidade para que o terapeuta estimule as possibilidades motoras e cognitivas de que a criança dispõe.
 - (D) no representante das figuras paternas que deverão ser enfrentadas pelo terapeuta durante o processo terapêutico.
 - (E) no representante simbólico dos conteúdos e recursos do terapeuta para auxiliar a resolução dos conflitos da criança.
47. Ao elaborar um laudo psicológico ou realizar uma entrevista para devolução dos resultados obtidos no processo de avaliação, como destaca Wechsler, em Pasquali (*Técnicas de exame psicológico*, 2001, p.183), o psicólogo deve
- (A) fornecer os resultados em forma de respostas certas e esperadas para os instrumentos psicológicos, oferecendo um referencial claro de comparação ao sujeito testado.
 - (B) elaborar o relatório em linguagem técnica, abrangendo nas suas conclusões a natureza tênue e transitória dos dados levantados.
 - (C) considerar se o sujeito avaliado tem condições para ser informado sobre todos os dados que puderam ser obtidos por intermédio da testagem realizada.
 - (D) evitar ser influenciado, nas suas conclusões, por seus valores religiosos, distinções sociais e pelas características físicas do indivíduo avaliado.
 - (E) devolver as informações sobre a avaliação de crianças somente aos seus responsáveis legais, evitando, com isso, o desrespeito à situação da criança.

48. O laudo psicológico, como enfatizam Guzzo e Pasquali, em Pasquali (*Técnicas de exame psicológico*, 2001, p. 157), como conclusão de um procedimento específico, e situado num contexto histórico e social, deve ser apresentado sob a forma
- verbal e escrita, para garantir sua fidedignidade.
 - digital, para que possa ser alterado em contextos diferentes.
 - verbal, para que as suas conclusões sejam assimiladas.
 - escrita, para impedir sua modificação.
 - documental, dado o seu caráter legal.
49. A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, capítulo II, artigo 7.º, esclarece que a política de saúde está organizada num conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Essa informação refere-se
- à utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades de saúde.
 - à ênfase na descentralização dos serviços de saúde do município.
 - regionalização e hierarquização da rede de saúde da família.
 - ao potencial identificado numa comunidade para prestar atendimentos em saúde.
 - ao princípio da integralidade de assistência em saúde.
50. O artigo 15, item XIII, do capítulo IV, seção I da Lei Orgânica da Saúde, n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que, diante de uma necessidade coletiva, urgente e transitória, decorrente de situação de perigo iminente, de calamidade pública ou de interrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá
- requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais, como de pessoas jurídicas, assegurando-lhes justa indenização.
 - propor a elaboração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à prestação de serviços em saúde.
 - elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para o atendimento a situações de emergência.
 - realizar operações financeiras externas com instituições privadas, pois trata-se de um caso que interessa à área da saúde.
 - promover a articulação das ações de saúde necessárias com órgãos de fiscalização do exercício profissional dentro de princípios éticos.
51. No período compreendido entre 1980 a 1990, surge o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde, como apresentado no documento *A organização do sistema de saúde no Brasil* de Cordoní (disponível em <http://www.scribd.com/doc/2712814/organizacao-do-sistema-de-saude-no-brasil>). A partir desse momento,
- implementam-se, efetivamente, as Leis Orgânicas da Saúde que promovem mudanças radicais na atenção em saúde pública.
 - surgem as Ações Integradas de Saúde, buscando a reorganização da assistência em saúde pública.
 - instala-se, na condução das diversas práticas e ações em saúde pública, o modelo sanitário.
 - identifica-se no cenário da saúde pública no Brasil um período de transição entre o modelo curativo e o modelo assistencialista.
 - desenvolveram-se as concepções do estado de bem-estar social ou do também chamado *Welfare State*.
