PROCESSO SELETIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE TALENTOS
COORDENADORIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

Modalidade Demais Estágios: **PSICOLOGIA**

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, a 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 04 (quatro) alternativas (A, B, C e D).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico. O descumprimento dessa instrução implicará a anulação da prova e a eliminação no certame**:**

"A disciplina é a parte mais importante do sucesso" – Truman Capote

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado 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 prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o CARTÃO-RESPOSTA, devidamente assinado e com a frase transcrita e retirar-se do recinto levando seu caderno de questões.
10. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
11. 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 de seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
12. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova**.
13. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES .
14. O gabarito da prova objetiva será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. Rio, no segundo dia útil após ao de realização da prova, estando disponível também, no site http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos

2016

PSICOLOGIA

01. Conforme estabelecido pela Lei n° 10.216/2001, dentre os direitos assegurados às pessoas portadoras de transtornos mentais, estão o de receber proteção contra:

(A) qualquer forma de preconceito e institucionalização, o de receber as informações necessárias sobre seu tratamento e a equipe de saúde, o de ser tratada preferencialmente em Centros de Atenção Psicossocial

(B) todas as formas de violência e exclusão, o de receber o maior número de informações sobre sua doença e sua prescrição medicamentosa, o de ser tratada exclusivamente em serviços especializados

(C) todas as formas de tortura e confinamento, o de receber as principais informações sobre sua doença e seu prognóstico, o de ser tratada exclusivamente em serviços de reabilitação

(D) qualquer forma de abuso e exploração, o de receber o maior número de informações sobre sua doença e seu tratamento, o de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários

02. A Lei n° 10.216/2001 prevê a construção de uma política específica de alta programada e de reabilitação psicossocial assistida para pacientes que:

(A) estejam em hospitalização prolongada ou em situação de acentuada dependência institucional

(B) estejam arredios ao processo de institucionalização ou em situação de vulnerabilidade psíquica

(C) tenham história de internação ou estejam em situação de abandono familiar

(D) tenham acima de três internações ou estejam em situação de rua

03. Segundo a Lei n° 10.216/2001, a internação psiquiátrica só poderá ser realizada por meio de laudo:

(A) médico que contenha o diagnóstico principal

(B) médico detalhado que evidencie seus motivos

(C) da equipe de saúde que apresente o esquema de tratamento

(D) da equipe de saúde que esclareça os sintomas apresentados

04. O desenvolvimento de atividades no território está entre as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Segundo a Portaria n° 3.088/2011, essas atividades visam contribuir à:

(A) inserção social, focando o desenvolvimento da autonomia e o exercício da cidadania

(B) inserção familiar, promovendo o reconhecimento da cidadania e a valorização subjetiva

(C) reintegração familiar, incentivando as práticas de autonomia e o reconhecimento de si

(D) reintegração social, estimulando a promoção da independência e a construção da autoestima

05. A Portaria n° 3.088/2011 define que um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial é garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção no território. Nessa direção, a qualificação do cuidado se dá mediante:

(A) recolhimento, auxílio contínuo e atenção aos acidentes de qualquer natureza

(B) apoio integral, tratamento médico regular e atendimento às emergências

(C) suporte programado, controle regular e resposta às situações de crise

(D) acolhimento, acompanhamento continuado e atenção às urgências

06. Conforme a Portaria n° 3.088/2011, um dos pontos da atenção psicossocial especializada são os Centros de Atenção Psicossocial, os quais objetivam promover o cuidado por meio de equipe:

(A) multiprofissional, Projeto Terapêutico Individual e desenvolvimento das atividades, prioritariamente, em espaços coletivos

(B) pluridisciplinar, Projeto Terapêutico Individual e realização de atividades, preferencialmente, comunitárias

(C) interdisciplinar, Projeto de Tratamento Biopsicossocial e desenvolvimento de atividades sociais

(D) transdisciplinar, Projeto de Tratamento Biopsicossocial e realização de atividades grupais

07. Na Portaria n° 3.088/2011, os Serviços Residenciais Terapêuticos são pontos de atenção do componente estratégias de desinstitucionalização no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Esses serviços se configuram como:

(A) moradias inseridas no território, voltadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência

(B) casas instaladas na comunidade, voltadas a receber pessoas egressas de internações em hospitais gerais

(C) casas inseridas no território, voltadas a receber pessoas egressas de instituições asilares

(D) moradias implantadas na comunidade, voltadas a receber pessoas egressas de abrigos

08. Ao falar da Psicologia da Saúde, Almeida e Malagris (2011) destacam que o interesse dessa área está voltado à:

(A) forma como o sujeito projeta sua condição de saúde ou de adoecimento, em relação aos seus ideais e às expectativas sociais

(B) maneira como o sujeito vivencia sua condição de saúde ou de adoecimento, em relação a si próprio, na vinculação com os outros e com o ambiente

(C) forma como o sujeito exprime seu estado de saúde ou a sua doença, em relação à sua imagem anterior, na interação com a família e com a comunidade

(D) maneira como o sujeito avalia seu estado de saúde ou a sua enfermidade, em relação aos seus medos, na relação com a equipe de saúde e com seu entorno familiar

09. Os serviços de saúde abrem uma nova esfera de atuação para os psicólogos. Segundo Almeida e Malagris (2011), a busca gradual pela atuação nesse campo surge da necessidade de:

(A) detalhar o processo saúde-doença numa perspectiva integral e atuar sobre os fatores de risco das comunidades

(B) explicar o processo de adoecimento numa perspectiva cultural e atuar sobre o território das pessoas e seus grupos

(C) mapear o processo de adoecimento numa perspectiva biopolítica e atuar sobre as condições sociais das pessoas e seu entorno

(D) compreender o processo saúde-doença numa perspectiva psicossocial e atuar sobre os contextos das pessoas ou das coletividades

10. De acordo com Almeida e Malagris (2011), a Psicologia Hospitalar vem sendo desenvolvida de forma pioneira no Brasil. Voltada para os processos doença-hospitalização-tratamento, ocupa-se também de uma intrincada relação estabelecida pela tríade:

(A) paciente, familiares e amigos

(B) paciente, amigos e comunidade

(C) paciente, família e equipe de saúde

(D) paciente, equipe de saúde e território

11. Simonetti (2004, apud Almeida e Malagris, 2011) aponta que as pessoas, frente à situação de adoecimento, manifestam:

(A) sensações, pensamentos e ações, lembranças e fantasias, anseios, fé, sonhos, ambiguidades e o processo de adoecer

(B) sentimentos, ideações e ações, lembranças e fantasias, anseios, fé, sonhos, ambiguidades e as particularidades da enfermidade

(C) sentimentos, pensamentos e comportamentos, recordações e fantasias, desejos, crenças, sonhos, conflitos e a maneira de adoecer

(D) sensações, ideações e comportamentos, recordações e fantasias, desejos, crenças religiosas, sonhos, conflitos e as peculiaridades da doença

12. Ao analisarem a finalidade da Psicologia Hospitalar, Almeida e Malagris (2011) indicam que a elaboração simbólica do adoecimento compreende:

(A) auxiliar o paciente a transpor a experiência do adoecimento através de sua subjetividade

(B) auxiliar o paciente a reduzir a ansiedade do adoecimento através de sua dinâmica psíquica

(C) apoiar o paciente para aceitar a vivência do adoecimento através de seus recursos afetivos

(D) apoiar o paciente para redimensionar o significado do adoecimento através de sua expressão corporal

13. Almeida e Malagris (2011) destacam que na internação o paciente experimenta o rompimento da sua rotina, o sentimento de perda de identidade e de sua autonomia. Tal processo é denominado de:

(A) fragmentação psíquica

(B) disjunção subjetiva

(C) despersonalização

(D) dissociação

14. Analisando a lógica da guerra às drogas, Passos e Souza (2011) apontam que a estratégia bélica e econômica não abarca como questão a ser enfrentada:

(A) a produção em massa da lógica de mercado que move o tráfico de drogas

(B) a produção social da lógica mercantilista que movimenta o comércio exterior

(C) a produção coletiva da lógica neoliberal que movimenta a venda de produtos ilícitos

(D) a produção subjetiva da lógica do consumo que move o mercado internacional de drogas

15. Passos e Souza (2011) destacam que o processo brasileiro de construção de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas teve que lidar com o conflito entre:

(A) práticas opressoras e práticas beneficentes

(B) práticas totalitárias e práticas democráticas

(C) práticas tradicionais e práticas tolerantes

(D) práticas coercitivas e práticas liberais

16. Ao falarem sobre a lógica da política antidrogas, Passos e Souza (2011) destacam que, nessa política, a abstinência se transforma em uma base articuladora entre:

(A) saúde mental, direitos humanos e dogmas religiosos

(B) psiquiatria, princípios jurídicos e crenças filosóficas

(C) saúde mental, direitos universais e filosofia

(D) psiquiatria, justiça e poder religioso

17. A patologização e a criminalização do usuário de drogas podem ser compreendidas, segundo Passos e Souza (2011), a partir do processo histórico de vinculação entre:

(A) a psiquiatria e o direito penal

(B) a saúde mental e o direito civil

(C) a saúde mental e o direito público

(D) a psiquiatria e o direito constitucional

18. Passos e Souza (2011) destacam que dentre as contribuições das associações de redutores de danos estão:

(A) a construção de um coletivo de articulação institucional e de ajuda mútua entre diversos atores e grupos excluídos, a revitalização de políticas de redução de danos

(B) a construção de uma rede de articulação política e de cooperação entre diversos atores sociais e grupos minoritários, a produção de políticas de redução de danos

(C) a construção de um coletivo de articulação ideológica e de colaboração entre diversos atores institucionais e grupos isolados, o redimensionamento das políticas de redução de danos

(D) a construção de uma rede de articulação solidária e de colaboração entre diversos atores comunitários e grupos marginalizados, a reestruturação das políticas de redução de danos

19. Passos e Souza (2011) salientam que a Redução de Danos tem como proposta produzir:

(A) saúde a partir da pactuação dos objetivos do tratamento com os próprios usuários

(B) pontos de resistência a partir do cumprimento das etapas de tratamento pelos usuários

(C) processos de cura a partir das estratégias apresentadas longitudinalmente aos usuários

(D) novos estilos de vida a partir da proposição de metas a serem alcançadas pelos usuários

20. Ao discutirem a proposta da Redução de Danos, Passos e Souza (2011) destacam que o processo de corresponsabilização consiste na:

(A) forma como os usuários reorganizam as regras terapêuticas apresentadas na construção conjunta de seu programa de tratamento
(B) maneira como os usuários avaliam as regras pactuadas coletivamente por meio do convívio com familiares e equipe técnica
(C) maneira como os usuários apreendem as regras de conduta construídas a partir do vínculo com os redutores de danos
(D) forma como os usuários transformam as regras sociais estabelecidas em interação com a equipe de saúde

21. Saúde Mental Global é um campo de estudos e de práticas que objetivam reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados:

(A) às crianças e idosos
(B) aos usuários de drogas ilícitas
(C) à saúde mental em escala global
(D) às populações em situação de vulnerabilidade

22. Uma parcela importante de pacientes com transtornos mentais não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida ou diagnosticada com esses problemas. Estudos de Rebello et al (apud Wenceslau e Ortega, 2015) apontam três estratégias que têm o potencial de mudar esse cenário, reduzindo tais índices. Essas estratégias são:

(A) o aumento da oferta de medicamentos psiquiátricos na rede pública; a contratação de serviços privados de saúde para atender populações vulneráveis e a inclusão da psicanálise nos currículos dos médicos de família
(B) a integração dos serviços de atenção primária com os serviços de atenção secundária; a contratação de mais profissionais médicos para a rede pública de saúde e a ampliação da oferta de psicoterapia na rede pública
(C) a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde; o compartilhamento e delegação de tarefas e a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental
(D) a inclusão de terapias comportamentais na oferta dos serviços de saúde mental; a capacitação de profissionais de educação para detecção de transtornos mentais e a integração dos serviços de saúde com os serviços de educação

23. Pode-se destacar sete razões principais para a integração da saúde mental à atenção primária, dentre elas:

(A) o aumento crescente dos casos de hipertensão em usuários com transtornos mentais; o baixo custo dos tratamentos na atenção secundária e a elevação da produtividade dos profissionais de saúde
(B) a necessidade de produção de pesquisas na atenção primária; o aumento dos casos de demência nas populações mais pobres e as exigências dos governantes
(C) as novas leis da Organização Mundial de Saúde; as exigências dos conselhos profissionais e a baixa resolutividade dos serviços de saúde mental
(D) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; a conexão entre problemas de saúde física e mental e o aumento do acesso

24. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o:

(A) Sistema Único de Saúde
(B) Programa de Assistência Social
(C) Consórcio Integrado de Assistência
(D) Projeto de integração da saúde entre federados

25. Segundo Rinaldi e Bursztyn (2008), o discurso médico aborda a doença de forma:

(A) subjetiva e focada na subjetividade do sujeito
(B) objetiva e dissociada da existência do sujeito
(C) multidisciplinar e subjetiva
(D) interdisciplinar e subjetiva

26. Segundo Rinaldi e Bursztyn (2008), o discurso médico se aproxima do que Lacan designou como discurso do mestre, uma vez que o saber está no médico que toma o outro a quem se dirige como um:

(A) sujeito
(B) objeto
(C) usuário
(D) analisando

27. Na perspectiva da psicanálise, o vínculo é lido a partir do conceito de:

(A) libido
(B) pulsão
(C) transferência
(D) inconsciente

28. Para Lacan, o discurso do analista, além de ter a função de sustentar um laço social, tem também a função de:

(A) produzir recalcamento
(B) desbloquear o inconsciente
(C) alterar a posição dos usuários
(D) promover a circulação dos discursos

29. O dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de:

(A) políticas de saúde mental
(B) projetos terapêuticos singulares
(C) projetos sociais que visem à melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, desde que inscritos no INSS
(D) políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos

30. Segundo Freud (1924),uma das características que diferencia uma neurose de uma psicose é o fato de que em uma neurose:

(A) o id, a serviço do superego, suprime um fragmento da realidade, enquanto na psicose o id, a serviço do superego, fica fixado à realidade
(B) o ego, em sua dependência da realidade, suprime um fragmento do id, enquanto na psicose o ego a serviço do id, se afasta de um fragmento da realidade
(C) o ego domina o sujeito, enquanto na psicose o superego domina a subjetividade
(D) o sujeito é dominado pelo id, enquanto na psicose ele é dominado pelo ego

31. Segundo Freud (1924), a distinção nítida entre neurose e psicose é enfraquecida pelo fato de que:

(A) tanto na neurose quanto na psicose não faltam tentativas de substituir uma realidade desagradável por outra que esteja mais de acordo com os desejos do indivíduo

(B) tanto a neurose quanto a psicose são causadas por traumas infantis ocorridos na primeira infância e relacionados à mãe

(C) em ambos os casos o sujeito alucina

(D) em ambos os casos o sujeito delira

32. A reforma psiquiátrica, ao colocar em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico sobre o tratamento das neuroses e psicoses graves na assistência pública:

(A) propôs o fim das práticas psiquiátricas nos serviços públicos

(B) proibiu os psiquiatras organicistas de atuarem na rede pública

(C) abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, por meio da conjugação de diferentes saberes e práticas

(D) abriu espaço para novas formas de abordagens comportamentais, valorizando principalmente as abordagens comportamentais americanas

33. A atenção primária à saúde é definida como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados necessários para os problemas de saúde mais prevalentes, incluindo medidas:

(A) normativas e preventivas

(B) psicanalíticas e sistêmicas

(C) preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção de saúde

(D) terapêuticas, assistenciais, comportamentais e de controle dos corpos e mentes

34. Segundo a Lei n° 8080/1990, as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo a alguns princípios, dentre eles:

(A) participação da comunidade; direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral

(B) centralização política e administrativa; integração das ações de saneamento básico; privilégio para pessoas com necessidades especiais

(C) centralização administrativa; igualdade de acesso; tolerância religiosa

(D) redução de danos; equifinalidade e participação dos familiares

35. Segundo a Lei n° 8080/1990, está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância:

(A) pública e funcional

(B) sanitária e epidemiológica

(C) farmacêutica e de saúde mental

(D) de segurança patrimonial e de insumos

36. A clínica que hoje se desenvolve no campo da saúde mental não se confunde mais com a clínica psiquiátrica *strictu sensu*, pois inclui:

(A) a doença e as inteligências múltiplas

(B) elementos da reforma proposta por Piaget e por Newton

(C) os procedimentos da atenção psicossocial e incorpora a dimensão do sujeito

(D) os procedimentos médicos e incorpora as tecnologias importadas da psiquiatria democrática

37. Segundo Rinaldi e Bursztyn (2008), no trabalho realizado nos CAPS, o dispositivo do "técnico de referência" tem assumido um papel clínico fundamental ao diluir a referência única dirigida ao:

(A) psicólogo

(B) saber médico

(C) saber popular

(D) assistente social

38. As equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, são elemento estratégico para enfrentar importantes problemas de saúde pública, como:

(A) crises esquizofrênicas e problemas decorrentes de uso compulsivo de jogos eletrônicos de guerra

(B) agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico

(C) demandas excessivas de psicoterapia de orientação psicanalítica e dificuldades de aprendizagem

(D) doenças relacionadas ao trabalho e problemas econômicos relacionados ao desemprego dos chefes de família

39. O apoio matricial é um arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e principal estratégia de qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) para atender demandas de saúde mental. A equipe técnica responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes da ESF mediante:

(A) encaminhamentos de pacientes; psicoterapias focais; avaliação para demandas de bolsa família

(B) cadastramento de usuários do bolsa família; encaminhamentos para CAPS; psicoterapia compartilhada

(C) discussões de casos; intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades; atendimentos compartilhados

(D) análise de dados dos usuários do bolsa escola; intervenções de alta complexidade; atenção terciária especializada

40. A atual Política Nacional de Atenção Básica reforça o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente da atenção básica, com o objetivo de:

(A) diminuir o número de encaminhamentos para serviços da assistência social

(B) aumentar o número de encaminhamentos dos pacientes com transtornos mentais para os CAPS

(C) ampliar o número de serviços capazes de realizar internação dos pacientes portadores de transtornos mentais

(D) ampliar a abrangência e o escopo das ações desse nível da atenção, bem como sua resolutividade