

CADERNO DE QUESTÕES

PSICÓLOGO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém **40 (quarenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Conhecimentos Específicos	01 a 30
Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde	31 a 40

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A simplicidade é o último grau de sofisticação."

5. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.

6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.

7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**

8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:

- a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
- b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
- c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
- d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.

9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.

10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.

11. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do Concurso, poderá entregar o CADERNO DE QUESTÕES E O CARTÃO-RESPOSTA **devidamente assinado e com a frase transcrita**, e retirar-se do recinto. No entanto, durante os **30 (trinta) minutos finais** de prova será permitido ao candidato retirar-se da sala portando o caderno de questões.

12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.

14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.

15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.

16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

Boa Prova!

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Com a finalidade de trazer ao debate a formação do profissional de psicologia e sua atuação em instituições hospitalares, Ribeiro e Dacal, (2012) discorrem sobre história e construção dos hospitais, suas práticas, tendências e transformações assistenciais no contexto internacional e enfocam a realidade hospitalar brasileira a partir da constituição do SUS. Com base nesses estudos, pode-se afirmar que:

- (A) o cuidado longitudinal em saúde foi uma das práticas que tiveram seu início nas unidades hospitalares religiosas de refúgio
- (B) a prática da assistência social e a separação dos doentes permanecem presentes na atualidade como caráter definidor da principal atividade da unidade hospitalar
- (C) o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico norteou a criação de sistemas nacionais de saúde centrados na consagração do hospital moderno como símbolo de prestígio do profissional médico e de sofisticação tecnológica
- (D) o processo de reorganização hospitalar ocorreu com a responsabilização do Estado sobre os hospitais e o redirecionamento do ato terapêutico a práticas extra-hospitalares preventivas, com foco no ambiente que cercava os indivíduos enfermos

02. Ribeiro e Dacal (2012) explicitam aspectos da inserção das práticas psicológicas no campo da saúde pública e do contexto do hospital, destacando o descompasso entre a realidade social e o caráter da formação - em especial, no que concerne às novas necessidades assistenciais diante da construção do SUS. Dessa forma, na nova prática profissional do psicólogo, **NÃO** se inclui a:

- (A) composição em equipes multiprofissionais
- (B) subversão de espaços tradicionais de intervenção
- (C) priorização de métodos científicos na escolha de suas intervenções.
- (D) compreensão do processo saúde-doença considerando o registro do social, econômico e político, além do psicológico

03. Andrade e Otani *et al* (2018) citam o conceito de projeto terapêutico singular (PTS) como instrumento potencial para mudar a prática da clínica tradicional rumo à clínica ampliada. O aparecimento e a valorização de um PTS seguiram do contexto da Reforma Psiquiátrica para o campo da Saúde Coletiva e, posteriormente, tiveram sua recomendação pela Política Nacional de Humanização. Com base nas referências citadas, o PTS é uma:

- (A) forma de cuidado organizado por ações conjuntas planejadas por uma equipe multidisciplinar, levando em conta a singularidade do usuário, considerando suas necessidades e o contexto social em que faz parte, com ativação de recursos exteriores
- (B) garantia de avanço inegável à reforma psiquiátrica, redirecionando a atenção em saúde mental para uma rede de cuidados extra-hospitalares, com base no território, considerando necessidades com utilização de recursos inter-setoriais
- (C) garantia do cuidado à pessoa com transtorno mental em serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, onde estão presentes a oferta de novas modalidades alternativas de tratamento
- (D) forma de pensar e agir frente à pessoa com doença mental que vem se consolidando por meio das recentes experiências práticas nos serviços de saúde

04. Andrade, Otani *et al* (2018), ao tratarem de um dos temas encontrados e definidos em sua pesquisa, afirmaram algumas relações no texto sobre o cuidado em saúde e o trabalho em equipe multiprofissional. Uma afirmativa **NÃO** condizente com o exposto pelos autores é que:

- (A) o trabalho em equipe tem relação direta com a realização do cuidado integral ao paciente
- (B) a valorização da investigação e troca clínica dentro de cada especialidade acerca do adoecimento são evidentes
- (C) os pontos positivos do plano de cuidado realizado estão ligados diretamente à abordagem em equipe multiprofissional
- (D) a falta de organização do tempo de trabalho dos profissionais é um dos pontos negativos para a organização do cuidado

05. Desviat (2018) descreve a importância da participação dos movimentos sociais de usuários e familiares nos ganhos obtidos ao longo da luta pela transformação da assistência à saúde mental. Ainda assim, aponta como um futuro compromisso transformar tais ganhos em:

- (A) iniciativas próprias de cuidados
- (B) processos emancipatórios
- (C) ampliação da rede de serviços
- (D) respostas mais efetivas às necessidades dos usuários

06. Ao falar sobre comunidade, Desviat (2018) comenta que, geralmente, reconhecemos grupos de pessoas que participam de um bem, uma necessidade ou um destino comum. No que diz respeito à atenção comunitária, exige-se um tipo específico de comunidade. Das características citadas abaixo, a que se encontra **INCONGRUENTE** com o tipo específico de comunidade trazida na discussão feita pelo autor é:

- (A) competitiva em sua demanda pela lógica do sistema
- (B) atenta à potenciação de sua capacidade e empoderamento
- (C) organizada civicamente na organização de necessidades coletivas
- (D) participativa na gestão de aspectos fundamentais das necessidades coletivas

07. Vier & Boarini (2013) descrevem que a história do uso de drogas sempre esteve presente na humanidade. Entretanto, no século XIX, muitos países passaram a adotar medidas referentes ao campo da segurança e da justiça no que tange às drogas ilícitas, sendo a estratégia de *guerra às drogas* uma parte do modelo de intervenção adotado. A alternativa em que o único elemento que **NÃO** está incluído em tal estratégia é a:

- (A) a prevenção ao uso como prioridade intervencionista
- (B) o modelo da doença como um dos pilares principais
- (C) o enfoque na redução da oferta de drogas como primeiro plano
- (D) o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários

08. Segundo Dalgalarrodo (2018), síndromes de estupor e lentificação psicomotora incluem quadros de diferentes etiologias, com retardo psicomotor em graus variáveis, sintomas catatônicos e diferentes formas de estupor. Quanto a essas síndromes, o autor também afirma que:

- (A) o estupor é um estado voluntário e reativo a um contexto específico
- (B) há quatro subtipos de estupor: catatônico, depressivo, psicogênico e volitivo
- (C) podem ser caracterizadas pela recusa absoluta ou incapacidade do indivíduo de responder de acordo com as solicitações do ambiente
- (D) comumente, o indivíduo em estupor está em mutismo, não se comunica verbalmente, mas costuma interagir com as pessoas através de olhar, mímica ou gestos

09. Andrade *et al* (2016) discorrem acerca da articulação entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado às situações de crise em saúde mental. Sob essa perspectiva, a conexão entre tais pontos com objetivo da humanização da assistência, do foco em recursos para o tratamento voltado ao sujeito e seus laços sociais e do favorecimento da integração entre distintas especialidades e profissões é estabelecida por:

- (A) matriciamento
- (B) reunião de equipe
- (C) educação permanente
- (D) regulação à média complexidade

10. “O encaminhamento conduzido de forma não compartilhada faz com que o usuário que necessita de atendimento percorra diversos serviços de saúde e não receba atendimento adequado em nenhum deles.” Andrade *et al* (2016). Quanto ao cuidado em situações de crise em saúde mental, o encaminhamento evidencia-se como forma de articulação entre os pontos da RAPS. Dentre as características do encaminhamento, os autores citados **NÃO** incluem:

- (A) fragmentação do cuidado
- (B) redução das possibilidades do cuidado
- (C) desresponsabilização dos casos e dos sujeitos
- (D) aumento de eficácia via utilização de formulários

11. Gryscek & Pinto (2015), ao tratarem da inserção da Saúde Mental (SM) na prática da Estratégia de Saúde da Família, reafirmam que os problemas relacionados com a SM estão presentes e representam uma parcela expressiva da demanda na Atenção Básica, na atualidade. Por vezes, esse cuidado fica impedido de ocorrer, pois:

- (A) há pouca oferta de consultas de especialidade em ambulatórios
- (B) não há clareza nos fluxos a serem seguidos para construção do tratamento em SM
- (C) as demandas em SM têm complexidade superior às possibilidades de assistência prestada pela Atenção Básica devido à inconstante disponibilidade de profissionais de saúde mental e de médicos e especializados
- (D) as equipes nem sempre se sentem capazes de lidar com a demanda de SM ou focam em ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico especializado e na terapêutica medicamentosa

12. O relacionamento terapêutico, a terapia comunitária e os grupos terapêuticos são intervenções psicossociais citadas por Gryscek & Pinto (2015) como estratégias para potencializar os cuidados em SM na rotina de Estratégia de Saúde da Família. Para utilização de tais intervenções, faz-se necessária formação e capacitação dos profissionais da Atenção Básica, para alcance das seguintes habilidades:

- (A) acolhimento à demanda, produzir vínculo, atender famílias
- (B) propiciar escuta, favorecer o trabalho multiprofissional, pensar ações intersetoriais amplas
- (C) comunicação, trabalhar num modelo ampliado de atenção, manejar problemas psicossociais
- (D) participar de discussões multiprofissionais, trabalhar extramuros, fazer diagnóstico situacional

13. Em seus estudos, Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) citam questões básicas que afrontam muitas vezes o saber e fazer dos profissionais de saúde no atendimento a usuários que tentaram suicídio. Dentre tais questões, **NÃO** se inclui:

- (A) acolhimento de forma inadequada
- (B) ambiguidade para lidar com o tema
- (C) ausência de equipe multiprofissional
- (D) internação psiquiátrica como única forma de encaminhamento

14. “Ao identificar o comportamento suicida a partir do método utilizado para prática desse comportamento, os/as profissionais deixam de compreender os vários fatores que se fazem presentes e podem não intervir de forma integral, ou seja, as práticas de cuidado terão como foco apenas os fatores de estabilização dos sinais vitais, e procedimentos realizados como lavagem gástrica, acesso venoso, entre outros (...)” (Gonçalves, Silva e Ferreira, 2015). Dando sequência a esta afirmação, para os autores, esse foco acaba por **EXCLUIR**:

- (A) a influência das crenças religiosas no comportamento suicida
- (B) a impotência e autoculpabilização dos familiares como fragilidade de rede de apoio
- (C) uma possível indicação de psicoterapia ou tratamento psiquiátrico em evidente adoecimento psíquico
- (D) uma reflexão sobre a motivação para o ato e a importância de encaminhamentos para a rede de atenção à saúde e/ou socioassistencial

15. Andrade; Zeferino; e Fialho (2016) levantaram em seus estudos que há novas estratégias entre os serviços para cuidados em situações de crise, através das quais as equipes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) podem estabelecer relações sólidas e articuladas. A alternativa que se apresenta como um **DIFICULTADOR** para se constituir uma articulação entre serviços da RAPS é a:

- (A) incompreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde
- (B) estabelecimento de reuniões setoriais e intersetoriais
- (C) iniciativas de qualificação dos profissionais
- (D) ampliação na troca de informações

16. Vier & Boarini (2013) esclarecem que vários países adotaram medidas no campo da segurança e justiça, no que tange às drogas ilícitas, no século XIX. O proibicionismo fazia parte do modelo de intervenção à época. As medidas proibicionistas também podem ser definidas como medidas de:

- (A) tratamento compulsório
- (B) prevenção ao uso
- (C) redução da oferta
- (D) alta exigência

17. “A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga.” (Vier & Boarini, 2013) O surgimento dessa estratégia diz respeito:

- (A) à revelação do debate entre a saúde e a segurança pública
- (B) a uma ampliação da difusão de informações da guerra às drogas
- (C) à ineficácia dos tratamentos e à falta de clareza sobre o alcance dos problemas advindos do uso
- (D) a uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites

18. Considerando que conceitos científicos provocam, nomeiam e determinam direcionamentos para ações, no que se refere ao fenômeno das drogas, Vier & Boarini (2013) citam que a transição do conceito de um comportamento de risco a uma situação de vulnerabilidade provocou:

- (A) a criação de técnicas, intervenções e instituições mais eficazes dirigidas ao tratamento de todos os indivíduos
- (B) o reconhecimento da compreensão da droga como um fenômeno multideterminado, além da perspectiva individual
- (C) a ampliação de estratégias de prevenção a estratégias de abstinência e cura
- (D) o estímulo à promoção de ações voltadas a grupos específicos

19. G.W.S., com 18 anos de idade, foi levada à emergência de um hospital geral municipal por sua família. No início do segundo semestre, sua mãe falecera em virtude de um câncer, por isso foi residir na casa de tios, já que não tinha onde ficar. Seu comportamento vinha mudando desde as festas de final de ano, quando G. começou a falar sozinha, soltar gritos se desculpando e a não dormir. Por fim, ao ser repreendida por uma prima mais velha por tais comportamentos, acabou por agredir esta última e quebrar os objetos do quarto onde estavam. A família buscou informações sobre aonde levá-la e soube que havia um serviço de saúde mental próximo. Segundo familiares: "Ouvimos falar de um tal de CAPS que atende pessoal adulto e que funciona dia e noite, mas não sabemos o que é. Acharmos melhor trazer para emergência mesmo." Após acolhimento e atuação medicamentosa, a equipe da emergência apresentou aos familiares as seguintes informações e condução para o caso: G. estava passando por um surto psiquiátrico; G. permaneceria em observação até melhora do quadro ou encaminhamento à internação - onde poderia permanecer para se estabilizar do surto. Nessa situação, observa-se incongruência entre o desfecho definido pela Unidade de Saúde e o disposto na seguinte afirmação da Lei nº 10.216/ 2001:

- (A) A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
- (B) A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
- (C) O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.
- (D) É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

20. No art. 3º da Portaria nº 3.088/2011, cita-se que "São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências". É contraditória ao proposto nessa Portaria a afirmação de que:

- (A) equipes de serviços residenciais terapêuticos tem o CAPS ou a Emergência como apoio para situações de crise de usuários
- (B) a reabilitação psicossocial envolve a possibilidade de inclusão de pequenos comércios locais como campo de trabalho para usuários de saúde mental
- (C) o ambiente de um CAPSad é o indicado para resolutividade de todas as necessidades de saúde a moradores em situação de rua e que fazem uso de drogas
- (D) pacientes menores de idade poderão ter suas urgências em saúde mental atendidas, simultaneamente, por equipe de Estratégia em Saúde da Família de sua referência e CAPSi

Considerar o artigo de Franco "As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde" (In: Pinheiro, R. & Mattos, 2006, para responder às questões de números 21 a 24.