52. Mello Filho e col. (*Psicossomática hoje*, 1992, p.113) destacam que, no acompanhamento de pacientes psicossomáticos, encontram-se características comuns e frequentes que apontam para uma forma particular de pensamento e para lidar com as emoções. Eles chamaram esse tipo de estrutura de pensamento operatório. As características dos portadores de pensamento operatório são:
- carência afetiva que se reflete numa extrema dependência de figuras de autoridade e muita facilidade para expressar seus afetos.
 - interesse exacerbado em descrever suas emoções e elaboração onírica com características muito dramáticas.
 - mundo interno pobre e investimento intenso na realidade externa, da qual passam a ser dependentes ou “hiperdaptados”.
 - pensamento manipulado pelo uso da palavra, o que se traduz num discurso rico em elementos mágicos e simbólicos.
 - equilíbrio psíquico e pulsional muito dependente de uma vivência emocional e significativa.
53. Bernard e Brisset (*Manual de psiquiatria*, 1985, p. 873-874) destacam que os casos de urgência que mais frequentemente chegam às unidades hospitalares, em relação a questões psiquiátricas e psicológicas, referem-se às crises agudas de angústia neurótica. O importante diante desses casos é identificar a estrutura psicológica associada à angústia que se manifesta. Quando identifica-se no comportamento e nas manifestações de um paciente, durante uma crise de angústia, o predomínio da expressividade, formas patéticas, dramáticas e que demonstram uma excessiva utilização da mímica e da gestualidade para esclarecimento dos sintomas, assim como a presença de um tom reclamatório, a hipótese a se levantar é a de uma estrutura de personalidade
- esquizoide.
 - paranoide.
 - histérica.
 - antissocial.
 - obsessiva.

54. De acordo com as considerações de Rodrigues e Gasparini, em Mello Filho (*Psicossomática hoje*, 1992, p. 97), na tendência atual da abordagem psicossomática,
- (A) é fundamental que se leve em consideração a totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeiam para compreensão mais ampla do processo de adoecimento.
 - (B) a doença é um efeito dos estímulos nocivos aos quais os indivíduos estão permanentemente submetidos no contexto atual de vida.
 - (C) o adoecimento é um evento casual na vida das pessoas, provocado por uma reação passiva à presença de condições desprazerosas no meio.
 - (D) todo adoecimento físico tem como fator etiológico um aspecto mental e, por isso, a alteração dessa condição independe de mudanças ocorridas no ambiente físico.
 - (E) uma alteração emocional é sempre capaz de provocar um adoecimento físico, mas nem todo adoecimento físico desencadeia uma resposta emocional.
55. Um paciente acompanhado por uma equipe interdisciplinar, e internado numa unidade de terapia intensiva de um hospital, precisa urgentemente ser submetido a um procedimento cirúrgico que transgredir os seus preceitos religiosos. A equipe solicita a intervenção do psicólogo, justificando que ele é o profissional capacitado para convencer o paciente e seus familiares a aceitarem e autorizarem a intervenção, a despeito de suas convicções religiosas. Nesse caso, de acordo com o que dispõe o Código de Ética, no seu artigo 2.º, item b, o psicólogo deve
- (A) atender à solicitação, em respeito ao princípio ético de que todo psicólogo deve ter, para com o trabalho de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade.
 - (B) rejeitar a solicitação para não descumprir o princípio ético que veda ao psicólogo induzir convicções filosóficas, morais, ideológicas e religiosas no exercício de suas funções.
 - (C) aceitar a solicitação pois, o código de ética determina que todo psicólogo deve aceitar a sua responsabilidade profissional em relação às atividades para as quais esteja capacitado.
 - (D) rejeitar a solicitação, tendo como argumento o fato de que o pedido dos colegas da equipe o induzem à prática de negligência em relação ao paciente.
 - (E) aceitar a solicitação, pois é dever do psicólogo fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes aos objetivos do seu trabalho.
