300 QUESTÕES DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PARA PSICÓLOGO

Caro Leitor,

A equipe técnica do **Concurseiro da Saúde** empenha-se em desenvolver apostilas e materiais atualizados de acordo com as leis recentemente publicadas a fim de estar sempre em consonância com os editais dos diversos concursos realizados em todo o território brasileiro. Também tem o cuidado minucioso de compilar questões de concursos sempre com a referência da banca organizadora, o ano e o cargo referido a fim de demonstrar ao candidato quais são os assuntos e os tópicos mais frequentemente cobrados nos certames brasileiros e com a cautela redobrada na digitação e revisão dos gabaritos. No entanto, apesar de todo esse esmero, ainda assim erros eventuais podem ocorrer. Por isso, disponibilizamos o email contato@concurseirodasaude.com.br para que você, leitor, possa contactar nossa equipe caso tenha dúvidas ou identifique algum erro em determinado gabarito e receba as atualizações que se fizerem necessárias.

A equipe do **Concurseiro da Saúde** está em permanente trabalho de aprimoramento e sempre disponível para tentar atendê-lo em suas necessidades, sugestões, solicitações ou dúvidas.

Que nossos materiais tenham papel relevante em seus estudos e no aprimoramento profissional e sejam parceiros nas suas aprovações nos concursos.

300 QUESTÕES DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PARA PSICÓLOGO

Atualmente, diversas bancas organizam seus cadernos de prova incluindo as questões de Saúde Pública (SUS, Epidemiologia e demais legislações) em Conhecimentos Específicos.

Algumas bancas, inclusive, sequer fazem mais a divisão das questões nas categorias Português, Saúde Pública e Conhecimentos Específicos mesclando todas elas e intercalando-as entre os diversos assuntos cobrados nos editais.

Sendo assim, nas questões de prova que seguem abaixo, você poderá encontrar algumas perguntas sobre Saúde Pública cobradas em concursos anteriores inseridas dentro da categoria de Conhecimentos Específicos.

GABARITO NO FINAL DA APOSTILA

PREFEITURA DE CUBATÃO/SP – VUNESP

1) As práticas educativas adotadas pelos pais são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades sociais e repertórios de comportamento adequados na criança. No caso de crianças com câncer, a literatura tem destacado que o estilo parental que mais promove o desenvolvimento dessas habilidades e repertórios é o estilo

(A) espontâneo, pois a criança se relaciona com os pais exatamente como são, assegurando relações objetais que promovem segurança e adequação nas relações interpessoais.

(B) permissivo, pois ajuda a criança a obter gratificações em situações de sofrimento físico e psíquico, o que promove motivação para viver e se adaptar a um ambiente percebido como positivo.

(C) autoritário, pois fornece à criança as referências para a vida em sociedade que ela, por si, é incapaz de desenvolver.

(D) autoritativo, pois confere à criança o carinho indispensável para o desenvolvimento da personalidade e os limites necessários à vida em sociedade.

(E) indulgente, pois reduz o estresse da criança e favorece o desenvolvimento de um sentido de confiança nas figuras parentais e apoio diante das limitações físicas decorrentes da doença.

2) Na orientação psicológica à família, têm se destacado as contribuições da

abordagem sistêmica. Sob essa perspectiva,

(A) a família é considerada a partir da interação das características individuais que determinam o funcionamento do sistema atual.

(B) privilegia-se a identificação de variáveis transgeracionais como determinantes das forças que compõem o sistema familiar atual.

(C) os eventos são estudados no contexto em que ocorrem, e a atenção é focada mais nas relações e conexões do que nas características individuais.

(D) procura-se identificar variáveis que reforçam ou punem determinados comportamentos nas interações familiares.

(E) a atenção é voltada para conflitos inconscientes que se manifestam na relação de cada membro da família como terapeuta.

3) Mudanças no sistema de cuidado à saúde têm ocorrido como objetivo de transferir doentes com doenças crônicas avançadas do cuidado hospitalar para o cuidado ambulatorial ou domiciliar. Isso aumenta a responsabilidade familiar com o cuidado do doente. Dadas essas condições, as medidas psicoeducacionais destinadas à família, em um primeiro momento, devem voltar-se principalmente para

(A) trabalhar a dinâmica familiar de modo a assegurar um rápido reequilíbrio após o inevitável impacto que a revelação da doença terá sobre as inter-relações da família.

(B) apresentar estratégias de eliminação da ansiedade do grupo familiar, para ajudá-lo a manter o equilíbrio emocional necessário para o desempenho de suas funções junto ao paciente.

(C) focalizar as reações emocionais individuais dos familiares e do paciente à situação de convívio com a doença crônica e a possibilidade de morte, e apresentar estratégias de enfrentamento correspondentes.

(D) prestar informações sobre a natureza da doença, os tratamentos disponíveis e as formas de cuidados diretos e indiretos que deverão ser prestados ao doente pela família.