21. No que diz respeito ao processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, e a produção do cuidado, é correto afirmar que o trabalho vivo:

- (A) faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto
- (B) não se deixa capturar pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde
- (C) identifica o significado de um único território para a construção e condução dos cuidados em saúde
- (D) possui capacidade de definir uma direção comum por onde todos os sujeitos envolvidos no cuidado construirão suas ações

22. Ao se observar o funcionamento das redes de cuidado do SUS, no cenário da produção de saúde e micropolítica do processo de trabalho, o aspecto central ao qual devem ser dirigidas reflexões e análises sobre as redes existentes é:

- (A) a existência dos serviços que organizam seu trabalho em rede
- (B) a participação de usuários e trabalhadores nos cenários
- (C) a viabilidade de imanência nas diversas redes
- (D) o perfil assumido pelas redes constituídas

23. "Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa." No que diz respeito às redes rizomáticas no trabalho em saúde, é **INAPROPRIADO** afirmar que:

- (A) o aprendizado sobre estabelecer relações é um saber que precisa ser incluído à atividade laboral
- (B) o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais é de alta sofisticação e exige uma grande energia para se operar
- (C) a abertura de espaços relacionais de fala e escuta entre trabalhadores vai mediando o processo de trabalho destes últimos
- (D) a operacionalização deste tipo de rede acontece através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos

24. O autor sugere algumas características para uma rede na saúde, de caráter rizomático e que opere na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo em ato como elemento central na atividade produtiva. A característica que identifica conexões que vão produzindo mapas através de fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que atuam neles, chama-se princípio da:

- (A) imprevisibilidade
- (B) heterogeneidade
- (C) multiplicidade
- (D) cartografia

Considerar o livro “Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva” Desvrat (2018), para responder às questões de números 25 a 30.

25. Objetivos da Reforma Psiquiátrica, como a melhoria dos serviços de saúde mental, maiores garantias legais para os internamentos e medidas cautelares e uma consideração social da loucura pouco menos estigmatizante, foram alcançados e reconhecidos. Porém, para que a proposta da Reforma se mantenha viva, diante de um contexto mercantilista, torna-se necessária uma:

- (A) otimização dos serviços
- (B) melhoria na eficiência da gestão
- (C) assistência universal e comunitária
- (D) valorização e utilização de protocolos assistenciais

26. O progressivo aumento de políticas de privatização e mercado sobre o campo da SM se apoiou no suposto avanço da psicofarmacologia e das neurociências. Nesta conjuntura, a Reforma Psiquiátrica e seu modelo de atenção se defrontaram com adversidades, no próprio campo da saúde, à contraposição dos avanços tecnocientíficos do mercado sobre o bem público. **NÃO** se inclui dentre as situações desfavoráveis citadas a:

- (A) crescente medicalização da sociedade
- (B) criação de recursos na comunidade
- (C) insuficiênciada bagagem psicossocial da Reforma e modelo comunitário de atenção
- (D) crise de serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado do bem-estar

27. O autor se refere a um modelo coletivo de assistência à saúde que tem como algumas de suas marcas ser público, descentralizado, com critérios de saúde pública e que leve em consideração as desigualdades sociais. Como elemento essencial condizente com este modelo, está a consideração de um espaço privilegiado para a integração de todos os recursos públicos e sua boa utilização, que objetiva permitir a harmonia de toda a rede, evitar duplicidades na cobertura e superar a hegemonia hospitalar. Tal elemento nomeia-se:

- (A) programa de promoção e prevenção
- (B) zoneamento sanitário
- (C) atenção primária
- (D) gestão

28. Modernização e técnicas eficazes não trazem à população garantias sobre o alcance de benefícios esperados de um programa de saúde. No contexto da Reforma Psiquiátrica, ambas podem resultar apenas em inadequação às políticas de saúde, ao planejamento e aos projetos terapêuticos para o alcance das reais necessidades da população. Visando atender à demanda do doente mental, com ofertas variadas, o autor propõe que o campo da saúde mental mantenha primazia de alguns princípios em todo o planejamento e programação. Dentre esses princípios, podem ser destacados os seguintes:

- (A) igualdade e participação
- (B) diversidade e pertinência
- (C) flexibilidade e objetividade
- (D) longitudinalidade e individualização dos tratamentos