56. Um psicólogo integra uma equipe multiprofissional que presta atendimento à comunidade numa unidade hospitalar. Um paciente que é atendido por um de seus colegas psicólogos comparece à unidade numa situação que envolve risco e que caracteriza uma emergência. Como dispõe o artigo 7.º do Código de Ética profissional, o psicólogo deve
- (A) recusar-se a atender o paciente, pois não deu ciência do fato ao colega que é responsável pelo atendimento desse paciente.
 - (B) encaminhar o paciente ao consultório particular de seu colega, para que receba o atendimento em caráter de urgência.
 - (C) adiar o atendimento do paciente, pois ele não interrompeu formalmente seu vínculo com o colega da equipe.
 - (D) atender o paciente porque, num atendimento realizado em equipe, todos os profissionais assumem as mesmas funções e papéis.
 - (E) atender o paciente, mesmo sem o conhecimento do colega, porque o caso caracteriza-se como uma emergência.
57. De acordo com a Resolução n.º 006/2004, que altera o artigo 14 da Resolução n.º 02/2003, os dados empíricos das propriedades de um teste psicológico devem ser revisados periodicamente, não podendo o intervalo entre um estudo e outro ultrapassar:
- (A) dez anos, tanto para os dados referentes à padronização, quanto para os dados referentes à validação e precisão.
 - (B) dez anos para todos os dados referentes à validação e precisão para os testes nacionais e quinze anos para testes estrangeiros.
 - (C) quinze anos, para os dados referentes à padronização, e vinte anos para os dados referentes à validação e precisão.
 - (D) cinco anos para os estudos referentes à normatização e também para os que tratam da validação, precisão e análise de itens.
 - (E) no máximo cinco anos para os estudos de padronização e vinte anos para os estudos de validação e precisão.
58. A Resolução n.º 002/2003 dispõe, no seu artigo 13.º, que um teste psicológico que recebeu um parecer desfavorável da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica, por não atender às condições mínimas estabelecidas para sua aprovação,
- (A) não poderá ser reapresentado para nova avaliação pela comissão, pois já foi identificada a sua inadequação como instrumento de medida.
 - (B) após revisado, pode ser reapresentado a qualquer tempo para nova avaliação, seguindo o trâmite normal para aprovação.
 - (C) poderá ser reapresentado para nova apreciação da comissão, mas será submetido a um processo mais rigoroso de avaliação.
 - (D) só poderá ser reapresentado para nova avaliação pela comissão se modificar seus objetivos e as características da amostra de padronização.
 - (E) não poderá ser reapresentado para novo parecer da comissão antes de passados quinze anos da última avaliação.

59. Stuart-Hamilton (*A psicologia do envelhecimento: uma introdução*, 2002, p. 170) destaca que todas as demências podem começar antes da velhice, e que algumas raramente são vistas depois dos 65 anos. Além disso, como acrescenta o autor, o desempenho psicológico dos pacientes demenciados é qualitativamente diferente do das pessoas mais velhas não demenciadas, o que demonstra que
- (A) o envelhecimento é um fator determinante para o aparecimento das manifestações da demência.
 - (B) embora não seja uma doença exclusiva de idosos, a demência se intensifica e é muito mais grave na velhice.
 - (C) é fácil distinguir entre a demência nos estágios iniciais e o envelhecimento não demenciado.
 - (D) o envelhecimento é um fator protetor contra o aparecimento de qualquer tipo de demência.
 - (E) a demência não pode ser considerada como uma extensão natural do processo de envelhecimento.
60. Zimerman (*Velhice aspectos biopsicossociais*, 2000, p. 39) afirma que o idoso, no contexto atual, é vítima de duas formas de violência. Uma delas é manifesta, explícita, e a outra é exercida de forma oculta e transparece uma mentalidade
- (A) voltada para a morte, pois vê o idoso como alguém acabado.
 - (B) ingênua, que acredita que o idoso é apenas uma criança grande.
 - (C) abusiva, pois vê os idosos como pessoas a serem exploradas.
 - (D) capitalista, que acredita que o idoso não tem valor porque não consome.
 - (E) puritana, pois superprotege o idoso impedindo sua participação social.

