



COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE TALENTOS
COORDENADORIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

CONCURSO PÚBLICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÍVEL SUPERIOR MANHÃ

4- PSICÓLOGO

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 4h (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno, que contém **60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Língua Portuguesa	01 a 10
SUS	11 a 20
Específico do cargo a que concorre	21 a 60

3. Observe as seguintes recomendações relativas ao **CARTÃO-RESPOSTA**:
 - verifique, no seu **cartão**, o seu nome, o número de inscrição e o número de seu documento de identidade;
 - o **CARTÃO-RESPOSTA** será o **único documento válido** para correção eletrônica através de leitura óptica, e seu preenchimento e respectiva **assinatura** são de inteira responsabilidade do candidato;
 - a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, **fortemente**, com caneta esferográfica, obrigatoriamente de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada, para assegurar a perfeita leitura óptica.
4. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
5. O candidato será automaticamente **excluído** do certame se for **surpreendido**:
 - consultando, no decorrer da prova, qualquer tipo de material impresso, anotações ou similares, ou em comunicação verbal, escrita, ou gestual, com outro candidato;
 - utilizando aparelhos eletrônicos, tais como: telefone celular, bip, *walkman*, rádio receptor/transmissor, gravador, agenda eletrônica, *notebook*, calculadora, *palmtop*, relógio digital com receptor ou qualquer outro meio de comunicação ativa ou passiva. O **telefone celular** deverá permanecer desligado, desde o momento da entrada no local de prova **até a saída do candidato do respectivo local**;
6. O candidato somente poderá se retirar definitivamente do recinto de realização da prova, entregando o **CARTÃO-RESPOSTA devidamente assinado**, após **decorrida 1 (uma) hora do início da prova**. No entanto, **SÓ PODERÁ copiar seus assinalamentos feitos no CARTÃO-RESPOSTA** em formulário próprio entregue pela instituição organizadora do concurso, **DURANTE OS 30 min (TRINTA MINUTOS) QUE ANTECEDEREM AO TÉRMINO DA PROVA**.
7. Ao terminar a prova o candidato entregará, obrigatoriamente, ao Fiscal de Sala, o seu **CARTÃO-RESPOSTA** e o **CADERNO DE QUESTÕES**, sob pena de exclusão do certame.
8. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados **somente** quando **todos** tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado e tenham sido entregues todos os **CARTÕES-RESPOSTA** e **CADERNOS DE QUESTÕES**, sendo obrigatório o registro dos seus nomes na ata de aplicação de prova.
9. **O FISCAL NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.**
10. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível, também, no site <http://concursos.rio.rj.gov.br>

2013

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto: Vírus mortal se espalha pelo planeta

Coronavírus que já matou 40 pessoas chega à África

Um novo tipo de coronavírus (NCoV), que poderia desencadear sintomas como pneumonia e falência renal, alastra-se no mundo. Ontem, um homem de 66 anos, supostamente infectado na Arábia Saudita, morreu na Tunísia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este seria o primeiro registro da cepa na África.

O Oriente Médio é a região com maior ocorrência deste coronavírus. Somente a Arábia Saudita concentra 22 dos 41 casos conhecidos em todo o mundo, além de nove das 20 mortes.

Até poucos meses atrás, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas. Mas agora a OMS acredita que este modo de infecção é provável, desde que o contato seja próximo e prolongado.

A França, por exemplo, registrou um caso de contaminação no último dia 12 dentro de um hospital, quando um paciente foi internado, por três dias, no mesmo quarto que uma pessoa cuja infecção já havia sido confirmada.

Pesquisadores temem que o coronavírus sofra mutações que o tornem mais facilmente transmissível, o que poderia provocar uma pandemia.

O NCoV é da mesma família do vírus que causou o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, na sigla em inglês) em 2003, quando mais de 770 pessoas morreram.

Problemas respiratórios

O homem tunisiano, diabético, vinha reclamando de problemas respiratórios desde o seu retorno da Arábia Saudita. Ele morreu em um hospital na cidade costeira de Monastir. Dois de seus filhos também contraíram o vírus, mas responderam ao tratamento.

- Estes casos na Tunísia não mudaram a nossa avaliação de risco, embora mostrem que o vírus ainda está se espalhando - alertou o porta-voz da OMS, Gregory Hartl.

Além da Arábia Saudita, já foram registradas ocorrências do NCoV em Jordânia, Qatar, Emirados Árabes, Alemanha, Reino Unido e França.

- Todos os casos na Europa tiveram uma conexão direta ou indireta com aqueles que vimos no Oriente Médio, incluindo dois registros com histórico recente de viagem para os Emirados Árabes Unidos - observou Hartl.

A origem do NCoV seria o Oriente Médio. Segundo a OMS, os morcegos, aparentemente, servem como vetores de transmissão.

Publicado em O Globo, 21/05/13

01. Uma característica do texto lido que não contribui para conferir credibilidade ao que se escreve é:
- (A) apresentação de exemplos
(B) reprodução de texto alheio, citação, com indicação de autoria
(C) construção um tanto impessoal, da perspectiva da terceira pessoa
(D) presença de subtítulo ou lide

Considere a seguinte frase, que compõe o quinto parágrafo, para responder às questões de números 02 e 03:

“Pesquisadores temem que o coronavírus sofra mutações que o tornem mais facilmente transmissível, o que poderia provocar uma pandemia.”