29. Com objetivo da constituição de uma SM de base comunitária, que vá além do estabelecimento de redes de serviços, modelos terapêuticos e equipes, e considere a formação e reconhecimento de grupos que partilhem valores, esperanças e necessidades comuns, é imprescindível:

- (A) a inclusão da participação popular na formação e sensibilização de gerentes de serviço
- (B) o aprimoramento da descrição das novas formas de sofrimento mental na sociedade
- (C) a atualização de novas técnicas profissionais de abordagem a grupos
- (D) a apropriação pelo cidadão da gestão de sua vida e de sua saúde

30. Novas formas de gestão dos sistemas de saúde adotadas por governos utilizam medidas que buscam aumentar a eficiência do serviço público, visando eliminar suas travas administrativas mediante estratégias que coordenem planejamento e mercado. Algumas das críticas a tais formas são a discriminação negativa, a fragmentação da rede sanitária pública em múltiplas microempresas, o aumento dos custos de gestão e a ausência de participação de trabalhadores e usuários. Quanto à atenção em SM, Desvrat aponta como uma das consequências dessas novas formas de gestão:

- (A) a descontinuidade dos cuidados
- (B) o aprimoramento da integralidade
- (C) o desinvestimento no especialismo
- (D) a racionalidade no uso de medicamentos

POLÍCAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

31. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua:

- (A) prevenção, proteção e sustentação
- (B) promoção, proteção e recuperação
- (C) promoção, prevenção e estruturação
- (D) prevenção, recuperação e sustentação

32. "São de relevância pública as ações e serviços de _____, cabendo ao poder _____ dispor, nos termos da _____, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

Com base no Art. 197 da Constituição Federal, as lacunas do texto são corretamente preenchidas por:

- (A) saúde, público, lei
- (B) saúde, público, gestão
- (C) assistência, público, lei
- (D) assistência, público, gestão

33. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- (A) integralidade da assistência, centralização da gestão, participação social
- (B) integralidade da assistência, centralização, participação social
- (C) descentralização, atendimento básico, participação da gestão
- (D) descentralização, atendimento integral, participação social

34. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete, dentre outras atribuições, executar serviços de:

- (A) saúde do idoso e vigilância sanitária
- (B) saúde do idoso e vigilância ambiental
- (C) saúde do trabalhador e vigilância sanitária
- (D) saúde do trabalhador e vigilância epistemológica

35. O Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19/09/90, define que a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são:

- (A) entraves e sinalizadores da saúde
- (B) controladores e estabilizadores da saúde
- (C) quantificadores e qualificadores da saúde
- (D) determinantes e condicionantes da saúde

36. O parágrafo único do Art. 14 da Lei nº 8.080, de 19/09/90, cita que propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, é finalidade da criação das Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Assim como, em relação:

- (A) à pesquisa de novas tecnologias sociais e educacionais
- (B) à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições
- (C) à pesquisa e ao contrato de direitos autorais destas produções
- (D) à pesquisa de larga escala e a cooperação científica de ponta

37. O princípio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que trata das intervenções pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais é o:

- (A) princípio da integralidade
- (B) princípio sustentabilidade
- (C) princípio da autonomia
- (D) princípio da equidade

38. Entre os valores que fundamentam a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o que trata da autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator participe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas mediante o reconhecimento de potencialidades é a:

- (A) a justiça social
- (B) humanização
- (C) felicidade
- (D) ética

39. Na Política Nacional de Humanização (PNH), o princípio do trabalho em equipe estimula a:

- (A) transdisciplinaridade e a grupalidade
- (B) atuação em rede com alta conectividade
- (C) atuação em rede com baixa conectividade
- (D) utilização da informação e da comunicação

40. Na Política Nacional de Humanização (PNH), as diretrizes específicas estão organizadas por níveis de atenção. Considerando a Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros, uma diretriz, que se pode citar é comprometer-se com a:

- (A) referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários
- (B) contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários
- (C) referência e a contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade da rede
- (D) referência e a contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários