

CONHECIMENTOS GERAIS

01. De acordo com a Constituição Federal: Título VIII – Cap II, Seção II – Saúde, compete ao sistema único de saúde – SUS, além de outras atribuições,

- (A) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
- (B) isentar da contribuição para seguridade social as entidades filantrópicas que prestam assistência à saúde.
- (C) indicar as empresas privadas, de capital estrangeiro, que podem prestar assistência de saúde no país.
- (D) estabelecer as categorias profissionais e o número de servidores que desenvolvem as ações de atenção à saúde, em nível estadual e municipal.
- (E) regulamentar a obtenção, remoção, transporte e comercialização de tecidos, substâncias e órgãos humanos para transplantes.

Para responder à questão de número **02**, considere os itens abaixo:

- I. Conferência Municipal de Saúde
- II. Câmara Municipal
- III. Conselho Municipal de Saúde

02. A participação da comunidade na gestão do SUS está assegurada por meio de representantes dos usuários no(s) item(ns)

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

03. Ações voltadas para a promoção da saúde e incremento da qualidade de vida, valorização do papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade e, não apenas dirigidas à cura e prevenção de doenças, descreve a estratégia de atenção à saúde adotada no

- (A) Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.
- (B) Modelo Sanitarista.
- (C) Sistema Único de Saúde – SUS.
- (D) Programa Saúde da Família – PSF.
- (E) Modelo Médico-Assistencial Privatista.

04. O princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde supõe a

- (A) responsabilização dos municípios pela atenção primária, dos estados pela atenção secundária e da esfera federal pelas instituições de ensino superior e de assistência terciária à saúde.
- (B) distribuição espacial dos equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, descentralizando os serviços mais simples e concentrando os mais complexos.
- (C) organização racional da oferta de serviços redirecionando usuários de maior poder aquisitivo para convênios de saúde e descentralizando os serviços mais simples, facilitando o acesso dos usuários de baixa renda.
- (D) distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde em função das características geográficas, demográficas e socioeconômicas de cada município.
- (E) responsabilização dos municípios pela implantação de programas de saúde e campanhas no que diz respeito à saúde da criança, da mulher e do adulto, enquanto o estado se ocupa da atenção secundária e terciária.

Considere a seguinte afirmação:

“A eclosão de doenças depende da estruturação de seus fatores condicionantes: sociais, ambientais, genéticos, biológicos, físicos e químicos”.

05. A interação dos fatores descrita no texto acima define

- (A) o período de patogênese.
- (B) o sinergismo.
- (C) a multifatorialidade.
- (D) o período de pré-patogênese.
- (E) a interdependência.

06. São exemplos de medidas de prevenção primária:

- (A) exames médicos periódicos, tratamento precoce e fisioterapia.
- (B) imunização, aconselhamento genético e alimentação adequada.
- (C) tratamento precoce, terapia ocupacional e higiene pessoal.
- (D) moradia adequada, exames médicos periódicos e reabilitação.
- (E) aconselhamento genético, diagnóstico precoce e fisioterapia.

Para responder à questão de número **07**, observe atentamente as tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade infantil – CMI*, no município de São Paulo, 1991 a 2000.

Ano	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
CMI	26,0	25,2	25,7	23,4	23,5	21,6	19,8	17,9	16,3	15,8

Fonte: SEADE

* CMI por mil nascidos vivos

Tabela 2 – Coeficiente de mortalidade infantil – CMI*, por distritos de residência da mãe. Município de São Paulo, 2000.

Distrito Administrativo	CMI*
Marsilac	31,1
Barra Funda	23,7
Grajaú	17,2
Itaquera	15,2
Ipiranga	9,9
Jardim Paulista	9,1
Itaim Bibi	6,5
Campo Belo	5,6

Fonte: SEADE

* CMI por mil nascidos vivos

07. Após análise dos dados apresentados, é possível afirmar que na cidade de São Paulo o Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI

- (A) manteve-se estável na última década, exceto nos distritos Marsilac e Barra Funda.
- (B) apresentou elevação acentuada no ano de 2000, devido à elevação nas taxas de desemprego.
- (C) não é um bom indicador de saúde, pois é fortemente influenciado pelas condições socioeconômicas da população.
- (D) vem apresentando tendência de elevação na última década, devida, principalmente, ao aumento populacional nos bairros mais pobres.
- (E) vem apresentando tendência de queda, porém ainda existem padrões bastante diversos entre diferentes regiões da cidade.

Considere os itens a seguir:

- I. Hospitais Dia em Saúde Mental
- II. Centros de Convivência
- III. Enfermarias psiquiátricas de longa permanência, em manicômios

08. No Município de São Paulo, o modelo de atenção à saúde mental tem características multiprofissionais e é desenvolvido através de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de serviços constituída, entre outros, pela(s) instituição(ões) apresentada(s) no(s) item(ns)

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

09. Segundo o código de ética, ao psicólogo é lícito participar de movimentos grevistas se

- (A) sua consciência assim o determinar.
- (B) a paralisação for previamente informada às pessoas em atendimento.
- (C) houver adesão da maioria dos interessados.
- (D) o movimento for considerado legítimo pela opinião pública.
- (E) sua adesão não lhe trazer prejuízos pessoais.

10. De acordo com o código de ética, o psicólogo que for solicitado a realizar uma perícia em um paciente que está atendendo

- (A) poderá realizá-la, pois possui profundo conhecimento do caso.
- (B) poderá realizá-la ou não, segundo seu próprio critério.
- (C) poderá realizá-la apenas se o paciente consentir.
- (D) não poderá realizá-la, conforme explicitamente determinado.
- (E) poderá realizá-la, desde que interrompa o atendimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Considere as situações I, II, III, IV, V e VI para responder as questões a seguir.

Situação I (referente às questões **11** e **12**)

A equipe de atendimento em Saúde Mental de uma instituição pública marca uma reunião com a finalidade de avaliar seu trabalho em um hospital. Na reunião, estão presentes os médicos Dr. José e Dra. Luíza, os psicólogos Ana e Marcelo e a chefe de enfermagem Elisabeth.

11. Considerando-se que essas pessoas se comunicam, basicamente, por meio de protocolos escritos e que têm pouco contato pessoal, é possível dizer que, no momento em que a reunião se inicia, do ponto de vista de Bleger,

- (A) essas pessoas ainda não constituem um grupo, mas poderão vir a constituir-lo através de um trabalho conjunto que envolva um nível maior de interação.
- (B) trata-se de um grupo formalmente constituído, mas sem identidade própria, já que ainda não existe interação de individualidades.
- (C) as pessoas não têm identidades enquanto indivíduos e sim, uma identidade que reside na personalidade sincrética grupal.
- (D) as identidades das pessoas enquanto tais já estão estabelecidas em função da hierarquia e dos papéis que cada indivíduo desempenha na instituição.
- (E) as identidades das pessoas e de grupo estão constituídas, já que o grupo de fato existe, está presente e disposto a interagir.

12. Do ponto de vista de Deleuze e Guattari, na medida em que este grupo se propõe a avaliar seu desempenho, pode-se supor que
- (A) a disposição para mudar assegura que os integrantes do grupo tragam conhecimentos novos que permitirão mudanças na subjetividade da instituição.
 - (B) o próprio conhecimento está determinado por uma subjetividade que segrega o doente, portanto o grupo tenderá a manter a mesma visão da instituição e da sociedade.
 - (C) a presença de psicólogos, principalmente dos que se utilizam de referencial psicanalítico, poderá trazer mudanças significativas para a visão da instituição em relação ao doente mental.
 - (D) o caráter interdisciplinar da equipe favorecerá uma abordagem multiperspectivista que poderá pôr em xeque as estruturas cristalizadas da instituição.
 - (E) o grupo terá maior produtividade se um representante da administração for convidado a participar dos trabalhos de avaliação.

Situação II (referente às questões 13 e 14)

A Dra. Luíza inicia a reunião dizendo:

– Estamos aqui para avaliar o atendimento que oferecemos a nossa clientela. Sugiro que cada um expresse sua opinião, suas sugestões, suas críticas. O que vocês acham? Todos consentem.
– Quem gostaria de começar? – pergunta a médica.
– Bem, responde a chefe de enfermagem, não tenho muito a dizer, só faço o que mandam.

13. Do ponto de vista de Pichon-Rivière, a médica assume o papel de
- (A) líder.
 - (B) porta-voz.
 - (C) superego.
 - (D) co-pensador.
 - (E) intérprete.
-
14. Este papel da médica nas próximas reuniões do grupo deverá
- (A) se manter, já que foi a primeira a colocar em ação o projeto do grupo.
 - (B) se manter ou não, dependendo da situação e da tarefa do grupo.
 - (C) não se repetir, pois será desempenhado por cada um dos elementos do grupo alternadamente.
 - (D) se transformar dinamicamente, sem perder, porém, sua natureza inicial.
 - (E) alternar-se com o papel que representa sua contrapartida.

Situação III (referente às questões 15 a 19)

Marcelo, o psicólogo, intervém dizendo:

– Todos temos dificuldades, por isso estamos reunidos aqui.

Elisabeth, a enfermeira, responde:

– Desculpe, estou com um problema com um paciente, o Manuel. Tudo é difícil com ele, está em outro mundo. Levá-lo para o pátio, dar a medicação, dar banho, hoje ele estava particularmente “do contra”, não havia como convencê-lo a fazer o que era preciso, cismou que o pátio iria engoli-lo.

15. Do ponto de vista de Jaspers, esse paciente apresenta uma idéia delirante se
- (A) houver a possibilidade de demover tal conteúdo de seu pensamento.
 - (B) for possível detectar um motivo desencadeador do delírio.
 - (C) mostrar alguma hesitação quanto à possibilidade de o pátio não o engolir.
 - (D) o medo de ser engolido puder ser associado a alguma vivência específica do paciente.
 - (E) o delírio se mostrar refratário à lógica e à argumentação.
-
16. Do ponto de vista de Deleuze e Guattari, a condição psicótica do paciente reflete
- (A) um comprometimento do contato com a realidade, o que justifica sua condição de doente.
 - (B) uma perturbação provocada pela produção desejante, ao contrário do que ocorre com a neurose.
 - (C) a dissolução do ego normal pela máquina desejante, o que caracteriza tal condição como verdadeira doença.
 - (D) uma manifestação da produção desejante no limite da produção social permitida pelo capitalismo.
 - (E) a produção atual em conflito com a moralidade imposta pela família após a instauração do Édipo.

-
17. Do ponto de vista de Deleuze e Guattari, esse paciente, enquanto psicótico,
- (A) rompe com a realidade e “viaja” para “outro lugar” de natureza distinta e regras próprias.
 - (B) encontra-se mais próximo da verdade por permitir que a máquina desejante produza a si própria.
 - (C) diferencia-se dos neuróticos na medida em que abre mão de qualquer territorialidade.
 - (D) fracassou na passagem de uma organização pré-edipiana para uma pós-edipiana.
 - (E) abriu mão da liberdade em seu sentido mais puro.

18. Manuel está internado e rotulado como louco, isolado da sociedade. Essa situação, de acordo com Foucault, é um exemplo

- (A) do exercício, pela classe dominante, de um conjunto de estratégias materializadas em práticas, técnicas e disciplinas diversas e dispersas.
- (B) do poder conquistado por uma classe dominante, enquanto privilégio adquirido e conservado como propriedade.
- (C) da centralização do poder no estado e na esfera pública, aos quais as demais instituições sociais estão subordinadas.
- (D) da coerção exercida pelo poder com base em um consenso que justifica o isolamento daqueles que se desviam dos padrões estabelecidos.
- (E) do poder enquanto instância negativa, cuja força se encontra basicamente em medidas repressivas e coercitivas.

19. Do ponto de vista de Pichon-Rivière, a análise do delírio do paciente

- (A) é inútil, como também acredita Jaspers, pois o delírio carece de sentido.
- (B) mostra a ruptura do paciente com o grupo familiar.
- (C) caracteriza um vínculo simbiótico com o objeto interno.
- (D) pode esclarecer o sentido da doença dentro da dinâmica familiar.
- (E) pode esclarecer a instauração do processo exclusivamente em termos intrapsíquicos.

Situação IV (referente às questões 20 e 21)

Diz Marcelo, o psicólogo:

– De alguma forma concordo com Elisabeth. Também sinto que faço apenas o que mandam. Tenho acompanhado Manuel e não vejo progressos, gostaria de discutir outras possibilidades de atendimento.

Ana, a outra psicóloga, intervém:

– O objetivo da reunião não é este. Temos nossas reuniões de casos clínicos para discussões como esta. De qualquer forma, Manuel é incapaz de se comunicar. Devemos concentrar nossa atenção no tipo de atendimento que estamos oferecendo – emergências, triagem, internação, ambulatório... como agilizá-lo e torná-lo mais eficiente.

Sentimentos contraditórios de mal-estar e alívio pairam no ambiente.

20. Considerando-se que Marcelo e Elisabeth nesse dia manifestaram descontentamento frente às condições de trabalho, a intervenção de Ana sugere, do ponto de vista de Bleger,

- (A) uma abordagem amadurecida que investe em mudanças pertinentes para a maior eficiência do grupo.
- (B) um corte de interações individuais que reforça a *organização* do grupo e favorece o *processo* grupal.
- (C) um reforço da clivagem entre a personalidade grupal proporcionada pelo trabalho comum e a personalidade grupal sincrética.
- (D) a simbiose de Ana com a identidade do grupo de trabalho, cuja estabilidade permite que se sinta mais completa.
- (E) a flexibilidade de Ana que lhe permite assumir com eficiência tanto o papel de psicóloga clínica quanto institucional.

21. Do ponto de vista de Pichon-Rivière, a atitude da psicóloga Ana em relação a Manuel evidencia

- (A) a dificuldade da psicóloga em aceitar suas próprias ansiedades psicóticas.
- (B) uma apreciação correta da realidade existencial de pacientes esquizofrênicos.
- (C) a mobilização da desconfiança do depositante na psicóloga.
- (D) um enfoque correto em relação apenas a pacientes catatônicos.
- (E) a impossibilidade de estabelecimento de vínculos com pacientes psicóticos.

Situação V (referente às questões 22 e 23)

A reunião prossegue, a Dra. Luíza enuncia os procedimentos habituais e solicita sugestões. Elisabeth mantém-se alheia, Dr. José faz algumas correções, Marcelo não consegue se concentrar, embora tente. Às 22:00 horas, sentindo-se exausto, Marcelo diz:

– Já é tarde, poderíamos terminar por aqui.

Dra. Luíza concorda e acrescenta:

– Creio que podemos terminar e acho que atingimos alguns resultados. Podemos marcar uma nova reunião na semana que vem, para continuarmos nossa avaliação. Boa noite.

22. Do ponto de vista da Psicossomática, o súbito cansaço e a dificuldade de manter a atenção por parte de Marcelo, permitem afirmar, com certeza, que

- (A) Marcelo é mais suscetível ao estresse do que os demais membros do grupo.
- (B) Marcelo possui baixa resistência à frustração, o que o leva a investir pouca energia nas atividades do grupo.
- (C) Marcelo não se enquadra na ideologia da instituição, o que gera nele um estresse crônico.
- (D) a intervenção de Ana (situação IV) mobilizou fantasias persecutórias em Marcelo, causando estresse.
- (E) o organismo de Marcelo desencadeou uma série de reações num esforço para se adaptar à situação.

23. As contribuições do Dr. José foram apenas marginais na reunião. Prestes a se aposentar, pouco comparece à instituição e sente que os funcionários mal se dão conta de sua presença. Depois de tantos anos de dedicação ao trabalho, abrindo mão da vida pessoal e familiar, Dr. José sente-se um estranho na instituição à qual dedicou sua vida e se questiona quanto ao valor de tanta dedicação. Chegou a pensar em nem ir à reunião, mas seu senso de dever levou-o a comparecer. Sua participação, no entanto, poderia ser classificada como apenas burocrática. Ao voltar para casa, um sentimento de tristeza o leva a tomar duas doses de uísque, algo que vem se tornando uma rotina nos últimos meses. Esses fatores permitem afirmar que Dr. José

- (A) reage de modo patológico a um momento pelo qual a maioria dos profissionais passa.
- (B) investe esforços para evitar a alienação.
- (C) apresenta um ajuste passivo aos estressores psicossociais.
- (D) apresenta dificuldades que se devem exclusivamente a suas próprias escolhas.
- (E) possui uma estrutura psicológica que o predispõe ao alcoolismo.

Situação VI (referente às questões 24 a 26)

Após algumas reuniões, observa-se que nenhuma melhoria ou mudança de fato ocorreu no atendimento. Pelo contrário, os funcionários faltam com frequência, muitas vezes por motivo de doença; Dr. José aposentou-se definitivamente; conflitos constantes ocorrem entre auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos. Todo o pessoal parece deprimido na segunda-feira e mais aliviado, na sexta-feira. Marcelo, em particular, sugere à Dra. Luíza que se contrate um psicólogo institucional. A médica sugere que ele mesmo dedique parte de sua jornada de trabalho para esse fim.

24. Sob a perspectiva de Marlene Guirado,

- (A) Marcelo poderia fazer o diagnóstico institucional, já que está familiarizado com o funcionamento da instituição.
- (B) o conhecimento teórico de Marcelo seria suficiente para qualificá-lo para fazer o diagnóstico institucional, já que existe uma literatura teórica suficiente para fundamentar a prática nessa área.
- (C) o método clínico não é aplicável ao diagnóstico institucional, portanto a formação de Marcelo o desqualificaria para a realização do diagnóstico institucional.
- (D) cabe ao psicólogo institucional empreender mudanças em toda a estrutura institucional, o que seria facilitado pelo fato de Marcelo pertencer ao quadro de funcionários.
- (E) o psicólogo institucional, pela própria natureza de seu trabalho, não deve ter vínculos empregatícios com a instituição, o que desqualifica Marcelo para a realização do diagnóstico institucional.

25. Sob a perspectiva de Bleger, os conflitos observados nos escalões inferiores, neste caso, são:

- (A) frutos da insegurança provocada pela emergência da personalidade sincrética da instituição como um todo.
- (B) manifestações dos conflitos vividos nos escalões superiores.
- (C) indícios de ocorrência de mudanças significativas no funcionamento da instituição.
- (D) reações naturais em contextos de interação pessoal e profissional.
- (E) evidências de que a resistência à mudança se origina nos escalões inferiores.

26. Sob o ponto de vista da Psicossomática, esse aumento da incidência de casos de gripe, doenças bacterianas e virais entre funcionários dessa instituição seriam evidências de

- (A) imunossupressão estressógena.
- (B) fenômenos de auto-agressão imunitária.
- (C) uso de mecanismos histéricos.
- (D) imunodepressão associada a bloqueio afetivo.
- (E) condições higiênicas precárias, exclusivamente.

As questões de números 27 a 29 descrevem comportamentos de crianças de diferentes idades. Assinale, entre as alternativas que se seguem a cada descrição, a que melhor reflete o comportamento de cada criança, sob a perspectiva de Piaget.

27. Um bebê de três meses chupa repetidamente seu próprio polegar.

- (A) Comportamento intencional derivado de imitação retardada.
- (B) Ato repetitivo destinado a reafirmar a permanência do objeto.
- (C) Reação circular primária centralizada no próprio corpo da criança.
- (D) Exploração mental da relação entre fins e meios.
- (E) Representação simbólica do seio da mãe ausente.

28. A mãe despeja a mesma quantidade de suco em dois copos de formatos diferentes. A criança de quatro anos escolhe o que é mais estreito e fino, no qual o líquido atinge um nível mais alto, por acreditar que contém mais suco.

- (A) Presença de conceito muito rudimentar de classe.
- (B) Ausência do conceito de deslocamento.
- (C) Liberação do pensamento em relação ao campo perceptivo.
- (D) Generalização do objeto a contextos diferentes.
- (E) Incapacidade de perceber o fenômeno de conservação.

29. O irmão de 9 anos da criança da questão anterior ri da atitude da irmãzinha e pega o copo onde o nível de suco está mais baixo porque sabe que as quantidades são iguais, apesar da diferença dos níveis.

- (A) Estágio pré-operatório inicial.
- (B) Estágio sensorio-concreto.
- (C) Estágio intuitivo secundário.
- (D) Estágio operatório concreto.
- (E) Estágio intuitivo primário.

30. Para Piaget,

- (A) pensamento e linguagem instauram-se juntos, mas são independentes.
- (B) a linguagem é anterior ao pensamento e condição necessária deste.
- (C) o pensamento é anterior à linguagem e tem suas raízes em mecanismos senso-motores.
- (D) a linguagem é posterior ao pensamento e se apóia nas operações lógicas.
- (E) pensamento e linguagem são interdependentes e determinantes da inteligência.

31. Uma criança nasce em um ambiente de privação, onde suas necessidades básicas são precariamente atendidas. Do ponto de vista de Winnicott,

- (A) a tendência inata ao desenvolvimento permitirá que a criança suporte as privações iniciais.
- (B) a privação inicial não terá conseqüências a curto prazo, dado o estado de indiferenciação da criança.
- (C) as conseqüências da privação inicial poderão ser compensadas por uma plena gratificação de suas necessidades no futuro.
- (D) a ausência de condições satisfatórias impedirá o desenvolvimento adequado da criança.
- (E) as privações iniciais não terão conseqüências significativas se não se estenderem para além do primeiro ano de vida.

32. Do ponto de vista de Winnicott, o desenvolvimento da criança durante o primeiro ano de vida depende de

- (A) uma identificação do bebê com a mãe, o que permite que a criança se perceba como indivíduo.
- (B) uma identificação da mãe com o estado de não-diferenciação do bebê, que permita dar-lhe apoio no momento necessário.
- (C) uma simbiose da mãe com o bebê que permita a satisfação de todas as demandas da criança durante o primeiro ano de vida.
- (D) uma desorganização temporária da mãe após o parto, que a leva a buscar apoio no bebê.
- (E) uma relação de apoio mútuo, onde mãe e bebê são capazes de antecipar as necessidades um do outro.

33. Muitas vezes, após o parto, a mãe expressa a médicos e enfermeiras suas ansiedades e insegurança quanto a como cuidar do bebê. Segundo Winnicott, quando isso ocorre, esses profissionais devem

- (A) basear-se em sua experiência profissional e instruir a mãe quanto a como cuidar do bebê.
- (B) basear-se em suas experiências pessoais e aconselhar a mãe quanto a como proceder.
- (C) mostrar à mãe que provavelmente existem conflitos internos e encaminhá-la para terapia.
- (D) sugerir livros especializados que ensinam às mães como cuidar de seus filhos.
- (E) aceitar temporariamente as ansiedades que a mãe deposita neles e devolvê-las a ela.

34. Uma criança de quatro anos tem tido pesadelos com bruxas. Ao servir uma torrada com geléia para ela, a mãe nota que a criança olha desconfiada para o prato e diz que não quer comer aquilo. A mãe percebe que a criança acha que a torrada está envenenada. Segundo Winnicott, a melhor atitude que a mãe deveria adotar, nesse caso, seria

- (A) procurar contornar o problema, conversando e interagindo com a criança e esperar que ela resolva comer a torrada por si própria.
- (B) mostrar para a criança que foi ela, a mãe, quem preparou a torrada, e que, portanto, não há o que temer.
- (C) deixar de servir torrada com geléia enquanto a criança tiver esse tipo de pesadelos.
- (D) comer ela própria a torrada, para mostrar que não há problema algum.
- (E) usar de artifícios, como brincar de aviãozinho, para fazer com que a criança coma a torrada e assim supere seus receios.

35. Do ponto de vista de Winnicott, o sentimento de culpa

- (A) não se desenvolve em indivíduos de amoralidade inata.
- (B) ocorre diante da possibilidade de reparação das fantasias de ataque e destruição.
- (C) é uma condição patológica associada à perda do eu, que inibe o desenvolvimento emocional.
- (D) é fruto de um ambiente instável que inibe a expressão dos impulsos destrutivos.
- (E) é fundamental para a constituição do envolvimento e da responsabilidade.

36. Segundo Gilliéron, nas terapias breves o terapeuta deve

- (A) dirigir ativamente o material associativo do paciente para agilizar o processo, dado o número reduzido de sessões.
- (B) desestimular sistematicamente as associações do paciente, procurando ater-se aos dados mais objetivos do problema.
- (C) procurar nas associações do paciente evidências que confirmem ou descartem as hipóteses iniciais levantadas.
- (D) esperar que as associações livres partam do paciente, sem que isso tenha sido colocado como regra do processo.
- (E) manter o foco da atenção nas associações do paciente ao mesmo tempo em que reflete sobre a evolução das sessões.

37. Gilliéron constata que as terapias breves

- (A) podem levar a mudanças duradouras acompanhadas por modificações estruturais do paciente.
- (B) limitam-se a aliviar situações de crise, sem pretender alcançar modificações mais profundas.
- (C) devem se ater à resolução de minicrises relacionais discretas, sem se voltar aos aspectos estruturais.
- (D) eventualmente permitem mudanças mais profundas, desde que se empregue a mesma tópica das psicanálises de duração mais longa.
- (E) têm resultados mais duradouros quando o terapeuta adota uma atitude mais ativa.

38. Para o mesmo autor, é considerado fator essencial para o bom resultado de uma terapia breve:

- (A) o caráter pouco profundo do distúrbio.
- (B) a capacidade de focalizar o tratamento por parte do paciente.
- (C) a possibilidade de separar os movimentos transferenciais dos imagos parentais.
- (D) a habilidade do terapeuta em evitar que o paciente experimente frustrações durante o processo.
- (E) a ausência de movimentos transferenciais e contratransferenciais durante o processo.

39. O enquadre, na acepção de Gilliéron,

- (A) permite a configuração do espaço psicoterapêutico como lugar privilegiado que não leva em conta as regras do campo sociocultural.
- (B) configura o lugar terapêutico como um lugar cujas regras se restringem exclusivamente ao espaço físico e à duração das sessões.
- (C) estabelece um locus atemporal e totalmente desvinculado do campo sociocultural.
- (D) cria um campo de desordem cultural, com a suspensão de certos tabus e a instituição de outros.
- (E) estabelece um campo que, embora à parte do campo social, mantém as mesmas regras.

40. Segundo o mesmo autor, as terapias breves são contraindicadas nos casos de

- (A) indivíduos que fazem uso de mecanismos de adaptação obsessivos.
- (B) dificuldades relacionais de ordem familiar de longa duração.
- (C) psicoses que impedem a sensibilidade ao enquadre.
- (D) grau de narcisismo reduzido com baixo nível de autoestima.
- (E) motivação de ordem puramente progressiva.

41. Para Ocampo, a entrevista inicial com os pais, em um processo de psicodiagnóstico infantil, deve

- (A) detectar os diferentes vínculos que existem entre os genitores entre si, cada genitor e a criança e vice-versa, e entre o casal e o psicólogo.
- (B) manter um caráter dirigido que permita a coleta de dados sem mobilizar a ansiedade dos pais.
- (C) fornecer um histórico detalhado que permita afastar hipóteses de comprometimento orgânico.
- (D) priorizar a identificação do lugar que a criança ocupa na dinâmica familiar, evitando que os conflitos conjugais emergam nesse primeiro momento.
- (E) ater-se aos dados factuais da queixa para que a escolha da bateria de testes adequada seja possível.

42. Um casal solicita uma consulta com um psicólogo, por motivo de dificuldades escolares do filho. No decorrer da entrevista, a informação de que a criança é adotada é casualmente fornecida. Nesse momento, o psicólogo deve, segundo Ocampo,

- (A) considerar a informação com a mesma casualidade demonstrada pelos pais e esperar um momento mais adequado para abordá-la.
- (B) explorar a questão da adoção, respeitando a decisão do casal em manter a criança alheia à sua condição de filho adotivo.
- (C) interromper os pais e explicar didaticamente os problemas associados à adoção.
- (D) concentrar a entrevista na problemática escolar que motivou a consulta.
- (E) considerar a adoção como motivo real e subjacente da consulta, sem desvalorizar as demais queixas.

43. Para a mesma autora, na hora lúdica diagnóstica, espera-se que o psicólogo

- (A) limite-se a observar o comportamento da criança, sem participar de suas brincadeiras, mesmo que solicitado.
- (B) participe ativamente das brincadeiras para poder interpretar junto à criança os motivos latentes de sua atividade lúdica.
- (C) ofereça à criança um espaço aberto e sem regras que permita a livre expressão de suas ansiedades.
- (D) estabeleça um vínculo transferencial breve, cujo objetivo é o conhecimento e a compreensão da criança.
- (E) atue conforme as demandas da criança, procurando desconsiderar o relato dos pais.

44. Ao escolher o material para uma hora lúdica diagnóstica, é importante
- (A) oferecer a maior variedade e diversidade possível, a fim de proporcionar o maior grau de liberdade de escolha para a criança.
 - (B) evitar a inclusão de armas de brinquedo que possam provocar um viés em relação à agressividade.
 - (C) selecionar brinquedos em função do sexo da criança, por exemplo, bonecas para as meninas e carrinhos para os meninos.
 - (D) equilibrar uma certa proporção de materiais estruturados e desestruturados.
 - (E) perguntar à criança quais são seus brinquedos preferidos e procurar restringir-se a eles.
-
45. Segundo Ocampo, é importante considerar que a hora lúdica diagnóstica
- (A) apresenta diferenças básicas em relação à hora de jogo terapêutica.
 - (B) pode se transformar em hora de jogo terapêutica durante seu andamento, se o vínculo transferencial for estabelecido.
 - (C) pode ser considerada como um aquecimento para a hora de jogo terapêutica.
 - (D) distingue-se da hora de jogo terapêutica por envolver apenas o jogo e não a verbalização.
 - (E) e a hora lúdica terapêutica são iguais, pois ambas usam o mesmo referencial teórico.
-
46. No caso de pacientes adolescentes, a entrevista devolutiva, segundo Ocampo, deve envolver
- (A) somente os pais, a fim de minimizar os sentimentos de culpa associados à problemática do filho.
 - (B) pais e adolescente, a fim de evitar sentimentos de exclusão.
 - (C) apenas o adolescente, a fim de evitar a reativação de problemas ligados ao conflito edipiano.
 - (D) pais e/ou adolescente, dependendo dos resultados obtidos no psicodiagnóstico.
 - (E) aqueles que se mostrarem dispostos a ser informados sobre os resultados.
-
47. Um paciente, submetido ao teste desiderativo, deu como respostas:
1. Cachorro – porque é o melhor amigo do homem.
 2. Uma orquídea – porque enfeita o vestido das moças.
 3. Um carro – porque as pessoas precisam dele para se locomover.
- Nesse caso, pode-se dizer que a área superestimada nas catexias positivas é
- (A) o contato com as relações com o mundo externo.
 - (B) o corpo e a sensualidade.
 - (C) a fragilidade e a impotência do ego.
 - (D) a identidade fragmentada.
 - (E) o receio de vínculos de dependência.
-
48. A entrevista não-diretiva, conforme definida por Bleger,
- (A) não pode ser considerada uma técnica aplicável ao conhecimento científico por não possuir regras fixas.
 - (B) confunde-se com a anamnese, pois ambas compartilham do mesmo objetivo.
 - (C) deve contar com um enquadramento rígido no sentido de transformar um conjunto de variáveis da situação estímulo, em constantes.
 - (D) configura-se como técnica na medida em que o entrevistador planeja como será conduzida.
 - (E) é técnica abrangente que permite observar a totalidade do repertório de condutas do entrevistado.
-
49. Na entrevista não-diretiva, a noção de campo significa
- (A) as projeções do entrevistado na figura do entrevistador.
 - (B) cada unidade de significado identificada no decorrer da entrevista.
 - (C) a totalidade da entrevista, todos os seus momentos e sua dinâmica.
 - (D) uma concepção fixa do modo como se configura a relação entrevistador-intervistado.
 - (E) os objetos internos do entrevistado e os objetos externos do entrevistador.
-
50. A ocorrência de lacunas e contradições numa entrevista não-diretiva indicam
- (A) sua inadequação para investigação de indivíduos com problemas psicológicos.
 - (B) seu escasso valor enquanto técnica científica.
 - (C) pouco domínio da técnica por parte do entrevistador.
 - (D) dissociações e contradições da própria personalidade do entrevistado.
 - (E) resistência do entrevistado que deve ser de imediato eliminada.
-
51. Ao considerar as categorias fundamentais do psiquismo humano, Sylvia Lane
- (A) adota as categorias dialéticas sistematizadas por Leontiev, acrescentando a de Sociabilidade.
 - (B) reformula a categoria de Consciência a fim de incluir os aspectos inconscientes.
 - (C) faz uso das categorias de Leontiev, ressaltando que não apresentam caráter universal.
 - (D) descarta a utilização de categorias, adotando uma perspectiva dialética.
 - (E) propõe a categoria de Identidade em lugar de Personalidade, para evitar os significados idealistas associados a esta.

52. Lane e Sawaia acreditam que o papel das emoções no psiquismo humano é
- (A) tão importante quanto o da linguagem e o do pensamento, enquanto mediações.
 - (B) importante, mas irrelevante no estudo das instituições enquanto reprodutoras de ideologias.
 - (C) objeto de estudo válido do ponto de vista da Psicanálise, mas não da Psicologia Social, cujo enfoque prioriza a consciência histórica.
 - (D) um campo de pesquisa promissor, mas ainda inacessível para a pesquisa formal em Psicologia Social.
 - (E) fundamental para o desenvolvimento da Consciência, mas irrelevante para o desencadear de Atividades.
-
53. Para Lane, ao adotar a análise dialética, a pesquisa em Psicologia Social
- (A) estabelece um limite claro entre objetividade e subjetividade, o que lhe confere status de ciência.
 - (B) propõe a comprovação da teoria pela transformação da realidade pela prática dela decorrente.
 - (C) sistematiza categorias teóricas do psiquismo em busca de leis universais.
 - (D) atém-se ao empírico e evita considerações ontológicas e gnológicas.
 - (E) privilegia o estudo do homem social, cujo caráter único é considerado secundário.
-
54. Bader Sawaia propõe o sofrimento psicossocial como objeto de estudo da Psicologia Social. Na prática, isto visaria
- (A) propor formas de repensar as individualidades, abstraindo as especificidades da vida cotidiana.
 - (B) priorizar o enfoque da pesquisa na comunidade enquanto espaço privilegiado de transformação.
 - (C) possibilitar que o homem trace um caminho pessoal e original na organização de sua vida.
 - (D) minimizar a pluralidade de formas de vida por meio de modelos mais justos de convivência.
 - (E) aplicar os princípios éticos universais enquanto esfera autônoma do homem a contextos sociais específicos.
-
55. A Psicologia Social na América Latina, como apontam Lane e Sawaia, deve
- (A) centrar-se em descobrir quem é o homem que se constitui nas condições sócio-históricas da América Latina.
 - (B) recuperar as teorias européias que expliquem a origem da subjetividade dos países colonizados.
 - (C) descartar o acervo teórico acumulado, já que o mundo contemporâneo apresenta questões jamais enfrentadas.
 - (D) procurar uma via de afirmação teórica com base numa abordagem dialética materialista.
 - (E) transcender o enfoque tradicional no indivíduo e partir para a exploração do grupo cultural como um todo.
-
56. Com base na teoria do vínculo de Pichon-Rivière, o vínculo que dispõe de todos os tipos de vínculos e que pode levar seu controle ao máximo por meio da imobilização do objeto é o
- (A) depressivo.
 - (B) epilético.
 - (C) obsessivo.
 - (D) histérico.
 - (E) psicótico.
-
57. Segundo o mesmo autor, o vínculo no qual toda relação de objeto está colocada no campo da culpa é o
- (A) depressivo.
 - (B) epilético.
 - (C) obsessivo.
 - (D) histérico.
 - (E) psicótico.
-
58. Do ponto de vista de Pichon-Rivière, o suicídio deve ser entendido como
- (A) uma busca da própria morte, característica das depressões.
 - (B) um esforço em controlar o ambiente externo, típico das histerias.
 - (C) uma tentativa de aniquilar o objeto interno perseguidor, típico das paranóias.
 - (D) um recurso desesperado para evitar o sofrimento, típico dos maníacos.
 - (E) uma tentativa de paralisação extrema, típica das epilepsias.
-
59. Segundo Jaspers, pode-se usar como critério de distinção entre neurose e psicose:
- (A) a ruptura com a condição de saúde.
 - (B) a possibilidade de cura.
 - (C) a necessidade de tratamento hospitalar.
 - (D) a natureza psicossomática do desvio.
 - (E) o rebaixamento intelectual subsequente.
-
60. Para Jaspers, espaço e tempo
- (A) existem por si como dados a priori.
 - (B) existem por si na medida em que podem ser imaginados vazios.
 - (C) só são reais quando ocupados por alguma coisa.
 - (D) têm realidade apenas enquanto isolados um do outro.
 - (E) constituem a vivência fundamental que define o ser.