02. Nesse contexto, o advérbio **facilmente** expressa uma circunstância diferente daquela que denota a palavra destacada em:
- (A) “Um homem tunisiano passou **mal** desde o retorno da Arábia Saudita.”
(B) “**Somente** a Arábia Saudita concentra 22 dos 41 casos conhecidos em todo o mundo...”
(C) “Segundo a OMS, os morcegos, **aparentemente**, servem como vetores de transmissão.”
(D) “É preciso definir, **depressa**, condutas que evitem a contaminação.”
03. O verbo **sofrer**, na frase, está flexionado no tempo presente do modo subjuntivo. Também precisa ser conjugado no mesmo tempo e modo o verbo entre parênteses em:
- (A) Pesquisas demonstram que o NCoV ___ à família do vírus que causou o surto de SARS, em 2003. (pertencer)
(B) Verifica-se que os casos na Europa ___ uma conexão direta ou indireta com os que ocorreram no Oriente Médio. (ter)
(C) As autoridades lamentam que o vírus ainda ___ se espalhando. (permanecer)
(D) Muitos afirmam que as evidências de transmissão pessoa a pessoa ___ limitadas. (manter-se)
04. A série em que as palavras são acentuadas em obediência às mesmas regras que exigem acentuação gráfica de, respectivamente, **Tunísia**, **próximo**, **saúde** é:
- (A) Arábia, último, respiratórios
(B) árabes, África, transmissível
(C) falência, histórico, vírus
(D) Jordânia, diabético, contraíram

Considere as frases que compõem o terceiro parágrafo para responder às questões de números 05, 06 e 07.

“Até poucos meses atrás, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas. Mas agora a OMS acredita que este modo de infecção é provável, desde que o contato seja próximo e prolongado.”

05. A conjunção **mas**, que inicia a segunda frase, sem alteração do sentido do parágrafo, **NÃO** poderia ser substituída por:

- (A) entretanto
- (B) todavia
- (C) portanto
- (D) contudo

06. Ao se substituir por um verbo a palavra **até**, que inicia o parágrafo, é correta a seguinte redação:

- (A) A poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (B) Vão para poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (C) Fazem poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (D) Há poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.

07. O segmento **desde que o contato seja próximo e prolongado** articula-se ao início da frase expressando uma relação de:

- (A) finalidade
- (B) proporção
- (C) temporalidade
- (D) condição

08. “... um paciente foi internado, por três dias, no mesmo quarto que uma pessoa **cuja** infecção já havia sido confirmada.” – 4º parágrafo. O pronome relativo em destaque está corretamente precedido de preposição, obedecendo às regras relativas à regência verbal, na seguinte frase:

- (A) Há pessoas de **cujos** elogios e amizade depende a felicidade de outras.
- (B) Eis as evidências de **cuja** veracidade acreditamos totalmente.
- (C) O supermercado de **cujos** produtos estão em promoção fica muito longe.
- (D) O autor, de **cuja** obra reconheci imediatamente, é esse.

09. Considere uma situação comunicativa em que a intenção é observar certo grau de formalidade ao se empregar a língua com maior monitoramento, num patamar mais cuidado. Dentre as frases a seguir, a construção apropriada é:

- (A) É preferível escolher a disseminação das ideias pesquisadas, no qual há peculiar atrativo para cientistas e cidadãos em vez de acobertar informações.
- (B) É válido escolher o registro das novas pesquisas que estão sendo feitas, que interessam para cientistas como para cidadãos e não a sonegação de informações.
- (C) É forçoso preferir a divulgação das pesquisas desenvolvidas, de particular interesse tanto para cientistas quanto para cidadãos, ao ocultamento de informações.
- (D) É melhor preferir a difusão das pesquisas desenvolvidas, as quais interferem na vida de cientistas e de cidadãos comuns do que esconder informações.

10. “Alegando que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS está se opondo àqueles que declaram que o vírus migrou para a Europa.”

Uma outra **redação** em que se mantém a correção, a lógica e o sentido original dessa **frase** é:

- (A) Ao alegar que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS oporia-se a quem declara haver o vírus migrado para a Europa.
- (B) Ao alegar que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS opõe-se a quem declara ter o vírus migrado para a Europa.
- (C) Caso alegasse que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS se oporá àqueles que declaram que o vírus migrara para a Europa.
- (D) Caso alegue que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS se opunha aos que declaram que o vírus migrou para a Europa.

SUS

11. A continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado, caracteriza a:
- (A) territorialização da atenção
 - (B) longitudinalidade do cuidado
 - (C) universalização do acesso
 - (D) adscrição do usuário
12. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, faz-se necessária a pactuação entre todos os gestores envolvidos. Do conjunto de responsabilidades e ações complementares, as que **NÃO** são compartilhadas e devem ser assumidas em cada município são:
- (A) a assistência em Saúde e as ações de reabilitação
 - (B) a mobilização Social e as ações de educação popular
 - (C) a vigilância sanitária e as ações de monitoramento
 - (D) a atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde
13. As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Esta é uma das premissas do Pacto de Gestão que orientam o processo de:
- (A) regionalização
 - (B) financiamento
 - (C) descentralização
 - (D) planejamento
14. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Com base nesse decreto, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, refere-se:
- (A) à Região de Saúde
 - (B) ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
 - (C) ao Mapa da Saúde
 - (D) à Rede de Atenção à Saúde
15. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º devem ser considerados os recursos decorrentes da:
- (A) aplicação financeira do Fundo Nacional, Estadual e Municipal de saúde
 - (B) arrecadação do percentual do INSS, IRF e do PIB
 - (C) dotação orçamentária do exercício anterior, acrescida do percentual da inflação prevista para o exercício seguinte
 - (D) dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa

16. Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, e valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários, são responsabilidades:
- (A) do gestor municipal
 - (B) do gestor estadual
 - (C) das três esferas de governo
 - (D) dos Ministérios da Saúde e de Educação
17. No âmbito do SUS, é essencial, para a reorganização da atenção básica, o investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território. O desenvolvimento de atividades com base no diagnóstico situacional para o planejamento e a programação e tendo como foco a família e a comunidade é alcançado por meio da:
- (A) Estratégia Saúde da Família
 - (B) hierarquização do sistema da saúde
 - (C) prevenção dos agravos em saúde
 - (D) Promoção de Saúde
18. Para o cálculo do teto máximo de equipes de Saúde da Família (ESF), de agentes comunitários de saúde, de equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso *per capita* definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde. Para os agentes comunitários de saúde, a fórmula a ser aplicada é:
- (A) Número de ESF do município/8
 - (B) População/400
 - (C) População/2.400
 - (D) Número de ESF do município/10
19. A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, define as competências por esferas. De acordo com essa lei, compete à direção municipal do SUS:
- (A) participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições dos ambientes de trabalho, além de coordenar a política de saúde do trabalhador
 - (B) estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano
 - (C) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros
 - (D) participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico
20. O documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS, é o:
- (A) Mapa da Saúde
 - (B) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
 - (C) Contrato Organizativo
 - (D) RENAME

ESPECÍFICO DO CARGO A QUE CONCORRE

21. A violência é um fenômeno complexo e afeta homens, mulheres e crianças de todas as faixas etárias. Dados do Anuário das Mulheres Brasileiras 2011, divulgado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, mostram que quatro entre dez mulheres brasileiras já foram vítimas de violência. Segundo DIMENSTEIN, M.; ZAMORA, M. H.; VILHENA (2004), a versão de masculinidade comum em comunidades com presença significativa do tráfico de drogas é caracterizada por:

- (A) disposição para matar quando necessário, atitudes de superioridade e dominação para com as mulheres e uso da violência armada para atingir objetivos pessoais
- (B) violência armada restrita a ações relacionadas ao tráfico, violência contra adolescentes da comunidade e sedução de mulheres através de facilitação de acesso a bens de consumo
- (C) atitudes de enfrentamento relacionadas a policiais e pessoas de outras facções, uso de violência armada para defesa da comunidade, atitudes pacíficas para com as mulheres
- (D) violência psicológica para com as mulheres, violência armada direcionada unicamente a homens e atitudes de confronto com relação aos idosos da comunidade

22. Segundo DIMENSTEIN, M.; ZAMORA, M. H.; VILHENA (2004), em comunidades marcadas por desigualdade e exclusão social, fazer parte de um grupo armado ou comando pode ser uma estratégia que alguns jovens encontram para:

- (A) garantir direitos sociais
- (B) sobrevivência física e simbólica
- (C) recuperar a infância perdida
- (D) reconciliação com figuras parentais

23. A Lei 10216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o:

- (A) tratamento dos usuários nos CAPS
- (B) modelo assistencial em saúde mental
- (C) trabalho das equipes territoriais
- (D) atendimento na atenção básica

24. Segundo a Lei 10216/2001, é direito das pessoas portadoras de transtornos mentais:

- (A) serem poupadas de informações a respeito de seu diagnóstico
- (B) obterem tratamento, preferencialmente, em comunidades terapêuticas
- (C) serem tratados com humanidade e respeito e atendendo ao objetivo exclusivo de beneficiar os interesses do Estado, para manter a ordem pública
- (D) disporem de presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua internação involuntária

25. Campos (2007) considera que os serviços produzidos em saúde pública, tais como consultas, cuidado, assistência, pesquisas, não podem ser caracterizados como mercadoria. No entanto, eles existem porque têm uma dupla face, por um lado têm um valor de uso, por outro uma função de controle social. Neste contexto, *valor de uso* pode ser entendido como capacidade potencial de atender a necessidades:

- (A) de saúde
- (B) de serviços
- (C) subjetivas
- (D) sociais

26. Diferente do adulto, a entrada da criança e do adolescente no campo da saúde mental se deu tardiamente, apenas no século XX. Com a universalização da Política de Saúde Mental e a adoção pelo Brasil da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente, o reconhecimento da singularidade de crianças e adolescentes vem se ampliando. Segundo Vicentin (2006), ainda encontramos desafios na atenção à infância e adolescência, pois corre-se o risco de que a atenção em saúde mental fique restrita aos CAPSi, ambulatórios e instituições de formação, fato que dificultaria:

- (A) psicoterapias profundas para os casos mais graves e atendimento de pais e familiares de crianças e adolescentes
- (B) internação de crianças e adolescentes usuários de drogas e criação de serviços especializados
- (C) articulação entre os diferentes níveis de complexidade e a efetiva garantia de prioridade nas políticas para crianças e adolescentes
- (D) implantação de apoio matricial e articulação com a rede de serviços intersetoriais para crianças e adolescentes