(E) oferecer à família uma rede social que os acolha em momentos de intenso sofrimento físico ou emocional, a qualquer momento do período de doença.

4) As medidas psicoeducacionais dirigidas à família do paciente, no contexto da saúde mental e das políticas públicas atuais do setor, têm como um de seus principais objetivos

(A) ajudar a família no atendimento das necessidades básicas do paciente, como alimentação e hábitos de higiene.

(B) impedir que a dinâmica familiar agrave e torne crônicas as condições de sofrimento psíquico do paciente.
(C) preparar a família para assumir a responsabilidade pelos cuidados ao paciente e pela aderência ao tratamento.
(D) assegurar que as consequências nefastas da patologia individual afetem a dinâmica familiar.
(E) oferecer à família o treinamento necessário para elaboração dos conflitos psicológicos do paciente no seu dia a dia.

5) Ao se trabalhar com famílias em níveis mais profundos, é importante ter em mente que a dinâmica familiar se caracteriza por
(A) reproduzir com exatidão, no intragrupo, as características e vicissitudes que se observam no extragrupo primordial.
(B) favorecer a atuação da parte mais adaptada da personalidade de seus membros, dada a familiaridade existente entre eles.
(C) apresentar perturbações normais e anormais que dependem exclusivamente das interações do intragrupo.
(D) apoiar-se em uma conexão progressiva entre os membros da família, desde o nascimento de cada um deles.
(E) ser o grupo familiar o depositário da parte menos diferenciada da personalidade de seus membros.

6) A avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições médicas associadas, como o câncer, é dificultada pela superposição dos sintomas da patologia clínica e de condições associadas à internação e à percepção das consequências adversas das doenças. Por isso, nesses casos, a depressão muitas vezes é subdiagnosticada. A ausência de atenção a um quadro depressivo presente tem como consequência(s)
(A) taxas mais altas de mortalidade e pouca aderência ao tratamento.
(B) instalação de quadros de depressão endógena maior.
(C) ineficiência dos medicamentos prescritos.
(D) predisposição a comportamentos antissociais.
(E) evolução para outros transtornos psicológicos mais graves.

7) Várias pesquisas têm sido realizadas sobre os danos psicológicos do câncer de mama. As repercussões negativas de natureza afetivo-sexuais que se abatem sobre mulheres submetidas a mastectomia geralmente estão associadas

(A) à ansiedade generalizada e inibição da expressão afetiva.

(B) a episódios de despersonalização, dissociação e alienação da realidade.
(C) a mecanismos de negação da doença e projeção da raiva no parceiro.
(D) a ideias persecutórias de impotência e vulnerabilidade diante do desconhecido.
(E) a sentimentos de inferioridade e mutilação, medo de rejeição e vergonha.

8) Estudos com pacientes diagnosticadas com câncer de mama têm demonstrado que tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas sequelas são muito estressantes para a mulher. Nas últimas décadas, uma abordagem que tem se revelado bastante promissora para que essas mulheres lidem com os elementos estressores dessas experiências é
(A) o resgate do significado essencial da feminilidade pela mobilização de arquétipos.
(B) o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ou *coping*.
(C) a busca das causas do câncer em experiências dolorosas da infância.
(D) a explicitação do estresse na relação transferencial em sessões de psicanálise.
(E) a implementação de comportamentos incompatíveis com reações de estresse.

9) No âmbito da prevenção do câncer de mama, a abordagem cognitivo-comportamental pode contribuir por meio
(A) da explicitação das percepções, crenças e níveis de informação das mulheres em relação ao autoexame.
(B) da orientação quanto aos estágios da doença e do tratamento cirúrgico e quimioterápico correspondente.
(C) da eliminação de estigmas referentes à mastectomia, à quimioterapia e ao comprometimento da sexualidade decorrente das cirurgias radicais.
(D) da discussão de aspectos biopsicossociais relativos ao significado do câncer de mama na atualidade.
(E) do esclarecimento de taxas de sobrevida associadas aos diferentes tipos de tratamento disponíveis na atualidade.

10) Uma das fases mais delicadas de uma entrevista psicológica é o seu encerramento. Caso o tempo esteja se esgotando e o paciente esteja abordando um dado assunto, recomenda-se
(A) introduzir material novo para estimular o retorno do paciente em um próximo encontro.
(B) adiar o encerramento e estender a sessão de acordo com os desejos do cliente.
(C) interromper o paciente declarando que o encontro está encerrado.

(D) indicar que o tempo está se esgotando e sintetizar o que o paciente disse até o momento.

(E) advertir o cliente quanto à necessidade de administrar melhor o tempo disponível.

GABARITO:

1) D	**6) A**
2) C	**7) E**
3) D	**8) B**
4) C	**9) A**
5) E	**10) D**