27. Vicentin (2006) fala de uma tendência nas políticas públicas em se tematizar a juventude pela ótica do “problema social”, como objeto de falha, disfunção ou anomia no processo de integração social. Esta tendência nas políticas públicas faz com que o foco dos programas desenvolvidos seja a contenção do risco real ou potencial dos adolescentes pelo seu afastamento das ruas ou pela ocupação de sua ociosidade. Nesse sentido, segundo o autor mencionado, programas para adolescentes, baseados em políticas repressivas ou de prevenção, buscam enfrentar os problemas sociais que afetam a juventude tomando:
- (A) os próprios jovens como um problema sobre o qual é necessário intervir, para salvá-los e reintegrá-los à ordem social
 - (B) a família como foco de intervenção, deixando os jovens excluídos do acesso aos serviços de saúde
 - (C) a equipe de saúde da família como única responsável pela atenção integral aos jovens em situação de risco
 - (D) o CAPSi como o dispositivo central para tratamento de adolescentes problemáticos, produzindo interações desnecessárias
28. Segundo Vicentin (2006), a vulnerabilidade e o risco social que atravessam os corpos e as vidas de crianças e adolescentes diminuem quando se ampliam os compromissos:
- (A) regionais
 - (B) coletivos
 - (C) pessoais
 - (D) públicos
29. No trabalho com crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos não há outra forma de pensar o cuidado em saúde sem construir redes intersetoriais e redes interdisciplinares em torno de crianças e adolescentes. Vicentin (2006), fala da diferença entre se trabalhar na lógica da rede e na lógica do encaminhamento, afirmando que:
- (A) na lógica do encaminhamento garantimos o acesso de crianças e adolescentes aos serviços de alta complexidade, enquanto que na lógica da rede crianças e adolescentes ficam perdidos nas longas filas de espera
 - (B) na lógica do encaminhamento passa-se ao outro o problema, na lógica da rede é a dimensão do encontro e do mútuo compromisso de superar um obstáculo, de reverter uma dificuldade, que conta
 - (C) na lógica do encaminhamento garantimos a integralidade do cuidado, na lógica da rede prevalece o paradigma biomédico
 - (D) na lógica do encaminhamento os direitos estabelecidos pela Lei 10216/2001 são garantidos; na lógica da rede, os princípios da Lei 10216/2001 são negados
30. Componente decisivo para superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, foi constituído para dar conta da necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Trata-se de:
- (A) Casa Lar
 - (B) Centro de Atenção psicossocial
 - (C) Serviço Residencial Terapêutico
 - (D) Hospital Dia
31. Segundo o documento “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” (2005), o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho de pessoas portadoras de transtornos mentais e transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas começou a ser delineado através de um diálogo entre os campos da:
- (A) reabilitação psicossocial e da assistência social
 - (B) justiça do trabalho e da saúde mental
 - (C) saúde mental e da economia solidária
 - (D) saúde mental e da Estratégia de Saúde da Família
32. Segundo o documento “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” (2005), historicamente no Brasil, o tema do uso de álcool e outras drogas vem sendo associado a:
- (A) delinquência e práticas ilícitas e ofertas de tratamento em leitos de hospitais gerais
 - (B) problemas familiares e espirituais e ofertas de tratamento em serviços da justiça baseados no paradigma da redução de danos/abstinência
 - (C) problemas psicológicos e psiquiátricos e ofertas de tratamento de base psicanalítica
 - (D) criminalidade e práticas antissociais e ofertas de tratamentos inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social
33. Segundo Campos (2007), a saúde pública tem tradição normativa e legal e impõe limites e constrangimento em função da saúde do público. Considerando tal fato, o autor sugere o desenvolvimento de ações, de forma articulada, que envolvam tanto:
- (A) o saber e as prioridades definidas pelos técnicos e pela lei, quanto um espaço para que as pessoas possam recompor estas ações
 - (B) o controle social através das associações de usuários e familiares, quanto os técnicos dos serviços de saúde
 - (C) o saber científico e popular, quanto os usuários dos serviços de saúde da atenção primária e secundária
 - (D) os profissionais de saúde e da assistência social, quanto os apoiadores institucionais de referência

34. Segundo Campos (2007), fazer clínica é avaliar riscos e, em função disso, intervir com recursos terapêuticos específicos, conforme o caso. Para o autor, um serviço de atenção primária:
- (A) deve intervir sobre as doenças e não sobre as pessoas, pois as ações de atenção primária devem incluir a prevenção de doenças
 - (B) que atende a todo o mundo que o demanda e não consegue distinguir entre os pacientes, não faz clínica de qualidade
 - (C) deve priorizar os casos menos graves, deixando os casos mais graves para a atenção secundária
 - (D) que desenvolve unicamente ações de promoção e prevenção em saúde é a porta de entrada do sistema de saúde pública
35. Sobre o conceito *apoio paideia*, definido em CAMPOS (2007), pode-se afirmar que:
- (A) é um método terapêutico que pretende dar conta das questões das coletividades e dos sujeitos envolvidos em ações de saúde e parte do pressuposto de que toda ação em saúde deve gerar ampliação de consciência
 - (B) consiste em um arranjo organizacional que busca pensar as instituições sobre a dimensão da horizontalidade e da singularidade dos sujeitos e tem origem em pressupostos epistemológicos da psicanálise e da análise institucional
 - (C) consiste em uma técnica de reabilitação psicossocial voltada para pacientes com transtornos mentais graves e parte de pressupostos do campo da saúde pública, da psicanálise existencial e da análise institucional
 - (D) é uma postura metodológica que busca reformular tradicionais mecanismos de gestão e parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos e não sobre eles, ainda que com distintos graus de saber e de poder
36. Para Campos (2007), a produção de saúde resulta:
- (A) da prevenção primária e secundária e de programas sociais
 - (B) de fatores sociais e econômicos e do funcionamento dos próprios serviços de saúde
 - (C) da capacidade dos usuários para enfrentar problemas cotidianos e de programas sociais
 - (D) de fatores sociais e políticos e da resiliência dos usuários
37. A saúde é um campo interdisciplinar e um dos desafios colocados neste campo consiste em trabalhar em equipe. Campos (2007), considera que o trabalho em equipe:
- (A) deve respeitar as condutas éticas e científicas estabelecidas por cada categoria profissional e sugere que a equipe médica do CAPS deve apoiar os técnicos dos serviços no manejo das situações mais complexas do território
 - (B) deve se basear em condutas científicas preservando o sigilo profissional e deve priorizar a discussão de casos de pacientes psicóticos
 - (C) não deve perder de vista a singularidade de cada caso e deve pautar a discussão em diagnósticos clínicos
 - (D) não deve eliminar o caráter particular de cada profissional e sugere a cogestão como um modo de articular cada profissão de forma a assegurar saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores
38. Segundo, Santos e Nechio (2010), ao conceber o grupo como um dispositivo, aciona-se nele a capacidade de:
- (A) resolver problemas, aliviar as tensões e evitar conflitos
 - (B) produzir sintomas, ampliar conflitos entre os participantes e ampliar disfunções sociais
 - (C) acionar as forças instituintes, se transformar, se desterritorializar
 - (D) ampliar a consciência, evitar sintomas e melhorar o desempenho
39. Segundo Campos (2007), saúde não é um objeto da saúde coletiva ou da clínica, é um objetivo que se persegue e, no SUS, os recursos serão sempre insuficientes, pois a demanda tende a ser infinita. Dentre as alternativas sugeridas pelo autor que poderiam atenuar a relação entre demanda infinita e finitude de recursos, pode-se destacar:
- (A) busca de recursos para a saúde em entidades não governamentais, contratação de serviços privados, ampliação da capacidade de intervenção técnica das equipes através do acesso a conhecimentos científicos
 - (B) capacitação de equipes da rede básica para manejo de intervenções de alta complexidade, apoio de universidades para ampliação de serviços de saúde, revisão da legislação em saúde
 - (C) estímulo ao autocuidado, valendo-se da educação em saúde para ampliação da capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas, partilha de conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos
 - (D) apoio institucional às equipes de saúde, ampliação das ações intersetoriais, grupos de terapia comunitária, maior compromisso dos governantes com o setor saúde, utilização de terapias breves e focais

40. Segundo o documento "Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil" (2005), a consolidação de uma rede de cuidados de base comunitária é fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A ideia fundamental é a de que somente uma organização em rede é capaz de articular a complexidade das demandas de pessoas portadoras de transtornos mentais e de usuários de álcool e outras drogas. Para a organização desta rede, a noção fundamental é a de território. Trabalhar no território significa:
- (A) resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos das comunidades, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de troca entre as pessoas e os cuidados em saúde mental
 - (B) articular todos os serviços de saúde e intersetoriais da área de referência dos usuários através de fóruns de saúde mental, encaminhando os pacientes de outras áreas geográficas para seus territórios de origem
 - (C) oferecer apoio matricial às equipes de referência, para que estas possam lidar com a complexidade das demandas dos usuários de saúde mental, sem necessidade de encaminhamento para serviços especializados
 - (D) articular os diferentes níveis de atenção em saúde através das instâncias gestoras, resgatar os saberes e práticas da comunidade, pautando as intervenções em saberes reconhecidos pela comunidade científica
41. Para Daniel Kupermann (2005), a concepção de clínica do sensível se articula a partir de um paradigma estético que, diferentemente do paradigma técnico-cientificista, positiva o exercício de afetação mútua entre analista e analisando. Considerando as formulações desenvolvidas e os argumentos sobre o modo como o analista opera no processo de análise e de criação, deve-se entender que a clínica do sensível se refere a uma implicação do analista:
- (A) no processo de sublimação repressiva, através da interpretação e do tato, produzindo novos modos de subjetivação e um laço terapêutico não marcado pelo legal, contratual e institucional
 - (B) de forma direta, nas produções do analisando, com a criação de um espaço de jogo, sendo a produção de sentido um efeito desse encontro, sem uma separação rígida entre sujeito e objeto da experiência ou qualquer isolamento entre analista e analisando
 - (C) na produção do abandono traumático, condição de possibilidade para a emergência dos processos criativos
 - (D) de forma indireta, nas produções do analisando, através da interpretação das resistências, das formações do inconsciente e dos fantasmas, remetendo o analisando, via transferência, ao seu desamparo constitucional e facilitando os seus processos criativos pela possibilidade do mesmo suportar esse desamparo
42. Algumas discussões sobre os padecimentos psíquicos presentes na atualidade, como as compulsões, referem que esses quadros respondem, de maneira paroxística, a modos de subjetivação marcados pela intervenção do biopoder através de estratégias que caracterizam a sociedade de controle, na qual o poder incide de maneira direta e sem mediação em todas as potencialidades da vida, até mesmo nas dimensões anteriormente referidas à escolha privada dos indivíduos. Segundo Auler Maciel (2005), um efeito importante desse processo com o qual a clínica deve se haver nas suas dimensões ética e política é a impossibilidade de:
- (A) exercer ações eficazes que estejam de acordo com o imperativo da ação a qualquer preço
 - (B) exercer ações que respondam à imediatez proposta nas sociedades atuais
 - (C) escolher fora das alternativas impostas pelos dispositivos de saber-poder, submetendo-se aos valores por eles estabelecidos e afirmar novos modos de existência
 - (D) escolher entre as alternativas estabelecidas no campo sociopolítico, com a consequente incapacidade de suportar intervalos de tempo que permitam questionar e redimensionar os projetos de vida
43. De acordo com as formulações de Marisa Maia (2003), a experiência da catástrofe não desemboca necessariamente numa paralisação dos processos subjetivantes, podendo mesmo suscitar desdobramentos psíquicos e sociais capazes de transformar de forma potente as maneiras do sujeito conceber a si e o mundo. A possibilidade de uma experiência ter um destino traumático patogênico é dada a partir da presença de um mecanismo defensivo que é central na formação das psicoses e do fetichismo e que traz como principais efeitos o não reconhecimento da experiência vivida e a concomitante despontualização na capacidade de simbolizar. Este mecanismo recebe o nome de:
- (A) recalque
 - (B) formação reativa
 - (C) introjeção
 - (D) recusa

44. Um dos pontos essenciais na discussão sobre a desinstitucionalização no campo da atenção psicossocial refere-se ao modo como se concebe a singularidade de ser e estar no mundo dos portadores de transtornos mentais graves. Para Erotildes Leal e Pedro Gabriel Delgado (2007), um dos pontos fundamentais para o campo da atenção psicossocial diz respeito à compreensão de que a dimensão patológica é a expressão:
- (A) de uma dificuldade de autonomia dos indivíduos, por causa de suas experiências muito diferentes da norma admitida, na constituição de si e do mundo
 - (B) da alienação dos indivíduos em sua vida cotidiana no contato com as instituições totais
 - (C) da desadaptação dos indivíduos, em sua vida cotidiana, no contato com as normas do meio
 - (D) de uma dificuldade de adequar-se ao meio por causa da dificuldade de criar novas normas capazes de modificá-lo
45. É consensual a avaliação de que a Reforma Psiquiátrica, em seu sentido forte e rigoroso, é um processo muito mais amplo do que a mera transformação nos serviços de saúde mental, caracterizando-se como uma ruptura com o modelo hegemônico de produção de saberes que fundamentam e autorizam a disciplinarização, a tutela e a lógica manicomial. Encontra-se no artigo de Silvio Yasui (2007) a proposição de que a Reforma Psiquiátrica se estabelece sobre alguns pilares fundamentais. Desses, podem ser destacados:
- (A) estabelecimento de uma estratégia de cuidados que articula as especialidades diversas no interior dos serviços; criação de modos de redimensionar os processos de trabalho sustentados na avaliação rigorosa dos quadros psicopatológicos
 - (B) estabelecimento de uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território com seus recursos; criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de modos de cuidado, articulados em rede nesse território
 - (C) estabelecimento de uma estratégia de cuidados centrada no interior dos serviços; criação de projetos de cuidado que considerem a rede de serviços num determinado território
 - (D) estabelecimento de uma estratégia de cuidados voltada para o sofrimento e seu alívio sintomático; criação de atividades terapêuticas nos serviços, de modo a construir relacionamentos não patológicos
46. Refletindo sobre o impacto da violência produzida pelas políticas do estado e da sociedade no processo de subjetivação, em especial nas camadas mais pobres da população, Vilhena, Zamora e Novaes (2012) observam que as políticas de diminuição do estado social afetaram mais os países pobres e dentro deles as pessoas mais dependentes dos programas de emprego e renda. Configura-se, assim, um contingente humano excluído do campo produtivo e da possibilidade de consumir. Isto produziu imensa vulnerabilidade psíquica e social, com a possibilidade da perda, nos mais jovens, de referentes simbólicos, ocasionando diversos padecimentos psíquicos, como a drogadicção, estados depressivos, desarticulação das instâncias comunitárias, dentre outros. Uma conclusão à qual os autores chegam na discussão que concerne à relação entre aparato social e desenvolvimento pessoal e grupal diz respeito a uma função, que caberia ao aparato social e é estruturante dos desenvolvimentos grupal e pessoal. Essa função recebe o nome de:
- (A) continente
 - (B) invisibilidade
 - (C) narcísica
 - (D) jurídica
47. Cristina Rauter (2005) reflete sobre as condições nas quais são produzidas subjetividades empobrecidas em sua plasticidade e expressão afetiva, posto que submetidas a uma experiência de invasão contínua de estímulos que não podem ser processados adequadamente. A autora observa que o capitalismo globalitário contemporâneo produz situações de múltiplas precariedades, as quais expõem as subjetividades a microtraumas, exigindo adaptação e submissão a um ambiente que produz graves falhas no escudo protetor. Neste contexto, a clínica é um campo privilegiado porque permite acompanhar:
- (A) as mutações internas dos sujeitos a partir dos traumas sexuais a que estão expostos, articulando a produção de subjetividades e o circuito das pulsões
 - (B) os efeitos patológicos das adaptações às condições de vida no capitalismo pós-industrial, articulando a produção de subjetividades às perturbações ambientais sociopolíticas
 - (C) os efeitos patológicos das adaptações às condições onde houve falha na relação mãe-bebê, articulando a produção de subjetividades e as perturbações no interior das famílias
 - (D) as mutações das tendências mortíferas da pulsão de morte, articulando a produção de subjetividades e a compulsão à repetição

48. Na discussão empreendida por Leal e Delgado (2007) sobre o CAPS como modo de operar o cuidado em saúde mental, destaca-se a ideia de cotidiano que, junto com as ideias de clínica e rede, forma os pilares de sustentação do processo de desinstitucionalização. Essa ideia busca articular a heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos forjados e modulados pelo e no encontro dos interesses dos seus protagonistas. Assim, para afirmar o cotidiano do serviço como uma prática eficaz da desinstitucionalização, é necessário que seja suficientemente aberto para considerar:
- (A) o cotidiano do paciente como a repetição de uma história prévia
 - (B) a história de vida do paciente como sintoma a ser ultrapassado
 - (C) o cotidiano do paciente como um modo de vida
 - (D) a história de vida do paciente como um vazio de sentido
49. A afirmação de Silvio Yasui (2007) sobre o cuidar como sendo a essência do cotidiano do profissional de saúde e saúde mental se desdobra em algumas proposições sobre o ato de cuidar. Em todas evidencia-se a ideia de que o ato de cuidar corresponde a:
- (A) produzir atos prescritivos sustentados no reconhecimento da dimensão patológica do sofrimento do indivíduo, além de articular no interior dos serviços ferramentas como oficinas terapêuticas
 - (B) elaborar projetos de vida a partir das dificuldades postas pelos sintomas da doença mental, além de organizar procedimentos sustentados no modelo da racionalidade médica
 - (C) criar atos relacionais potentes de acordo com os avanços da cientificidade no que tange ao tratamento da doença mental
 - (D) montar e tecer projetos de vida, além de significar preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro, produzindo bons e potentes encontros
50. Ao tematizar o que denomina “campo de afetação”, estruturante do processo de humanização/subjetivação, Marisa Maia (2003) observa que o processo introjetivo ocupa aí um lugar fundamental, posto que é através dele que o bebê encontra uma saída para a angústia primordial, mediante a afetação com o meio. Tomando como referência as ideias de Ferenczi sobre o processo introjetivo originário, a autora afirma que, a partir da introjeção originária, qualquer possibilidade psíquica:
- (A) incluirá o corpo, sensações corporais, afetos e intensidades
 - (B) excluirá o campo representacional e a apreensão de sentidos
 - (C) excluirá o corpo, as sensações corporais, afetos e intensidades
 - (D) incluirá a experiência traumática dessubjetivante
51. Joel Birman (2005) reconhece que as novas formas de mal-estar implicam uma transformação antropológica em que se fazem novas demandas no que diz respeito aos tratamentos psiquiátricos e psicanalíticos e novas queixas em relação ao corpo, às ações e sensações, num processo de esvaziamento do campo do pensamento e do campo da linguagem. Neste contexto, duas mudanças são destacadas como exemplares, nessa transformação antropológica:
- (A) uma inversão das relações entre tempo e espaço com privilégio do espaço e o desaparecimento da subjetividade centrada na conflitualidade
 - (B) uma inversão das relações entre tempo e espaço com privilégio do tempo e o desaparecimento da positividade do corpo
 - (C) uma afirmação da experiência do sofrimento a partir da abertura à alteridade e o desaparecimento da angústia traumática
 - (D) uma afirmação da experiência da linguagem simbolizante e o desaparecimento dos estados depressivos
52. Seguindo as indicações apresentadas na pesquisa de Carla Mourão (2011) sobre o uso de drogas e sua prevenção, é possível afirmar que uma alternativa útil aos programas baseados na “guerra às drogas” são os programas de redução de danos, que, como princípio básico, buscam reduzir os danos relacionados ao uso de drogas:
- (A) visando minimizar o consumo ao máximo até o ponto de abstinência
 - (B) através da diminuição da oferta e da demanda, de acordo com a política de controle de drogas dos Estados Unidos
 - (C) sem pretender, necessariamente, eliminar o consumo
 - (D) a partir do critério de tolerância zero

53. Após o bárbaro assassinato do menino João Hélio Fernandes Vieites, em Fevereiro de 2007, a população, em seus vários segmentos, reagiu com extrema indignação em todo o país. A presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Ellen Gracie, pronunciou-se, de acordo com um tradicional argumento jurídico, negando a pertinência de se julgar sob comoção. Mesmo reconhecendo a validade do argumento, do ponto de vista jurídico, Daniel Kupermann (2009), a partir das reflexões desenvolvidas com a teoria do trauma de Sandor Ferenczi, observa que esta fala poderia ter um efeito traumatizante cuja consequência maior seria a perpetuação do estado de anestesia e a paralisia se abater sobre a sociedade. Isto porque se coloca aí uma ação que é a principal responsável pelo efeito traumático. Ela recebe o nome de:

- (A) forclusão
- (B) identificação projetiva
- (C) denegação
- (D) desmentido

54. Na discussão empreendida sobre as condições ideológicas que tornam possível a eleição do toxicômano como um inimigo público, Carla Mourão (2011) avança, a partir de suas interlocuções com alguns estudiosos como Zizek, Melmann e Bergeret, a hipótese de que as drogas são um sintoma social. Com isto pretende afirmar que a droga:

- (A) deve ser alvo dos especialistas da toxicomania, posto que os efeitos perniciosos devem ser combatidos cientificamente
- (B) torna-se o elemento maligno que serve como desculpa para todos os problemas psíquicos e sociais que vemos aparecer
- (C) deve sair de circulação para que os adolescentes possam encontrar outros modos de conviver socialmente
- (D) torna-se o elemento maligno que serve como justificativa para os toxicômanos reduzirem suas ações antissociais

55. Ao realizar uma discussão sobre o caso de um adolescente diagnosticado com “deficiência cognitiva moderada/leve”, que apresentava constatadas dificuldades no processo de aprendizagem, Martins (2012) relata a significativa capacidade do paciente em estabelecer laços diversificados nas oficinas de arte. Isto demonstrou a necessidade de interrogar a função do diagnóstico médico-científico e apontou a pertinência de uma formulação de Rassial, sobre uma das primeiras tarefas na escuta da experiência do adolescente. Essa formulação propõe reconhecer que:

- (A) os adolescentes buscam o laço social infantil, fundado nas garantias e na crença na soberania do Outro
- (B) os adolescentes pedem que aqueles que os escutam possam se interessar em escolher por eles
- (C) os adolescentes não pedem compreensão mas reivindicam o reconhecimento de seu saber e a escolha de uma posição que derive desta condição
- (D) os adolescentes resistem aos atos criativos produzidos nas oficinas de arte, em função de sua imprevisibilidade

56. Ao tecer suas considerações sobre o que denomina repetição lúdica, Marisa Maia (2003) propõe que o repetir lúdico não se restringe a um aspecto do desenvolvimento infantil, implicando uma maneira diferenciada de olhar o objeto da repetição. No prolongamento dessa reflexão indica que a experiência analítica pode criar condições para:

- (A) a afirmação da experiência lúdica, favorecendo a emergência da repetição criadora
- (B) a experiência lúdica não ser obstáculo para o processo de rememoração
- (C) a afirmação da experiência lúdica, viabilizando a reprodução das marcas traumáticas
- (D) a experiência lúdica favorecer a compulsão à repetição

57. Ao desenvolver uma interlocução entre as questões postas por Foucault sobre o cuidado de si e as problematizações psicanalíticas sobre a clínica contemporânea, Eduardo Rozenthal (2009) observa que o sofrimento subjetivo contemporâneo não se deixa mais interrogar e acolher pelas estratégias analíticas relacionadas ao manejo da interpretação das resistências inconscientes. Para fazer frente à especificidade das situações que compõem na clínica, na contemporaneidade a relação transferencial deverá priorizar:

- (A) o processo de tornar consciente o inconsciente
- (B) o processo de afetar e ser afetado
- (C) o processo de destituir o autoerotismo
- (D) o processo de neutralidade do analista

- 58.** Claudia Garcia (2012) discute o processo de constituição psíquica à luz das mutações ocorridas desde o século 18 e que consistem no esvaziamento do espaço público com a concomitante naturalização e reificação do espaço privado. Observa, a partir das leituras de Sennet, Ehrenberg e Castel, a construção de manifestações subjetivas na sociedade contemporânea, efeitos das novas relações entre o privado e o público. Essas manifestações são assim definidas:
- (A) sociedade narcísica; sentimento de onipotência e sintomas obsessivos; conflitualidade
 - (B) sociedade narcísica; sentimento de insuficiência e sintomas depressivos; individualismo negativo
 - (C) sociedade narcísica, sentimento de potência corporal e sintomas psicossomáticos, conflitualidade
 - (D) sociedade narcísica; sentimento de culpa e sintomas histéricos, individualismo competitivo
- 59.** Seguindo as indicações de Carla Mourão (2011) a respeito da leitura de Winnicott sobre a tendência antissocial, deve-se admitir que a referida tendência implica:
- (A) esperança e uma maneira de solicitar um cuidado especificamente psicoterápico/psicanalítico
 - (B) desesperança e uma maneira de expressar a culpa diante do meio ambiente
 - (C) esperança e uma maneira de solicitar uma atitude de cuidados do meio ambiente
 - (D) desesperança e uma maneira de expressar a destrutividade inerente à pulsão de morte
- 60.** Ao refletir sobre os processos que produzem a desigualdade e o não reconhecimento do outro, especialmente se este for pobre e excluído de determinadas possibilidades inscritas na sociedade democrática, Maria Izabel Szpacenkopf (2009) propõe que a ultrapassagem das fronteiras do narcisismo pode propiciar o exercício de uma responsabilidade em relação ao outro. Nesse contexto, apresenta algumas ideias extraídas da obra de Levinas sobre o fundamento ético da condição de sujeito, articulado diretamente à responsabilidade para com o outro. Isso traria, como consequência fundamental:
- (A) sair de si, ocupar-se do outro desmentindo as diferenças
 - (B) sair de si, ocupar-se do outro e seu sofrimento
 - (C) sair de si, ocupar-se do outro tratando-o como estranho
 - (D) sair de si, ocupar-se do outro denegando a miséria