Estratégia Concursos

Aula 00

Conhecimentos Específicos p/ Prefeitura Goiânia-GO (Especialista em Saúde - Psicólogo) Pós-Edital

Autor:
Marina Becalli

02 de Março de 2020

SUMÁRIO	PÁGINA

1. 1. Clínica e Saúde. 1.1 Bases conceituais: 1.2. O binômio saúde / doença. 1.3. Histórico da psicologia na saúde. 1.4. Conceito de psicologia da saúde. 1.6. O papel do psicólogo no contexto da atenção primária, secundária e terciária em saúde. 02

2. Resolução de questões 50

3. Lista de questões 97

4. Gabarito 115

AULA 00 - DEMONSTRATIVA

APRESENTAÇÃO

Caro aluno,

É com grande alegria que lhe dou boas-vindas a este curso de **PSICOLOGIA ESPECÍFICO PARA a PREFEITURA DE GOIÂNIA** que será composto por:

- curso escrito (em PDF), formado por **12 aulas** em que explico o conteúdo teórico, além de apresentar questões resolvidas

- aulas em vídeo (videoaulas), para tornar a leitura mais dinâmica e ajudar a esclarecer pontos da matéria

- **fórum de dúvidas**, em que você pode entrar em contato direto conosco quando julgar necessário.

Em cada aula teremos a exposição da teoria seguida da resolução e comentários de questões de provas sobre o assunto. Nos comentários, pode haver explicações novas. Dessa forma, teoria e questões se complementam. Ao final, disponibilizarei a lista de questões trabalhadas na aula seguidas do gabarito.

Caso haja alguma dúvida em relação ao conteúdo, você está convidado a compartilhá-la no fórum de dúvidas. A possibilidade de interação com o professor é um dos diferenciais dos cursos em PDF; portanto, não hesite em usá-la.

Você nunca estudou Psicologia para concursos? Não tem problema, este curso também é para você. Isto porque você estará adquirindo um material bastante completo, onde você poderá trabalhar em aulas escritas, e resolver exercícios, sempre podendo aprender com as resoluções das questões e tirar dúvidas através do fórum. **Mesmo sem ter estudado este conteúdo antes, você pode conseguir um ótimo desempenho na sua prova**. Se você se

encontra nesta situação, será preciso investir um tempo maior, dedicar-se bastante ao nosso curso.

Dito isso, ressalto as características principais do curso:

- **Conteúdo** teórico completo e atualizado, apresentado de forma clara e objetiva;
- **Questões resolvidas e comentadas;**
- **Contato direto com o professor via fórum para retirada de dúvidas;**

Enfim, espero que você aproveite o curso, tire as suas dúvidas, estude bastante e, na hora da prova, consiga ter um ótimo desempenho. Todo o esforço empregado nessa fase de preparação será recompensado com a alegria que acompanha a aprovação, momento que esperamos compartilhar com você!

Meu nome é Marina Beccalli e sou professora de Psicologia aqui do Estratégia Concursos. Sou formada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), tendo experiência na área de Psicologia, com ênfase na Psicanálise, em atuação clínica em consultório particular e também como psicóloga perita da 5ª Vara Cível da Justiça Federal, com ênfase em casos de Sequestro Internacional de menores (casos de dispustas de Guarda, Regulamentação de Visitas, Retorno, Alienação Parental). Aprovada no TJ/SP (2017) para o cargo de Psicólogo Judiciário. Especialista em Psicologia Jurídica.

Espero que seja produtivo o nosso **encontro e diálogo**. Além disso, sei o quanto faz diferença na preparação um material de qualidade, e o estudo para concurso exige ferramentas que sejam confiáveis, que sejam elaboradas de forma objetiva, sintetizada e com foco no que é cobrado em provas.

Para finalizar esta apresentação, quero que você tenha em mente que o primeiro passo para o sucesso é entender que **todo processo precisa de muita dedicação**. Ao estudar para concursos, é necessário escolher o melhor material de estudo, pois essa decisão, junto com seu esforço, é o que vai determinar sua aprovação.

Quer tirar alguma dúvida antes de adquirir o curso? Deixo abaixo meus contatos:

E-mail: marinapbeccalli@gmail.com

Facebook: Marina Beccalli

Instagram: @profmarinabeccalli

1 - 1. Clínica e Saúde. 1.1 Bases conceituais: 1.2. O binômio saúde / doença. 1.3. Histórico da psicologia na saúde. 1.4. Conceito de psicologia da saúde. 1.6. O papel do psicólogo no contexto da atenção primária, secundária e terciária em saúde.

A Resolução CFP 003/2016 altera a Resolução CFP n.º 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Ela reconhece a **Psicologia em Saúde como uma das especialidades do psicólog**o. O profissional **atua em equipes multidisciplinares** no campo da saúde, utilizando os princípios, técnicas e conhecimentos relacionados à produção de subjetividade para a análise, planejamento e **intervenção nos processos saúde e doença**, em diferentes estabelecimentos e contextos da rede de tenção à saúde.

Além disso, o profissional especialista em Psicologia em Saúde também deve considerar os contextos sociais e culturais nos quais se insere, estabelecer estratégias de intervenção com populações e grupos específicos, contribuindo para a melhoria das condições de vida dos indivíduos, famílias e coletividades.

Desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde junto a usuários, profissionais de saúde e ambiente institucional, colaborando em processos de negociação e fomento a participação social e de articulação de redes de atenção à saúde.

Pode ainda desenvolver ações de gestão dos vários serviços de saúde e de formação de trabalhadores, dominando conhecimento sobre a reforma sanitária brasileira e as políticas de saúde no Brasil, a legislação e funcionamento do SUS, gestão de trabalho e Educação Permanente em Saúde, financiamento, avaliação e monitoramento de serviços de saúde, podendo exercer funções em instâncias municipais, estaduais ou nacional.

A partir de 1990, **o psicólogo passou a ser visto pela sociedade como um profissional de saúde, passou a participar e intervir mais no contexto social**, houve uma inserção de profissionais em campos de trabalho não tradicionais para a profissão, o que fez com que fosse necessário rever a formação tradicional dos psicólogos (Araújo, 2008).

Spink (2011) fala de **três enfoques ao estudar sobre o processo saúde/doença**. **A primeira vertente traz a psicogênese da doença**, explicando-a na esfera intraindividual, ligada a abordagem psicanalítica e às teorias da personalidade. De acordo com essa perspectiva, os conflitos inconscientes gerariam tensões emocionais que poderiam gerar disfunções ou mesmo mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo (Spink, 2011).

Passou-se a reconhecer a multicausalidade da doença, e a emoção voltou a ser vista não mais como causa primária de reações somáticas. Isso fez com que essa corrente perdesse força.

A segunda corrente estuda os aspectos psicossociais associados ao surgimento da doença e está ligada às ideias de Helen Dunbar. De acordo com essa perspectiva, existe uma relação entre alguns tipos de personalidade e certas doenças, atualmente o enfoque sendo no estudo sobre o câncer e as doenças cardíacas, principais doenças da modernidade (Spink, 2011). Devido aos avanços que permitiram a mensuração das variáveis, foi possível estudar as influências entre eventos na vida do indivíduo e o surgimento da doença.

A autora ressalta que essas duas vertentes buscam entender a doença a partir de suas causas para prevenir seu surgimento, sendo a primeira vertente associada às terapias, e a segunda ligada à educação, à promoção da saúde e prevenção da doença.

Já para a terceira vertente, a doença seria um fenômeno psicossocial, historicamente construído.A doença não seria apenas uma experiência individual, mas também coletiva, influenciada pela ideologia da sociedade em que o paciente vive, o que acaba por influenciar também a visão do próprio sujeito sobre seu adoecer.

Sendo assim, podemos afirmar que a **terceira vertente busca os significados sociais e as representações que determinados grupos ou sociedades fazem da doença e da saúde**. Isso favoreceu o planejamento de práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, as representações sobre saúde passaram a ser vistas como conhecimento para orientar as ações, enfatizando o sentido pessoal dado à experiência.

Vale dizer que a terceira vertente ajudou os psicólogos a buscarem formas de atuação mais compatíveis e próximas à população. Muitas mudanças surgiram após a necessidade da inserção dos psicólogos nos serviços de saúde.

RESUMINDO

A psicologia da saúde busca compreender a visão singular de cada um sobre seu adoecer, buscando entender também as influências de determinados comportamentos no processo de saúde/doença. Auxilia na avaliação, no diagnóstico, no tratamento, e na prevenção de problemas físicos, mentais ou de qualquer outra natureza, que alteram a saúde do sujeito. Pode ser usada em diversos contextos, como hospitais, centros de saúde, ambulatórios, unidades básicas de saúde.

A saúde já foi definida de diferentes maneiras ao longo da História. Por muito tempo foi vista como o oposto da doença, ou seja, estar saudável seria não estar doente. Das concepções mais recentes, surgidas no século XX, podemos citar os seguintes modelos:

- **Modelo biomédico:** a saúde seria a ausência de doença, o estudo sendo sobre os fatores físicos, sem considerar os fatores sociais ou subjetivos.
- **Modelo processual:** estuda a história natural da doença, ligada à noção de equilíbrio-desequilíbrio.
- **Modelo da determinação social da doença:** considera que o adoecimento está determinado pela forma como a sociedade se constitui, suas ideologias, representações sociais.

- **Modelo multifatorial:** estuda o contexto biopsicossocial, em que os fatores biológico, psíquico e social influenciam o processo saúde-doença, passando a considerar outros aspectos também, como o espiritual.

As concepções foram mudando ao longo do tempo, sendo associadas ao contexto cultural e social de cada época e de cada sociedade. A doença foi associada inicialmente somente a fatores físicos, e passando a levar em consideração também as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual.

Vejamos como esses assuntos já apareceram em prova?

1. (TCE/PA – CESPE - 2016) Os psicólogos da saúde trabalham a partir de uma perspectiva biopsicossocial da doença, ou seja, reconhecem que a saúde e a doença, no indivíduo, relacionam-se a fatores psicológicos e socioculturais.

COMENTÁRIOS:

CORRETA. A psicologia da saúde tem como base o modelo biopsicossocial da saúde.

2. (HRC – FUNCAB - 2010) A Psicologia da Saúde é uma área em expansão nos dias atuais. Sobre as dimensões envolvidas no conceito de saúde, marque a alternativa verdadeira:

(A) biológica, psicológica, social e espiritual.
(B) biológica, psicológica, social e sexual.
(C) física, psicológica, social e financeira.
(D) sexual, psicológica, social e espiritual.

COMENTÁRIOS:

A concepção de saúde é pensada de acordo com um modelo biopsicossocial (dimensões biológica, psicológica e social), devendo-se incluir, também, a dimensão espiritual.

RESPOSTA: A.

******

A Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais:

Em primeiro lugar incorpora o **conceito mais abrangente de que a saúde** tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica que, para se ter saúde são necessárias ações em vários setores, além do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Isto só uma política governamental integrada pode assegurar.

Em segundo lugar, a Constituição também legitima o **direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis**, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público.

Isto significa que, a partir da nova constituição, a única condição para se ter direito de acesso, aos serviços e ações de saúde, é precisar deles.

Por último, a **Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde—SUS,** de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve muita influência na Constituição de 1988, trouxe o conceito de saúde pensado a partir das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços

de saúde. Seria resultado das formas de organização social da produção, que podem resultar em grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986).

A Organização Mundial da Saúde define saúde como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde" (OMS, 1976).

De acordo com o *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios* é necessário **conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população,** não só em termos de doenças mais freqüentes, como também em termos das condições sócio-econômicas da comunidade, dos seus hábitos e estilos de vida, e de suas necessidades de saúde, sentidas ou não-sentidas, aí incluída, por extensão, a infra-estrutura de serviços disponíveis.

A NOB-SUS 96 ressalta que o modelo clínico individual de atendimento, tradicionalmente ensinado nas atuações em saúde, deve ser transformado em um modelo de atenção ligado à qualidade de vida das pessoas e do seu ambiente, assim como na relação da esquipe de saúde com a comunidade, principalmente com seus núcleos sociais primários – as famílias (Brasil, 1996).

O sujeito é incentivado a ser agente da sua própria saúde e protagonista da comunidade de que faz parte. O SUS assumiria algumas ações específicas em articulação com outros setores a fim de criar condições essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1996).

Vejamos mais uma questão?

3. (HRC – FUNCAB - 2010) A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como sendo:

(A) o completo bem estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença.

(B) o completo bem estar físico, psíquico, social, mental e espiritual, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença.

(C) o completo bem estar físico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença.

(D) o completo bem estar psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença.

COMENTÁRIOS:

(A) **CORRETA.** De acordo com a OMS.

(B) **INCORRETA.** Muitos autores já trazem a dimensão espiritual, mas a OMS não fala disso no documento em que define saúde.

(C) **INCORRETA.** Falta o aspecto mental na assertiva.

(D) **INCORRETA.** Falta o aspecto físico.

Entre as **diretrizes políticas consolidadas pela nova Constituição no cenário nacional estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro.**

Ainda que esse conjunto de idéias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de imediato, o que deve ser compreendido é que a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, **rompendo com um passado de descompromisso social e a velha irracionalidade técnico-administrativa**, e é a imagem ideal que norteará o trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais.

Para isso, é necessário que se entenda a lógica do SUS, como ele deve ser planejado e funcionar para cumprir esse novo compromisso que é assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil, vem sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a partir da procura espontânea aos serviços.

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Ações de promoção e proteção de saúde: esses grupos de ações podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventiva, que, em seu conjunto, constituem um campo de aplicação precípua do que se convencionou chamar, tradicionalmente, de Saúde Pública, ou seja: o diagnóstico e tratamento científico da comunidade.

No campo da **promoção**, são **exemplos de ações**: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual.

No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes,

rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras e debates em escolas, associações de bairro, igrejas. empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.

No campo da **proteção**, são **exemplos** de **ações**: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.

Ações de recuperação - esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatórias e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, onde deve estar concentrada a maior parte dessas atividades.

De todo modo, nesses serviços as **ações típicas** são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, o atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento, inclusive em regime de internação, e em todos os níveis de complexidade. A realização de todas essas ações para a população deve corresponder às suas necessidades básicas, e estas transparecem tanto pela procura aos serviços (demanda), como pelos estudos epidemiológicos e sociais de cada região (planejamento da produção de serviços).

O **diagnóstico** deve ser feito o mais **precocemente** possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - o diagnóstico e o tratamento - visto que tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial.

O tratamento deve ser prestado ao paciente portador de qualquer alteração de sua saúde, desde uma afecção corriqueira, cujo atendimento pode ser efetuado por pessoal de nível elementar, até uma doença mais complexa, que exige a atenção por profissional especializado e tecnologia avançada. O tratamento deve ser conduzido, desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos.

A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional

. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando a reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos junto ás indústrias e ao comércio, para a absorção dessa mão-de-obra.

As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento. No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento destas ações tornam-se conjugadas às ações de promoção e proteção. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade. integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de moderna Saúde Pública.

A **prevenção primária** está associada ao período pré-patogênico e está relacionada à promoção da saúde, que são medidas que não são dirigidas a nenhuma doença específica. As estratégias de promoção estão associadas à transformação das condições de vida e de trabalho que estão relacionados aos problemas de saúde, envolvendo uma abordagem intersetorial. Também faz parte da prevenção primária a proteção específica, como é o caso das vacinas.

A **prevenção secundária** é feita quando o quadro patológico já foi instalado. As medidas incluem o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a limitação da incapacidade.

A **prevenção terciária** envolve medidas tomadas após surgirem as consequências da doença, ligadas às deficiências funcionais. O objetivo seria a recuperação total ou parcial através dos processos de reabilitação e de aproveitamento da capacidade funcional remanescente (ANS, 2006). Por exemplo, a fisioterapia, a terapia ocupacional, a readaptação, o emprego para a reabilitação, a melhoria da qualidade de vida e a reabilitação psicossocial.

Vejamos como esses assuntos já apareceram em prova?

4. (MP/SC – FEPESE – 2014) Relativamente à atuação nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, considere as afirmativas abaixo:

1. As abordagens da prevenção e da promoção da saúde são excludentes entre si no que tange ao planejamento de programas de saúde, haja vista as peculiaridades de seus enfoques.

2. A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção da promoção da saúde, além o provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa.

3. A promoção da saúde propugna a formulação e implementação de "políticas públicas saudáveis", o que implica que a saúde tenha prioridade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis.

4. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

5. A reabilitação em saúde restringe-se a buscar soluções curativas para os problemas médicos apresentados, não comportando espaço, nem mesmo a título complementar, para ações preventivas e promotoras de saúde.

Assinale a alternativa que indica todas as assertivas corretas.

(A) são corretas apenas as assertivas 1 e 4.

(B) são corretas apenas as assertivas 2 e 3.

(C) são corretas apenas as assertivas 3 e 5.

(D) são corretas apenas as assertivas 2, 3 e 4.

(E) são corretas apenas as assertivas 1, 3, 4 e 5.

COMENTÁRIOS:

Assertiva 1: **INCORRETA.** Prevenção e promoção da saúde não são excludentes entre si.

Assertiva 2: **CORRETA.** A assertiva foi copiada do livro "Promoção da saúde e qualidade de vida" de Paulo Buss.

Assertiva 3: **CORRETA.** A assertiva foi copiada do livro "Promoção da saúde e qualidade de vida" de Paulo Buss.

Assertiva 4: **CORRETA.** A afirmação também está correta e foi tirada do livro de Czeresnia.

Assertiva 5: **INCORRETA.** A reabilitação nem exclui ações preventivas e promotoras de saúde.

RESPOSTA: D.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, buscando dar acesso universal à saúde. De acordo com o *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios,* o SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

TOME NOTA!

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos. Sendo assim, as ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são disponibilizados ao usuário em unidades de saúde próximas de sua casa.

A Atenção Básica ou Primária (ABS/APS) seria o primeiro nível, atuando na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Na Atenção Secundária ou de Média Complexidade, são oferecidos serviços mais especializados em ambulatórios ou em policlínicas. Já a Atenção Terciária envolve procedimentos de alta tecnologia, como a quimioterapia, a radioterapia e hemoterapia.

De acordo com a **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011,** a atenção básica é o primeiro nível de atenção à saúde. **A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades**. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza

tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior freqüência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I -Ser base;
II - Ser resolutiva;
III - Coordenar o cuidado;
IV - Ordenar as redes.

A ABS é formada pelas Equipes de Atenção Básica, Equipe de Saúde da Família, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, equipes de Saúde Bucal e pelos Programas de Saúde na Escola, Atenção Domiciliar e Academia da Saúde.

De acordo com o livro *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS* (2007) **a média complexidade envolve :**

- Procedimentos especializados realizados por profissionais de diversas formações em saúde;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato-ortopédicos;
- Patologia clínica;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultra-sonográficos;

- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses;
- Anestesia.

A **alta complexidade** diz respeito ao conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, visando oferecer à população serviços qualificados, integrando-os aos outros dois níveis de atenção à Saúde. Envolve, segundo o livro *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS* (2007) :

- Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise);
- Assistência ao paciente oncológico;
- Cirurgia cardiovascular;
- Cirurgia vascular;
- Cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Procedimentos da cardiologia intervencionista;
- Assistência em traumato-ortopedia;
- Procedimentos de neurocirurgia;
- Cirurgia de implante coclear;
- Cirurgia da região cervical;
- Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face;
- Procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- Assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- Cirurgia reprodutiva;
- Genética clínica;
- Terapia nutricional;
- Distrofia muscular progressiva;
- Ostogênese imperfeita;
- Fibrose cística e reprodução assistida.

As equipes interdisciplinares são uma importante estratégia para lidar com o processo de especialização dos saberes.

MULTIDISCIPLINARIDADE: É um modelo tradicional em saúde, caracterizado pela intervenção de múltiplos profissionais, que atendem de forma isolada o paciente, aplicando seus conhecimentos e práticas, sem atuação conjunta com os demais membros da equipe. Na **equipe multidisciplinar** cada profissional avalia o paciente de maneira independente e elabora seu plano de tratamento sem que haja um trabalho coordenado por parte da equipe e nem uma identidade grupal (Tavares et al., 2012). Apesar de haver profissionais de várias áreas, o atendimento continua fragmentado.

INTERDISCIPLINARIDADE: Há a substituição de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do paciente, através de trocas de conhecimentos entre os profissionais e através da integração das práticas em saúde. A equipe interdisciplinar é muito vantajosa pois permite a colaboração de várias especialidades com conhecimentos distintos (Tavares et al., 2012).

TRANSDISCIPLINARIDADE: Rompe com paradigmas e modelos das disciplinas, buscando ultrapassar as barreiras que afastavam as áreas de conhecimento, para fundi-las em algo que transcende a todas. Ou seja, busca estabelecer e integrar todos os elementos, criando um conhecimento total e único da realidade que é dinâmica (Brandão, 2000; Tavares et al., 2012).

Entretanto, as ações específicas de cada profissão devem ser respeitadas. Por exemplo, em equipe interprofissional, o psicólogo compartilhará somente informações relevantes para qualificar os serviços prestados, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade de quem as receber, de preservar o sigilo. Além disso, o psicólogo preservará sua especificidade e limites de sua intervenção, não se subordinando técnica e profissionalmente a outras áreas (CFP, 2013).

Nos documentos que embasam as atividades em equipe interprofissional, o psicólogo registrará apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho (CFP, 2005).

O trabalho da equipe interprofissional traz uma visão mais abrangente do problema, tanto para os profissionais, quanto para o sujeito e sua família. Visa também estabelecer de forma integrada o plano terapêutico, buscando um olhar global, sendo que um profissional colabora com o saber do outro.

Vejamos como esses assuntos já apareceram em prova?

5. (UNESP – VUNESP – 2014) A interdisciplinaridade é compreendida como uma:

(A) prática fragmentada que, assim como a multidisciplinaridade, esconde uma percepção da realidade que distingue sujeito-objeto.

(B) etapa de um processo contínuo que se inicia na multidisciplinaridade, supondo profissionais trabalhando juntos e com paralelismo de pontos de vista.

(C) fusão ou unificação de práticas que se traduzem numa unidimensionalidade e abertura para diferentes níveis de percepção.

(D) explicação que responde às questões intelectuais e objetivas suscitadas pela prática multiprofissional em saúde mental coletiva.

(E) perspectiva que intensifica as tensões características nas equipes de saúde devido à dificuldade de demarcação de fronteiras entre os diversos saberes.

COMENTÁRIOS:

(A) **INCORRETA.** A interdisciplinaridade visa superar a fragmentação, estabelecendo o diálogo entre as especialidades, definindo de forma integrada o plano terapêutico, buscando um olhar global sobre o paciente e sua doença.

(B) **CORRETA.** A interdisciplinaridade se constrói a partir de uma equipe multi que busca se integrar, com um profissional colaborando com o saber do outro.

(C) **INCORRETA.** A alternativa fica incorreta pela unidimensionalidade, pois a interdisciplinaridade envolve muitas dimensões formadas pelos diferentes olhares de vários profissionais.

(D) **INCORRETA.** Não se trata de apenas uma prática multidisciplinar e também não está ligada somente à saúde mental.

(E) **INCORRETA.** A interdisciplinaridade respeita as particularidades de cada área.

6. (HEPP – IBFC – 2014) No ambiente hospitalar, o psicólogo está inserido numa equipe com profissionais de formações variadas. Para que ocorra um atendimento integrado do paciente, esta equipe precisa estar em constante comunicação a respeito de aspectos relacionados ao paciente. Uma forma de manter a equipe informada a respeito de aspectos dos atendimentos realizados no ambiente hospitalar é o prontuário. Com relação ao registro em prontuários compartilhados, cabe ao psicólogo:

(A) registrar todas as informações relacionadas ao atendimento psicológico realizado nos prontuários, já que estes que embasam atividades em equipe.

(B) registrar, nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho, podendo manter um arquivo confidencial no qual registrará todas as informações relacionadas ao caso.

(C) fazer esta comunicação de forma exclusivamente verbal à equipe, a fim de diminuir interpretações errôneas por quem tem acesso a estas informações.

(D) não utilizar este recurso como forma de transmitir informações relacionadas ao caso em nenhuma circunstância, a fim de não expor a confidencialidade.

COMENTÁRIOS:

(A) **INCORRETA.** o Código De Ética fala que o psicólogo deve informar os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para tomada de decisões.

(B) **CORRETA.** O Código de Ética diz que nem todas as informações devem ser registradas no prontuário, pois é necessário preservar o sigilo de determinadas informações, mas que podem ser registradas em um arquivo confidencial pelo psicólogo.

(C) **INCORRETA.** O registro escrito em prontuário é muito importante.

(D) **INCORRETA.** O Código De Ética fala que o psicólogo deve informar os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para tomada de decisões.

*****

A atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar

O psicólogo pode atuar como **facilitador da comunicação** entre os membros da equipe e entre estes e os pacientes e familiares, mostrando outras formas e interpretações e realizando uma interlocução profissional (Tavares et al., 2012).

Tavares et al. (2012) afirmam que talvez isso se dê por sua presença ser relativamente recente, sem lugar previamente delineado, e também por sua formação que estuda o sujeito considerando tanto os aspectos subjetivos, como os culturais e sociais.

É importante que o psicólogo saiba as atividades desenvolvidas pelos outros profissionais, assim como os limites de cada um, possibilitando uma atuação integrada (Tavares et al., 2012). O psicólogo também deve trazer suas contribuições e sua escuta qualificada ajudando a equipe a compreender melhor os casos.

No trabalho em equipe interdisciplinar de saúde o psicólogo deve:

- Ajudar a equipe de saúde a compreender melhor os comportamentos, sentimentos e reações dos pacientes e familiares;
- Estimular o contato diário entre a equipe, visando discussões sobre os casos e a troca de informações;
- Estimular a realização de reuniões para discussão dos casos clínicos;
- Desenvolver programas de saúde e pesquisas científicas.

Deve-se ter como objetivo a promoção da saúde, questionando o modelo biomédico e usando conhecimentos de diversas áreas, buscando a autonomia, responsabilidade e justiça. A Psicologia em sua atuação é muito voltada para o modelo clínico, com atendimentos individuais e de longa duração, o que acaba sendo feito também no contexto da saúde pública.

Bleger (1992) diz que o psicólogo deve ter sua atuação voltada para a saúde pública e não para as terapias individuais, pois pode-se beneficiar mais pessoas do que na clínica, cuja intervenção é mais devagar e atende a uma minoria.

Bleger propõe uma atuação profissional que vai além do consultório, o que não seria apenas uma variação do trabalho, mas uma necessidade social. Bleger afirma a necessidade da Psicologia circular no social por meio de grupos, de instituições e de comunidades, pois a dimensão do psicológico está presente onde quer que o ser humano esteja, afirmando com isso a **função social do psicólogo e a transcendência social da Psicologia.**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012) as Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Essa estratégia visa superar a antiga concepção centrada na doença, envolvendo práticas participativas que possibilitam o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade. Busca-**se incluir a família e acompanhar o cuidado prestado para evitar a fragmentação da assistência** e o possível abandono do tratamento (Neves, 2012).

Segundo a *Política Nacional de Atenção Básica (2012),* cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de

3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; um determinado número de famílias, residentes em uma área geográfica delimitada tendo como base o conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação.

De acordo com a *Política Nacional de Atenção Básica (2012),* os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade**. O psicólogo não compõe a equipe básica, mas compõe a equipe dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

O NASF organiza seu trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, em conjunto com as equipes de Saúde da Família. Devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Saúde Mental na Atenção Básica

A Política de Saúde Mental, em seu escorço teórico, no decorrer da última década, passou por importantes e significativas transformações, evoluindo em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária.

As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica desenvolvem atividades de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação e da articulação com a rede de apoio em saúde mental.

De acordo com o *Guia prático de matriciamento em saúde mental (2011),* no atual modelo hegemônico, os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Dessa forma, o portador de sofrimento psíquico é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade.

No matriciamento, as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza.

Há situações de risco psicossocial que demandam intervenção urgente, dentre as quais podemos citar:

- Cárcere privado;
- abuso ou negligência familiar;
- suspeita de maus tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar;
- situações de violência entre vizinhos;
- situações de extremo isolamento social;
- situações de grave exclusão social (idoso, deficientes, crianças e adolescentes em situação de risco, população de rua)
- sujeitos com múltiplas internações psiquiátricas;
- uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- crises psicóticas;
- crises convulsivas e conversivas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

De acordo com o *Guia prático de matriciamento em saúde mental (2011),* Entre os profissionais que trabalham na saúde da família há uma enorme dificuldade em cuidar e apoiar os pacientes com “problemas de saúde mental”.

Sendo assim, a educação em saúde mental deve ocorrer com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.

A educação permanente deve buscar promover mudanças nas práticas em saúde e na construção de ações mais inclusivas para populações mais vulneráveis, como é o caso das pessoas com transtornos mentais.

Os serviços de saúde mental têm buscado desinstitucionalizar pacientes internados. Por sua proximidade com famílias, as equipes da Atenção Básica são muito importantes para atuar no

uso abusivo de álcool, drogas e várias formas de sofrimento psíquico. Mas muitas vezes a falta de recursos e a falta de capacitação prejudicam as ações das equipes.

Para o desenvolvimento das práticas, **não se pode perder de vista a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a busca pela autonomia; a busca pela reabilitação e a desinstitucionalização.**

É importante ressaltar que território não é apenas um lugar geográfico, mas é também constituído pelas pessoas que moram nele, sendo o lugar psicossocial do sujeito, envolvendo suas histórias, amigos, familiares, comunidade. A rede de cuidados inclui:

- atenção básica (Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família);
- Centros de atenção psicossocial (CAPS);
- Centros de convivência e cultura;
- Cooperativas de economia solidária;
- Oficinas de geração de renda;
- Residências terapêuticas.

Todos esses serviços foram criados para tentar superar o modelo dos hospitais psiquiátricos através da descentralização e da territorialização dos atendimentos, além de tentar dividir com a família a participação no cuidado.

Na rede municipal, o dispositivo responsável pelo atendimento de portadores de transtornos mentais é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS buscam desenvolver atividades de reabilitação psicossocial, envolvendo resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo da moeda, autocuidado, inclusão pelo trabalho. Além disso, busca estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e controle social.

Ou seja, o CAPS busca o atendimento e a manutenção do usuário do serviço em seu território, preservando sua autonomia, identidade, valores culturais e relações sociais.

Vejamos como estes assuntos já foram cobrados em prova?

HORA DE PRATICAR!

7. (SMS/SP – VUNESP – 2014) Uma das categorias importantes no trabalho do campo da saúde é a noção de território. Território é o(a)

(A) estabelecimento de espaço das redes de apoio.

(B) espaço geográfico do sujeito.

(C) delimitação da rede de serviços interligados.

(D) lugar psicossocial do sujeito.

(E) espaço regional do sujeito.

COMENTÁRIOS:

(A) **INCORRETA.** Não corresponde diretamente à noção de território usada na área de saúde.

(B) **INCORRETA** Não corresponde diretamente à noção de território usada na área de saúde.

(C) **INCORRETA.** Não corresponde diretamente à noção de território usada na área de saúde.

(D) **CORRETA.** De acordo com a definição de território.

(E) **INCORRETA.** Não corresponde diretamente à noção de território usada na área de saúde.

8. (SEPLAG/BA – FUNDAÇÃO CESGRANRIO – 2014) "A ação interdisciplinar necessita da organização de espaços para o encontro e composição nas diferenças para arranjar formas de intervenção que articulem os diferentes territórios de saberes e práticas. Sem esta articulação o trabalho deixa de ter transversalidade, apresentando-se tão-somente como realidade multidisciplinar." A leitura do texto acima permite entender que a educação permanente e a capacitação nos serviços de atenção à saúde também objetivam:

(A) preparar o trabalhador para, através do entendimento das diferenças em relação aos outros trabalhadores, assumir as responsabilidades pertinentes ao seu campo de especialização.

(B) habilitar o trabalhador a atuar em situações que ultrapassem o seu campo profissional original, permitindo que ele transite entre as disciplinas que compõem o campo da promoção da saúde.

(C) promover a corresponsabilização no cuidado através do aumento das superfícies de contato entre as pessoas, o que deve permitir o encontro com as diferenças.

(D) favorecer a adesão às diretrizes do SUS, tanto no sentido da instauração de espaços coletivos para a concertação e pactuação de interesses como da reconstrução das linhas de poder.

(E) aumentar o empoderamento do trabalhador através do desenvolvimento de características pessoais adequadas e aquisição de habilidades.

COMENTÁRIOS:

(A) **INCORRETA.** O objetivo da interdisciplinaridade seria o de uma complementariedade entre os saberes, com uma atuação integrada e não especializada.

(B) **INCORRETA.** A interdisciplinaridade respeita as especificidades de cada profissão.

(C) **CORRETA.** Deve haver diálogo e troca de conhecimento entre os profissionais de diferentes áreas.

(D) **INCORRETA.** O objetivo da interdisciplinaridade seria o de uma complementariedade entre os saberes, com uma atuação integrada e não especializada.

(E) **INCORRETA.** Não se trata das características pessoais do trabalhador.

As transformações políticas, económicas e sociais ocorridas ao longo do século XX conduziram a profundas alterações na forma de encarar e perspectivar o mundo. Entre as várias alterações produzidas, importa refletir sobre as alterações (teóricas) sofridas pelos **conceitos de educação e de saúde, nomeadamente** ao nível dos documentos norteadores da Unesco (United Nations Educacional Scientific and Cultural Organization) e da OMS (Organização Mundial de Saúde), respectivamente. Não obstante, muitas vezes as práticas provam não conseguir acompanhar tais mudanças, o que tem provocado uma desvirtuação dos próprios conceitos.

O fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, assinar a **Declaração Universal dos Direitos do Homem**, que consagra a dignidade humana como um valor inerente à própria humanidade, fundamento de todos os direitos e liberdades fundamentais, alcançáveis pelo ensino e educação, e se afirma o direito à educação com vista à plena expansão da personalidade individual (ONU, 1948).

Por outro lado, o enorme desejo de reedificar a Europa, associado a um avanço tecnológico extraordinário que impunha novas exigências no mercado de trabalho, implicou formar os adultos para a sua reciclagem profissional. Dessa forma, em 1949, a **Unesco promoveu a Primeira Conferência Internacional de Educação de Adultos, em Elseneur,** da qual emergiu o subsistema de educação de adultos, ainda que numa perspectiva de reconversão profissional, isto é, numa perspectiva utilitarista de desenvolvimento económico.

Se Elseneur (UNESCO, 1949) faz emergir a educação de adultos como complemento da formação (escolar) inicial, em Montreal (UNESCO, 1960), ela passou a ser encarada como parte integrante do sistema educativo, responsabilizando-se as entidades governamentais pela criação de oportunidades educativas. Já num contexto de prosperidade económica e bem-estar social, **começou a se assumir uma evidente relação entre educação e desenvolvimento.**

Nesse sentido, a pobreza dos países periféricos face aos centrais fez reconhecer a alfabetização como uma prioridade da educação de adultos e destacar a preocupação com os conhecimentos profissionais face às mudanças tecnológicas.

Em Tóquio (UNESCO, 1972), se reconheceu que a sobrevalorização da alfabetização em função do desenvolvimento económico tinha sido feita em detrimento das outras dimensões do indivíduo, além de a **educação não poder ser encarada como uma preparação para a vida, mas como uma dimensão da própria vida.**

Dessa forma, rompendo com o modelo escolarizador, defendeu-se que a **educação deveria assumir o desenvolvimento integral do Homem, potenciando as suas capacidades e a sua participação no desenvolvimento da própria comunidade**. A consciencialização de que cada indivíduo é fruto da sua própria história de vida faz encarar a educação como um processo que visa criar condições de desenvolvimento de todas as capacidades dos indivíduos.

Nesse sentido, e na sequência dessa conferência, foram emanadas as Recomendações sobre o desenvolvimento da educação de adultos, vulgo Declaração de Nairobi (UNESCO, 1976), de onde emergiu a noção de life-long education and learning e de uma educação que não se assenta em meros processos de ensino-aprendizagem, mas que visa criar condições para que as pessoas se autonomizem e se emancipem.

Em Paris (UNESCO, 1985), se salientou a responsabilidade governamental e a (na) necessidade da educação (escolar e não escolar) ser assegurada a todos, além de enfatizar o seu papel na manutenção da paz e na empregabilidade num mundo cada vez mais tecnológico, com enfoque nas mulheres, nos jovens e nas pessoas desfavorecidas dos meios rurais ou das periferias (degradadas) das grandes urbes.

O cenário de crise económica e de contenção da despesa pública voltou a atribuir pertinência social e económica à educação (permanente), à semelhança do que se fizera nas três primeiras conferências, não obstante a defesa da formação integral dos indivíduos e a sua articulação com a formação profissional.

Mas a **educação como direito universal que contribui para o desenvolvimento de competências necessárias à melhoria das condições de vida,** sendo que a construção destas competências se faz em interação com os outros (processo comunitário), foi novamente consagrada na **Conferência Mundial sobre Educação para Todos,** em Jomtien (UNESCO, 1990). Em Hamburgo (UNESCO, 1997), de onde emergiu a Declaração de Hamburgo e a Agenda para o Futuro, foi reforçada a ideia de que a educação é a chave para o século XXI, se assumindo a importância de uma responsabilidade nacional e internacional partilhada.

Nesse sentido, a educação deveria desenvolver a **noção de responsabilidade individual e comunitária** e capacitar os indivíduos para lidar com as transformações sociais que o século XXI acarretaria. Para isso, era fundamental que toda a sociedade fosse envolvida nesse processo, descentrando-o mas não o destituindo da responsabilidade governativa.

Nessa conferência, defendeu-se a necessidade de um **desenvolvimento centrado no ser humano e de uma sociedade participativa,** fundada no respeito pelos direitos humanos como forma de alcançar um desenvolvimento equitativo e (ecologicamente) sustentável. Se destacou também que a sobrevivência da humanidade dependia de indivíduos com verdadeiro poder interventivo nas diferentes esferas da vida humana, fundamental para a construção de um mundo de paz e diálogo.

Se salientou ainda o papel da educação de adultos na equidade de acesso à saúde, o que significou que investir em educação era investir em saúde, bem como nas ações de educação e sensibilização ambiental.

Na sexta Conferência de Educação de Adultos, decorrida em 2009, em Belém do Pará (UNESCO, 2010), destacou-se a **importância da alfabetização como base para a aprendizagem ao longo da vida** e para o enfrentamento dos desafios culturais, económicos e sociais do mundo contemporâneo, aproveitando o poder e o potencial da aprendizagem e da educação de adultos para a construção de um futuro viável para todos.

Se salientou ainda que a "[...] **educação é um conceito e uma prática holística, multidimensional e que exige atenção constante e contínuo desenvolvimento**" (UNESCO, 2010, p. 12).

Das várias alterações introduzidas, destaca-se a acepção da **educação como um processo permanente (life-long education and learning) e comunitário, que visa criar condições para que cada indivíduo desenvolva de forma integral e harmoniosa todas as capacidades e adquira competências** no sentido de melhorar as suas condições de vida e, consequentemente, as da comunidade.

Assim, a educação deixa de ser vista como meramente escolar (a escola passa a ser entendida como um subsistema do processo educativo), como um processo formal (passa também a integrar as dimensões não formal e informal) ou como uma preparação para a vida, **passando a ser entendida como uma dimensão da vida** (Dias, 2009) em que viver é aprender e aprender é viver (Maturana; Varela, 2003).

Educação e aprendizagem não são sinónimos, mas os processos educativos conduzem a aprendizagens.

Os gloriosos trinta anos que sucederam o final da Segunda Grande Guerra acarretaram mudanças em nível político, económico, social e cultural: a expansão da democracia, o crescimento económico e do emprego, o aumento dos padrões de consumo e das proteções

sociais, a criação do Estado-providência e o desenvolvimento de uma população mais participativa (Marchioni, 2001).

Nesse sentido, embora a educação tivesse em vista um desenvolvimento da comunidade (encarada numa perspectiva mutilada do que é realmente o desenvolvimento comunitário), ela avançou por imposições económicas e não por mérito próprio, isto é, não centrada no desenvolvimento integral do indivíduo enquanto pessoa, como ficou traduzido na declaração resultante da Conferência de Elseneur (UNESCO, 1949).

Hoje, a educação é entendida como um "[...] **processo global e sequencial de desenvolvimento da pessoa humana ao longo da sua existência** e através das respetivas fases de educação de infância, de educação escolar ou de jovens e educação de adultos" (Dias, 1993, p. 6) dentro das comunidades de que faz parte.

Nesse processo de educação permanente e comunitária todos somos educandos e educadores, pelo que todos somos responsáveis pelo nosso crescimento, mas também por ajudar os outros a crescer, por procurar ter e dar as melhores condições de desenvolvimento (Dias, 2009). Como também (e tão bem) nos recorda Freire (1976, p. 155) "[...] ninguém educa ninguém nem ninguém se educa a si próprio, todos nos educamos em comunhão."

Todavia não só o conceito de educação sofreu alterações; o mesmo aconteceu com o conceito de saúde. Encarada inicialmente como **ausência de doença,** esta noção surgia numa íntima relação com o modelo biomédico (no qual a relação médico-doente está tão próxima de uma visão bancária da educação), numa visão de homem-máquina em que a própria doença era perspectivada numa causalidade linear unicamente biológica (Machado, 2006).

Embora o conhecido Relatório Lalonde, publicado em 1974, tenha chamado a atenção para a importância do ambiente externo e das decisões individuais (comportamentos ou estilos de vida) na saúde (Sakellarides, 2005; Tura, 2009), a **mudança paradigmática no conceito de saúde surge apenas com a Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde**, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, em **Alma-Ata,** sob a égide Saúde para todos no ano 2000.

A saúde, reafirmada como direito fundamental, passou a ser tida como um estado de "[...] completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1978, p. 1). Embora esse conceito não negue a (existência de) doença, ele define um estado positivo, que se descentrou dela, e dinâmico, já que vai sofrendo alterações ao longo da vida dos indivíduos, e que, por isso, não se possui como condição definida mas que se vai conquistando individualmente (Serrão, 2010). Por isso mesmo, como afirma esse autor (p. 106), "[...] parecendo concreta esta definição é abstrata, porque se refere a um estado íntimo, ou de autopercepção."

Nessa conferência se reprovou a chocante assimetria em saúde que se vive dentro dos países centrais e entre estes e os periféricos, e que se reflete em termos económicos, responsabilizando-se os governos pela saúde das suas populações. A evolução do conceito de saúde ficou também provada nos vários documentos produzidos na sequência das diversas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde de Ottawa (OMS, 1986) até Nairobi (WHO, 2009).

A primeira dessas conferências surgiu com as crescentes expectativas em saúde, face às melhorias significativas que se registraram na saúde das populações, sobretudo dos países centrais que implementaram as recomendações defendidas em **Alma-Ata**. Realizada em Ottawa, sob o título Promoção da saúde nos países industrializados (OMS, 1986), **essa conferência fez surgir, pela primeira vez, a noção de promoção da saúde enquanto processo que capacita os indivíduos para agir e controlar os seus determinantes de saúde.**

A saúde, tida como um recurso para a vida e não como um fim na (e da) vida, se centra, assim, na pessoa e na comunidade que devem ser capazes de identificar necessidades, definir prioridades e planear e implementar estratégias conducentes à saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde perdem protagonismo, daí que se considere prioritário o desenvolvimento de competências individuais e o reforço da ação comunitária, embora ainda se fale em intervenção na comunidade.

Em Ottawa se salientou também a relevância da questão ambiental (ecológica) como determinante de saúde, refletindo-se, pela primeira vez, sobre a importância de assegurar a sustentabilidade dos recursos e um ecossistema estável, numa perspectiva de responsabilidade global, como requisito para a saúde, falando-se em abordagem socioecológica em saúde.

Nesse sentido, se refere à **importância de avaliar sistematicamente o impacto que o ambiente, em rápida mutação, exerce sobre a saúde**. Pela primeira vez, referiu-se, também, à importância e à necessidade da educação em saúde como requisito para a própria promoção da saúde. Nessa conferência não foi também esquecida a necessidade de introduzir alterações na formação dos profissionais de saúde, no sentido de, no desempenho das suas funções, compreenderem a pessoa na sua globalidade.

Face às discrepâncias, em termos de saúde, verificadas entre países centrais e periféricos, na conferência de Adelaide, intitulada Promoção da saúde e políticas públicas saudáveis (OMS, 1988), se alertou para a premência de atender às minorias e a grupos particulares mais atingidos e à necessidade das políticas dos países centrais terem um impacto positivo na saúde dos países periféricos, estando, por isso, assentes numa ética de cuidado e responsabilidade para com toda a humanidade, para com toda a Família Humana (ONU, 1948).

Para isso, é **fundamental que os governos sejam proativos e encontrem soluções para os problemas transnacionais,** como aqueles que têm sido criados pelo próprio desenvolvimento tecnológico. Nesse sentido, se destacaram não só as assimetrias geradas pela própria tecnologia (incluindo nos cuidados de saúde) como também a importância de se fazer uma distribuição equitativa dos limitados recursos naturais. Se destacou, assim, a importância dos movimentos ecologistas e da própria OMS no suporte ao conceito de desenvolvimento sustentável, tido como fundamental para a promoção da saúde.

Em Sundsvall, sob o tema da Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde (OMS, 1991), se salientou a **importância da responsabilidade individual e coletiva das organizações governamentais e não governamentais na criação de ambientes saudáveis e na obtenção de justiça em saúde**, que pode, inclusivamente, pôr em causa as futuras gerações.

Mais uma vez, se alertou para a necessidade de uma gestão sustentável dos recursos (sublinhando-se o impacto do rápido crescimento populacional verificado) e do impacto ambiental na saúde, criticando-se o planeamento de curto prazo e a prioridade nos ganhos económicos que os governos têm vindo a adotar, mesmo depois de, nas conferências anteriores,

se terem comprometido a contrariá-las. Nesse sentido, se reconheceu o esgotamento da estratégia de desenvolvimento económico vigente, que, além de ser altamente exploradora para os indivíduos, o era também para o ambiente.

Se, por um lado, se vive num mundo progressivamente degradado e, se por outro, as pessoas são parte integrante do ecossistema mundial, estando a sua saúde interligada com o ambiente global, resolver essa situação exigia que a solução estivesse além dos sistemas de saúde tradicionais. Se reconhecia, pois, que ultrapassar esses problemas implicava uma ação coletiva em prol da saúde, só conseguida pela capacitação individual e comunitária. Nesse sentido, a **educação, tida como um direito humano básico que deve ser assegurado por toda a vida, podia contribuir para essa capacitação.**

A efetividade da promoção da saúde, o desenvolvimento da educação em saúde, a baixa participação comunitária, as desigualdades e a falta de equidade em saúde foram as preocupações levadas, em 1997, à **quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta**, sob o mote Promoção da saúde no século XXI (OMS, 1997).

Aqui, se avaliaram as estratégias implementadas até à data da sua realização, se redefiniram os determinantes da saúde (com especial destaque para o envelhecimento populacional, as doenças crónicas e o aparecimento de novas doenças), se destacou a promoção da saúde como elemento indispensável para o seu desenvolvimento, dando resposta aos novos determinantes identificados, e se refletiu ainda sobre a importância do setor privado na promoção da saúde.

Se acrescentou ainda a dimensão espiritual ao conceito de saúde e se reforçou a relevância da ação comunitária, salientando-se a importância da promoção da saúde ser feita por e com as pessoas e não para elas ou sobre elas. Essa posição ficou, aliás, em consonância com a própria Declaração de Hamburgo (UNESCO, 1997), que chamou a atenção para o fato do processo educativo dever se basear no património cultural e nos valores e experiência de vida dos indivíduos.

Em Jacarta (OMS, 1997), se alertou ainda para a importância da globalização na mudança de valores, modos e condições de vida, interferindo com a própria saúde. No México, sob a égide da Promoção da saúde rumo a uma maior equidade (OMS, 2000), se debateu a **inter-relação entre**

saúde e equidade e se reforçou a importância da emergência de novas doenças como ameaça ao progresso em saúde. Se salientou também a importância da participação coletiva na promoção da saúde sobretudo no que se referia ao determinante ambiental.

Em Banguecoque, sob o mote Promoção da saúde num mundo globalizado (OMS, 2005), se discutiu **o papel da globalização no aumento das desigualdades entre e dentro dos países, nas rápidas mudanças socioeconómicas e nas alterações ambientais**. Embora se tenha reconhecido o seu papel na partilha de experiências e processos governativos, através da otimização das tecnologias de informação e comunicação, também se reconheceu o seu papel no aumento da vulnerabilidade das crianças e na exclusão daqueles que, por algum motivo, não se consegue integrar nesse novo mundo. Se salientou, também, a saúde como um direito humano fundamental alicerçado na solidariedade, isto é, na cooperação de todos, e, por isso, se reforçou a importância da participação ativa da sociedade civil.

Nessa sequência surgiu o **conceito de saúde global**, se referindo "[...] aos impactes transnacionais da globalização sobre os determinantes e os problemas de saúde que estão para além do controlo de cada nação" (Smith; Tang; Nutbeam, 2006, p. 342). Na chamada para a ação em Nairobi, se reiterou a importância da capacitação individual e comunitária, o fortalecimento do trabalho intersetorial e a necessidade de inscrever a promoção da saúde nas agendas políticas, bem como o seu papel no desenvolvimento integrado das nações.

A educação em saúde, tida desde a Declaração de Ottawa (OMS, 1986) como imprescindível à promoção da saúde, constitui-se como um campo heterogéneo e que, por isso, tem sofrido influência de áreas como a antropologia, a biologia, a comunicação, a enfermagem, a epidemiologia, a estatística, a história, o marketing, a medicina, a pedagogia, a psicologia ou a sociologia (Rochon, 1996; Russel, 1996). No entanto, para Greene e Simons-Morton (1988), é precisamente essa valência multidisciplinar que tem contribuído para o seu sucesso.

Ottawa (OMS, 1986) destaca a necessidade de uma **educação em saúde centrada nas necessidades globais e ao mesmo tempo individuais**, e para a necessidade de capacitar os indivíduos para uma aprendizagem ao longo da vida, no sentido de controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde. **Essa perspectiva desloca a educação em saúde de uma tendência curativa ou preventiva, inclinando-a para uma tendência promocional**

(Martínez; Carreras; Haro, 2000), o que pressupõe, tal como preconizado desde Alma-Ata (OMS, 1978), uma visão positiva da saúde.

As mudanças socioeconómicas que a sociedade tem atravessado, a evolução dos fatores de risco e da própria nosologia, têm imprimido alterações no conceito de saúde e, naturalmente, na própria forma de educar para a saúde, o que, segundo Moreno, García e Campos (2000), pode ser traduzido em três grandes gerações de modelos de educação em saúde.

A primeira geração, considerada por aqueles autores como educação em saúde informativa, informativo-comunicacional (Moreira, 2001) ou de foco divulgativo (Santos, 2000), corresponde a **uma visão negativa da saúde, já que esta é tida como ausência de doença**. Nessa abordagem, a educação em saúde é feita apenas em contextos formais (o hospital, o centro de saúde e a escola), onde o profissional de saúde, detentor de um saber técnico-científico com estatuto de verdade, assume um caráter paternalista e um discurso higienista-sanitário orientado para a prevenção ou o tratamento da doença, que resulta de comportamentos (de risco) adotados pelos indivíduos em virtude da sua falta de informação.

Nesse sentido, a educação em saúde, feita numa **relação assimétrica** entre técnico, detentor "[...] de todo o saber necessário para se ter uma vida saudável" (Silva et al., 2010, p. 2546), e indivíduo, assenta na transmissão verticalizada de conhecimentos e informações de forma expositiva, prescritiva e unidirecional, e na sua passiva assimilação, muito na linhagem da referida educação bancária (Freire, 1976). **É nessa geração que, segundo Moreno, García e Campos (2000), se integra o modelo biomédico.**

Embora esse tipo de educação em saúde, com objetivos facilmente mensuráveis (Loureiro; Mi randa, 2010), tenha conseguido controlar grandes epidemias, através, por exemplo, da adesão das populações a campanhas de vacinação, os seus objetivos ficaram aquém das expetativas, em virtude de vários fatores. Ao ser um trabalho feito sobre as pessoas e não com as pessoas, **esses modelos ignoram (ou desprezam) que nem todos os indivíduos têm capacidade de compreender a informação transmitida, ou a valorizam da mesma forma** (Turábian; Franco, 2001), além de que os **indivíduos são também portadores de um saber (analógico, intuitivo**) que, por ser diferente do saber técnico-científico, não é legitimado como válido.

Como lembra Oliveira (2004), uma educação em saúde paternalista redunda numa clivagem profunda entre o desenvolvimento desejado e o desenvolvimento conseguido. Também, nesse sentido, Silva et al. (2010, p. 2546) defendem que **nesse tipo de educação em saúde "[...] não se busca a autonomia mas, ao contrário, se enfraquece a população**." Por outro lado, esses modelos **não têm em consideração os determinantes psicossociais e culturais** dos indivíduos, isto é, os recursos individuais para implementar as recomendações dadas.

Kemm (1991, apud Navarro, 2000, p. 16) afirma que, na "[...] realidade está perfeitamente demonstrado que a informação, por si só, não é geradora de atitudes e que os comportamentos relacionados com a saúde dependem de um grande conjunto de atitudes de variada ordem". Para além disso, a elevada morbilidade de origem cardiovascular e oncológica, associada a estilos de vida não saudáveis (Moreno; García; Campos, 2000), fez aumentar a preocupação em torno dos comportamentos dos indivíduos e a sua repercussão na saúde (Valadez; Villaseñor; Alfaro, 2004), situação para a qual o Relatório Lalonde já havia alertado em 1974.

A segunda geração, apesar de reconhecer a importância da informação, diz respeito a uma educação em saúde centrada no comportamento (Moreno; García; Campo, 2000), de foco comportamental (Santos, 2000) ou etológico. Nesse sentido, a saúde desloca-se "[...] do âmbito do direito social para o de uma escolha individual" (Silva et al., 2010, p. 2546); a informação perde o protagonismo e passa a ser tida como um meio para a adoção de comportamentos saudáveis.

Nessa perspectiva, a **saúde passa a ser produto do comportamento do indivíduo em resposta aos estímulos do(s) meio(s) no(s) qual(ais) se insere e movimenta**, pelo que a **educação em saúde é de abordagem preventiva, individual e adaptativa**, não se pretendendo a implicação do indivíduo na modificação desse(s) meio(s), mas antes a sua adaptação a ele(s). Para isso, utiliza-se uma comunicação do tipo persuasivo, com o objetivo de criar culpabilidade na vítima. A este propósito Bensen et al. (2007, p. 59) afirmam que

[...] no **modelo culpabilizante de educação**, geralmente o profissional acredita estar socialmente investido de autoridade sanitária. Ele pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto dos temas que envolvem saúde e doença; dessa forma,

impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir.

Para Moreno, García e Campos (2000), se integra nessa geração, entre outros, o **modelo de crenças da saúde (health belief model).** Várias críticas foram apontadas a esse tipo de educação em saúde, nomeadamente o fato de **continuar a encarar o processo de saúde(-doença) como um fenómeno individual, de se manter implícita uma educação vertical e do indivíduo continuar a ter um papel passivo,** já que não promove a modificação do(s) meio(s), mas apenas se adapta a ele(s).

Por outro lado, ao se centrar no comportamento, esse tipo de educação em saúde **negligencia as outras dimensões humanas, como a emotiva, a afetiva, a ética ou a espiritual**, tão importantes para o alcance da saúde (Santos, 2000; Valadez, Villaseñor, Alfaro, 2004). Para além disso, para Valla (1998), esse tipo de educação em saúde procura esconder o mau funcionamento dos serviços públicos e descomprometer os governos e as suas instâncias. Nesse sentido, o centro da responsabilidade passa a ser o próprio indivíduo, "[...] que é visto como o último responsável (senão o único) por seu estado de saúde. Esse foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição, na intervenção clínica e no paradigma biomédico" (Bensen et al., 2007, p. 59).

A terceira geração de modelos de educação em saúde, a educação em saúde crítica (Moreno; García; Campos, 2000) ou de foco integral (Santos, 2000), influenciada pelas correntes humanistas, pela psicologia de grupo e pelo modelo dialógico de Freire, emerge das lacunas apresentadas pelos modelos das gerações anteriores contando com uma visão individual e exclusivamente biológica da saúde.

De cariz mais promocional da saúde, essa perspectiva, **preocupada com os processos de interação entre o indivíduo e o meio, procurou relacionar a morbimortalidade com as condições socioeconómicas,** propondo mudanças sociais que promovessem a igualdade e a equidade e potenciassem o desenvolvimento individual e a participação comunitária (Moreno, García, Campos, 2000; Santos, 2000), responsabilizando também o próprio poder político pelas referidas mudanças sociais.

Nesse sentido, a **educação em saúde deve ir além da modificação comportamental, capacitando as pessoas para agirem sobre o meio, implicando-as no processo de transformação de fatores pessoais, sociais, económicos ou ambientais que incidem sobre a sua saúde**. Assim, longe de se centrar na transmissão de informação ou nas tomadas de decisão comportamentais, esse tipo de educação para a saúde procura motivar e capacitar os indivíduos a empreenderem ações que melhorem a sua saúde.

É, por isso, uma educação em saúde crítica, participativa e emancipadora que se descentra dos conhecimentos e dos seus efeitos comportamentais para focalizar-se na interação entre as pessoas e o meio e no desenvolvimento de uma consciência coletiva (Valadez; Villaseñor; Alfaro , 2004).

Nessa perspectiva, a saúde não é um fim, mas, tal como preconizado em Ottawa (OMS, 1986), um recurso vital, fruto de uma construção coletiva. Nesse sentido, como defendem Bensen et al. (2007, p. 59), nesse tipo de educação para a saúde

[...] os profissionais devem **estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade** com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. [...]

A pessoa autônoma necessita de liberdade para manifestar sua própria vontade além de capacidade de decidir de forma racional, optando entre as alternativas que lhe são apresentadas, bem como compreender as consequências de suas escolhas.

Assim, esse tipo de educação em saúde é feito com as pessoas e não sobre elas (Labonte, 1993), **desvanecendo-se, deste modo, o caráter paternalista e hierarquizado das abordagens de tipo top-down.** Nesse sentido, os modelos dessa terceira geração têm em consideração os mundos de significação dos indivíduos, estruturais na vida de quem os vive e de quem os sente, e a partir dos quais constroem a sua própria identidade, no que Maturana e Varela (2002) definiram como unidade composta autopoiética. Esses mundos de significação, fruto das próprias histórias de vida das pessoas, podem ter origem diversa, como a religiosa, a espiritual, a académica, a comunitária, ou estarem ligados a qualquer outra vertente da dimensão humana. Nesses modelos, o educador (que pode não ser necessariamente um profissional de saúde) valoriza os mundos de significação dos indivíduos com os quais obrigatoriamente terá de trabalhar. Tal implica adotar e adaptar a linguagem, de forma a que esta seja facilmente compreendida no contexto comunicacional dos indivíduos, e inclui uma relação entre estes e o

educador, assumindo-se uma postura de dádiva, partilha, empatia, generosidade, autenticidade e humildade que permite alcançar a confiança, base de qualquer relação humana (Oliveira, 2004; 2008).

RESUMINDO

Significa que o educador não é um mero transmissor de informação e ordens, um instrutor paternalista da verdade (Oliveira; Fonte, 2009), como nos modelos da primeira geração, nem um culpabilizador comportamental, como nos modelos de segunda geração. É, antes, um perturbador facilitador (Antunes, 2008; Bové, 2006), um mediador (Silva et al., 2010), um "[...] catalisador de processos de reflexão crítica" (Loureiro; Miranda, 2010, p. 50), que promove a flexibilização dos padrões auto-organizativos dos indivíduos, capacitando-os individualmente e à comunidade no sentido de assumirem um maior controlo sobre a sua saúde, deixando de ser espectadores da sua própria realidade, assumindo-se como atores sociais, com direitos e deveres (Cotta et al., 2007).

Nessa geração de educação em saúde o educador não outorga soluções, mas ajuda e orienta na procura de soluções. Isso implica necessariamente uma relação baseada no diálogo e não em dois monólogos proferidos pelo indivíduo e pelo educador.

Dialogar pressupõe a predisposição para ouvir (silenciosamente), para aceitar, eventualmente refutar, e reconhecer que podemos estar errados; pressupõe uma boa dose de humildade por parte de quem, habitualmente, se sentiria superior. Segundo Moreno, García e Campos (2000), se inscrevem nessa geração os modelos de investigação- ação-participativa e de empowerment individual e comunitário, descentrados, mas não excluídos, de contextos formais de educação.

Embora a definição de Alma-Ata (OMS, 1978) tenha sido o mote para fazer emergir o **modelo biopsicossocial,** que George Engel propusera na década de 50 do século passado (Marco, 2003) e que se encontra muito mais próximo da concepção que hoje temos dos indivíduos, ele ainda está longe de ser verdadeiramente holista.

Nesse sentido, ao longo das várias conferências, novas dimensões do indivíduo têm sido acrescentadas, como contribuidoras de um completo bem-estar, de que é por exemplo a **dimensão espiritual**. A tendência tem sido de descentração de uma visão do homem entendido

como máquina, num modelo cartesiano, numa visão do todo como soma das partes, para passar a encará- lo como uma entidade multidimensional.

Nessa acepção, a **saúde não mais pode ser vista como uma situação estática, mas antes como um processo em permanente mudança** ao longo da vida do próprio indivíduo. Por outro lado, fica também claro, desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (OMS, 1986), que a saúde deixa de se confinar aos profissionais de saúde, tal como preconizado em Alma-Ata (OMS, 1978), para passar a envolver toda a comunidade de forma participativa e responsável.

Não obstante a responsabilidade individual e da comunidade, também nesse contexto se reforça a **responsabilidade dos governos**, na criação de políticas públicas saudáveis. Como lembra Mendes (2009), o movimento de promoção da saúde surge num contexto de racionalidade política que tem vigorado nas sociedades ocidentais contemporâneas, em que se exerce pressão para a contenção das despesas e para a crescente responsabilização individual em saúde, num exercício de autonomia que persegue o ideal de autogoverno e que, baseado na ideia de que a informação gera conhecimento e de que o conhecimento conduz necessariamente a uma mudança comportamental, pode culminar numa responsabilização dos indivíduos.

Por isso, na mesma conferência que inicia o movimento de promoção da saúde, se esclarece que a **educação em saúde, fundamental nesse processo, deve ser entendida como a aquisição de capacidades pelos indivíduos e comunidades para controlarem os seus determinantes de saúde**. É aqui que a educação, como um motor de capacitação, se constitui como a chave para que a saúde seja um bem acessível a todos.

Educação e saúde são, portanto, duas faces do mesmo processo, interdependentes e co-construtivas. Esses conceitos estão de tal forma imbricados que podemos, à semelhança de Oliveira (2004), falar em redundância da expressão “educação em saúde” já que, de fato, ambos os conceitos pressupõem um desenvolvimento do indivíduo em todas as suas dimensões, como a fisiológica, a emotiva, a afetiva, a volitiva, a racional, a ética, a espiritual, a social, a ecológica ou a comunitária (Feio; Oliveira, 2010).

Se, como afirma Oliveira (2004), o conceito de educação (e de saúde) começa e termina na comunidade, então o processo de educação em saúde tem de ser obrigatoriamente um processo permanente e comunitário e não um processo que se confina às paredes de uma escola, de um hospital ou de um centro de saúde, numa visão exclusivamente formal de educação.

FIQUE ATENTO!

Educação em saúde

O MS define educação em saúde como:

> *Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população* [...]. *Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades* ·

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários:

- os **profissionais de saúde** que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas;
- os **gestores** que apoiem esses profissionais; e
- a **população** que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua **autonomia e emancipação como sujeito histórico e social**, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

A temática deve envolver a compreensão de projetos de sociedades e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde.

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

O termo *educação em saúde* vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX e para sua melhor compreensão faz-se necessário o entendimento da história da saúde pública no Brasil. A expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, com o **Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias**. As ações do Estado se davam por meio das chamadas campanhas sanitárias.

Outras formas de educação em saúde eram caracterizadas por **ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida**, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde. Um trabalho realizado por Alves e Aerts em 2011 afirma:

> [...] *com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população.*

O termo *educação e saúde*, utilizado ainda hoje como sinônimo de *educação em saúde*, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças.

Exemplo clássico de como se davam as práticas educativas em saúde na época ficou registrado na obra do escritor infanto-juvenil Monteiro Lobato, que criou em seu livro *Urupês*, obra publicada em 1918, o personagem *Jeca Tatu*, trabalhador rural do Vale do Paraíba (SP), um caboclo que sofria do *amarelão*, doença posteriormente diagnosticada como ancilostomose ou ancilostomíase, denunciando as precárias condições de vida da população. À época, as campanhas sanitárias utilizaram a figura do personagem indicando que as origens dos

problemas de saúde eram de responsabilidade individual, não contextualizando os problemas sanitários de forma crítica a partir de mudanças coletivas.

Na década de 1990 ainda era comum o uso do termo *educação e saúde*, e o conceito apresentava-se como uma área de saber técnico voltada para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

O desenvolvimento da *educação sanitária*, iniciada nos Estados Unidos, deu-se de forma associada à saúde pública, tendo sido instrumento das ações de prevenção das doenças, caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil, a **perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença.** No Brasil o termo foi e ainda é utilizado, como sinônimo de educação em saúde, mantendo a conotação de práticas educativas verticalizadas.

TOME NOTA!

***Educação para a saúde* também é outro termo usual ainda hoje nos serviços de saúde. Aqui se supõe uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas**, que remete ao que Paulo Freire chamou de *educação bancária*. Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva.

Muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda são feitas com esta visão, apesar da participação comunitária estar presente na retórica de muitos gestores, profissionais de saúde e educadores e preconizada nos princípios e diretrizes do SUS.

Movimentos sociais, tais como o Movimento de Educação Popular, protagonizado pelo educador Paulo Freire, na década de 1960, influenciaram o campo de práticas da educação em saúde, **incorporando a participação e o saber popular à área, dando lugar a processos educativos mais democráticos**. Exemplo dessa influência foi verificado no **Movimento de Educação Popular em Saúde que se formou nos últimos 40 anos**, por meio de reflexão, produção de conhecimentos e militância em diversas organizações criadas ao longo deste tempo, tais como a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a Rede de Educação Popular e Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular.

A educação popular em saúde é um movimento histórico de mudanças, inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira. Vasconcelos considera que a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.

A *educação popular em saúde* tem uma concepção diferenciada da hegemônica da *educação em saúde*. Organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no **espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares**. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

A *educação em saúde*, então, é prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como s*etor saúde*.

A *educação popular em saúde* continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação popular e participação social.

Para promover a educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde, e se fala, então, em *educação na saúde*.

Educação na saúde

Educação na saúde, de acordo com o glossário eletrônico da BVS, consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e com o rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Além de exigências diárias envolvendo inteligência emocional e relações interpessoais se faz necessário que haja algo para além da graduação, que possa tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema.

Nesse processo de múltiplas determinações e relações torna-se fundamental o **papel das instituições de serviço para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de maneira a contribuir para essa formação.**

Nesse contexto o traço original da educação deste século é a colocação do indivíduo nos contextos social, político e ético-ideológico. A educação no século XX tornou-se permanente e social e as ideias universalmente difundidas entre elas é a de que não há idade para se educar, de que a educação estende-se pela vida e ela não é neutra, mas engajada.

Para tanto, há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente.

A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, tais como as pós-graduações, enquanto a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho.

Para o Glossário eletrônico da BVS, **educação continuada, consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas** pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiên cias laborais e de participação no âmbito institu cio nal ou fora dele.

O **primeiro grande marco da educação continuada** aconteceu na década de 1950, com a reunião de Elsinor, ocorrida na Dinamarca em 1959, patrocinada pela Unesco, em que se

discutiram os fins e os métodos da educação de adultos e o papel da cooperação internacional, na reconstrução do pós-guerra. O enfoque desse encontro era a compreensão de que todo conhecimento sofre transformações, sendo necessário aprender a capacitar-se. O lema vigente na época era "Há de ajustar-se a um mundo novo em mutação".

O **segundo momento histórico** manifesta-se na década de 1960 e tem como princípio aceitar o adulto como passível de aprender, mas de maneira diferente da criança e do adolescente. O enfoque é técnico institucional, devido a isso, aparecem projetos multinacionais de incentivo à capacitação de mão-de-obra.

Na década de 1970, o terceiro marco histórico, caracteriza-se pelo pensamento de que o homem "educa-se a partir da realidade que o cerca e, em interação com outros homens, coeduca-se". É uma fase que coloca o homem consciente, dentro da realidade onde vive, interagindo como sujeito transformador.

Complementando o pensamento acima, **"o aprendizado adulto é pessoal, é ter a vida como educação**, pois é um processo que dura a vida toda, que todos nós temos em comum e que alimenta o ciclo da mudança de comportamento, é, portanto, um processo de evolução". **A educação continuada caracteriza-se por alternativas educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais,** seja por meio de cursos de caráter seriado, seja por meio de publicações específicas em determinado campo.

Já a educação permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

O desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Assim, é necessário que os serviços de saúde revejam os métodos utilizados em educação permanente, de forma que esta seja um processo participativo para todos. Ela tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais

do aprender e do trabalhar. Essa seria uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural.

Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, que resulta de uma combinação complementar e, ao mesmo tempo, antagônica do modelo médico privatista e do modelo assistencial "sanitarista" dicotomiza a assistência e a prevenção. Acrescentaríamos que **ele ainda ignora a promoção da saúde, a qual extrapola o sistema de saúde para uma abordagem mais ampla que envolve a integração intersetorial e o entendimento abrangente da saúde como um fenômeno também social que "empodera" indivíduos e comunidade.**

Faz-se essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. O modelo de atenção ou modelo assistencial "[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação".

É possível perceber, voltando o olhar para o cenário atual, que há **necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencialista, centrado na doença, excessivamente especializado e ainda prioritariamente hospitalar**, por um **modelo integral, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos, e que utilize a educação em saúde de forma participativa e dialógica**. Contudo, alterações no processo de formação profissional e reflexão sobre suas práticas podem auxiliar nessa mudança de paradigma.

É importante, então, a **utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas**, tais como as utilizadas nas ações de educação popular em saúde, inseridas nos currículos de educação continuada e nas ações de educação permanente em saúde, visando uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade.

2 – RESOLUÇÃO DE QUESTÕES

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

1. (UFABC – VUNESP – 2019) De acordo com a nova perspectiva para atenção em saúde, o principal elemento para a sensibilização de equipes de profissionais, pacientes e familiares, que enfrentam os diversos procedimentos necessários às intervenções em instituições de saúde, é a

a) contenção das emoções.

b) proteção da privacidade do paciente.

c) especificação de tarefas.

d) atuação em rede.

e) humanização do atendimento.

COMENTÁRIOS:

A respeito do que expressa o enunciado, um dos principais elementos (ao lado do acolhimento), para a sensibilização de equipes de profissionais, pacientes e familiares, que enfrentam os diversos procedimentos necessários, às intervenções em instituições de saúde, é: a **HUMANIZAÇÃO** do atendimento.

Exemplificando a importância deste elemento junto a pacientes com deficiência e seus familiares, acompanhe a colocação de Bazon & Cols., (2004, p. 93):

"O momento da comunicação do diagnóstico de uma deficiência é considerado muito importante tanto para a família quanto para o desenvolvimento da pessoa com deficiência, por isso a APAE de São Paulo elaborou um programa chamado "Momento da Notícia". Este programa conta com uma equipe de profissionais da APAE–SP que ***realiza um trabalho de sensibilização e capacitação destinado à profissionais da área da saúde, visando a transmissão do conhecimento acerca do conteúdo da notícia a ser dado para os pais****, bem como descobertas sobre as deficiências.* ***O objetivo desse trabalho é a humanização do momento diagnóstico e a mudança no olhar dos profissionais frente à pessoa com deficiência e sua família****"*

a) INCORRETA. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências destaca-se a "humanização da atenção garantindo efetivação **de um modelo centrado no usuário** e baseado nas suas necessidades de saúde;" portanto, uma proposta que sugira a "contenção das emoções" contraria a consideração que as diretrizes indicam.

b) INCORRETA. A proteção da privacidade do paciente pauta-se, principalmente, em atuações éticas relacionadas ao exercício de um profissional, não deixando de estar incluída na prática humanizada, porém, não traduz de maneira específica o elemento a que faz referência o enunciado.)

c) INCORRETA. "Especificação de tarefas" configura um item relacionado, principalmente, a práticas que aludem a modelos reducionistas. Atualmente, este item vem sendo atenuado por uma perspectiva integrada e interdisciplinar em âmbitos de saúde coletiva.)

d) INCORRETA. "Atuação em rede" tem relação com práticas integradas, remetendo a uma configuração que procura transpor modelos biomédicos reducionistas, para uma abordagem integrativa.)

e) CORRETA. “Humanização do atendimento” é o elemento que preenche a caracterização trazida pelo enunciado, pois tem como cerne a sensibilização, não apenas de profissionais, como de pacientes e familiares, considerando aspectos relacionados a atuações e intervenções em instituições de saúde.)

2. (PREF. DE ITAPEVI – VUNESP – 2019) No Brasil, o termo acolhimento ganhou força com o programa humaniza SUS (Sistema Único de Saúde). Em uma equipe multiprofissional de saúde mental, o acolhimento é uma

a) intervenção que deve ser assumida pelo psicólogo da equipe de referência, que é o profissional tecnicamente capacitado para dar conta dessa tarefa.

b) postura ética que deve ser assumida por todo profissional da equipe de referência, e implica compartilhamento de saberes, necessidades e possibilidades.

c) etapa do procedimento de triagem nos serviços de saúde, e deve ser realizado somente em contexto de atendimentos clínicos ou psiquiátricos.

d) ação que tem como objetivo fundamental identificar se a demanda de um usuário pode ser atendida pelo serviço de saúde consultado.

e) conduta que visa diminuir as queixas dos usuários dos serviços de saúde em relação à qualidade do atendimento por eles recebido.

COMENTÁRIOS:

No Brasil, o termo acolhimento ganhou força com o programa humaniza SUS (Sistema Único de Saúde). Em uma equipe multiprofissional de saúde mental, o acolhimento é uma

Segundo o Ministério da Saúde

"Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que ***não tem local nem hora certa para acontecer***, ***nem um profissional específico para fazê-lo****: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento* ***é uma postura ética*** *que implica na* ***escuta do usuário em suas queixas****, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com* ***ativação de redes de compartilhamento de saberes****. Acolher é um* ***compromisso de resposta às necessidades*** *dos cidadãos que procuram os serviços de saúde".*

a) INCORRETA.

Como vimos acima, não existe um profissional específico para acolher. O acolhimento "faz parte de todos os encontros na área de saúde".

b) CORRETA.

A assertiva está de acordo com a definição que trouxemos acima.

c) INCORRETA.

Conforme vimos, não há hora certa nem local para realizar o acolhimento. Portanto, este não é específico da triagem.

d) INCORRETA.

Novamente a alternativa traz uma ideia de triagem. O acolhimento não está restrito a esse primeiro momento de contato entre o usuário e o serviço.

e) INCORRETA. Conforme a definição acima, o acolhimento visa escutar os usuários em suas queixas, não diminuí-las.

3. (PREF. DE ERVÁLIA – FUNDEP – 2019) De acordo com Sebastiani (2000), a Psicologia da Saúde pode ser vista como um campo interdisciplinar preocupado com a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde-doença, bem como aos cuidados de saúde.

Nessa perspectiva, são tendências para essa área, exceto:

a) Integração de modelos teóricos e novas metodologias de trabalho.

b) Perpetuação de um modelo clínico voltado à saúde mental.

c) Participação individual e comunitária nas questões de saúde.

d) Modificação de crenças e atitudes com relação às enfermidades.

COMENTÁRIOS:

Sobre esse assunto, em referência a Sebastiani, Pires e Braga (2009) trazem:

"A Psicologia da Saúde pode ser vista como um campo da Psicologia que nasce para dar resposta a uma demanda sociossanitária, de acordo com Sebastiani (2000), o qual ***destaca algumas tendências para essa área****, como:* ***integração de modelos teóricos, modificação de crenças a atitudes com relação às enfermidades, a participação individual e comunitária nas questões de saúde*** *– todos aspectos compreendidos pelo autor como estratégias para soluções dos problemas de saúde."*

RESPOSTA: B.

4. (PREF. DE CONCEIÇÃO – CONTEMAX – 2019) As crianças, quando acometidas por alguma doença, ficam, na maioria das vezes, mais irritadas e chorosas, requerendo cuidados especiais. Se a patologia for mais séria e a criança tiver que ser internada, ela e seus pais mostram-se inseguros e com medo. A família deseja conhecer mais sobre a doença e a internação, porque

assim acredita poder ajudar a criança de forma adequada, porém também acontece de a família negar esta nova situação, manifestando medo. O mecanismo de negação surge sendo a doença grave ou não (Crepaldi, 1998).

Sobre esse processo analise as proposições:

I. A hospitalização infantil faz com que ocorra debilidade no quadro emocional da criança, em função do afastamento de sua casa, de seus pertences e principalmente da família.

II. A criança hospitalizada requer alguém que lhe proporcione cuidados como alimentação, carinho, higiene e segurança. No momento em que a mãe está presente, ela atende às necessidades afetivas da criança e ajuda no desenvolvimento de assistência integral.

III. Os profissionais da área da saúde precisam estar conscientes que a criança doente está completamente afetada e que seu desenvolvimento emocional e sua integridade estão comprometidos.

IV. A equipe de saúde deve minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, permitindo que ela seja ativa durante o processo de hospitalização, porém deve restringir o contato com familiares que fazem visitas.

a) I, II e IV são verdadeiras.

b) I e IV são verdadeiras

c) I, II e III são verdadeiras

d) I, II, III e IV são verdadeiras

e) I e III são verdadeiras

COMENTÁRIOS:

I. CORRETA. Afirmativa de acordo com o artigo de Gonçalves:

"Ficar no hospital acarreta debilidade no quadro emocional da criança, por isso ela precisa receber muita proteção e cuidado. Se ela contar com a presença de um familiar, no período de internação, suportará melhor a ansiedade e os sofrimentos."

II. CORRETA. Mais uma assertiva coerente com o artigo de Gonçalves:

"A criança hospitalizada requer alguém que lhe proporcione cuidados como alimentação, carinho, higiene e segurança. No momento em que a mãe está presente, ela atende às necessidades afetivas da criança e ajuda no desenvolvimento de assistência integral (OLIVEIRA & COLLET, 1999). Mudanças inesperadas, no cotidiano da criança, influenciam seu estado afetivo e emocional, por isso a presença da mãe continua sendo essencial, mesmo após a primeira infância (SPITZ, 1979)."

III. CORRETA. Também está de acordo com o artigo supracitado:

"No trabalho com crianças hospitalizadas, percebe-se claramente quanto é importante lutar pela humanização dentro da instituição, protegendo a criança de um atendimento impessoal e agressivo. Os profissionais da área da saúde precisam estar conscientes que a criança doente está completamente afetada e que seu desenvolvimento emocional e sua integridade estão comprometidos (CHIATTONE, 2003)."

IV. INCORRETA. Não se deve restringir o contato com familiares. A família é fundamental para o tratamento. Veja o que Gonçalves diz:

"A equipe de saúde deve minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, permitindo que ela seja ativa durante o processo de hospitalização. É também de extrema importância a valorização das trocas entre mãe e filho, tendo em vista o enorme sofrimento que a separação desse binômio provoca (CHIATTONE, 2003)."

RESPOSTA: C.

5. (PREF. DE LUCENA – CONTEMAX – 2019) Um dos problemas existentes na hospitalização infantil deriva do descuido de aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos envolvidos nesta situação. Intervenções no contexto hospitalar devem buscar a promoção de condições favoráveis à reabilitação de efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento comportamental da criança (Zannon, 1991). Diante desta afirmativa o que seria FALSO para Psicologia da saúde:

a) Produzir bem-estar no hospital deve ser atribuição específica do psicólogo, quando subsidia programas que promovam o conhecimento e a aquisição de comportamentos dentro desse contexto. Enquanto os demais profissionais devem restringir seus cuidados à parte biológica.

b) a identificação de processos psicológicos envolvidos na assistência à criança, assim como seus pais ou cuidadores.

c) diz respeito ao desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco.

d) deve promover condições favoráveis ao enriquecimento ou à reabilitação comportamental de crianças, enfatizando a melhora na relação profissional-paciente.

e) O brincar deve ser explorado porque é uma das formas de expressão mais genuínas da criança, o meio através do qual ela expressa seu pensamento, uma vez que a linguagem verbal ainda não está suficientemente desenvolvida para esse fim.

COMENTÁRIOS:

a) INCORRETA. Essa alternativa é uma distorção da seguinte frase de Soares:

*"**Produzir bem-estar no hospital deve ser atribuição de profissionais da área da saúde** e a psicologia tem aí um papel específico, quando subsidia programas que promovam o conhecimento e a aquisição de comportamentos dentro desse contexto. Quando pessoas experienciam situações como doença e hospitalização, necessitam desenvolver habilidades para lidar com **fatores biológicos e emocionais.**"*

Portanto, a **atribuição** não é específica do Psicólogo, apesar dele ter um **papel** específico.

b) CORRETA. A Psicologia da Saúde trabalha com processos psicológicos não apenas do paciente, mas das pessoas que têm relação próxima com ele.

c) CORRETA. Assertiva de acordo com Soares:

*"O trabalho realizado pelo psicólogo no hospital deve possuir duas características importantes . Uma, a curto prazo, que se refere ao manejo imediato do comportamento do paciente, em especial no c aso de crianças e que está diretamente ligado ao que os demais profissionais esperam que o psicólogo faça para complementar, facilitar ou maximizar suas tarefas diárias. E outra, a médio e longo prazo, que diz respeito ao **desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco** (Amaral, 2001)"*

d) CORRETA. Alternativa de acordo com o artigo de Félix e colab.:

*"Diante das adversidades a serem enfrentadas, tanto no plano material, quanto no plano afetivo do ambiente hospitalar, é fundamental incentivar recursos de humanização (ARAÚJO, GUIMARÃES, 2009), ressaltando a importância das intervenções lúdicas e artísticas em Pediatria, na **promoção de condições favoráveis ao enriquecimento ou à reabilitação comportamental de crianças, enfatizando a melhora na relação profissional-paciente**, a preparação de*

pacientes para os tratamentos cirúrgicos, a hospitalização e o aumento na adesão aos tratamentos e prescrições médicas. (COSTA JR, 1999)."

e) CORRETA. Alternativa de acordo com o texto de Funicelli:

"A brincadeira deve ser explorada porque é uma das formas de expressão genuínas da criança, um meio pelo qual ela expressa seu pensamento, uma linguagem essencial na elaboração e na compreensão do mundo, vez que a linguagem verbal ainda não está suficientemente desenvolvida para esse fim.

Segundo Winnicott (1975), precisamos compreender que as crianças brincam por prazer, para exprimir a agressividade, para dominar a angústia, para aumentar sua experiência e para estabelecer contatos sociais."

6. (IPREMM – VUNESP – 2019) O trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde

a) diminui a responsabilidade de cada profissional da equipe de saúde em relação aos pacientes por ela atendidos.

b) permite que as várias ações necessárias aos atendimentos da equipe sejam compartimentalizadas para sua maior eficácia

c) aceita que cada profissional, dentro de sua especialidade, realize os atendimentos que acredita serem pertinentes para cada paciente.

d) possibilita o compartilhamento de reponsabilidades na tomada de decisões quanto aos atendimentos realizados junto aos pacientes

e) solicita que cada um dos membros da equipe se envolva com todas as ações necessárias ao acompanhamento de seus pacientes.

COMENTÁRIOS:

a) INCORRETA. O trabalho em equipe envolve compartilhar responsabilidade e não diminuí-las.

b) INCORRETA. A compartimentalização pode prejudicar a comunicação e o trabalho em equipe.

c) INCORRETA. Se cada um toma a decisão que acredita ser melhor, não há trabalho em equipe.

d) CORRETA. A alternativa traz uma das características do trabalho em equipe.

e) INCORRETA. Não é preciso que cada um se envolva com todas as ações. O trabalho em equipe permite que os profissionais assumam diferentes papeis e façam o trabalho em colaboração.

7. (PREF. DE VALINHOS – VUNESP – 2019) O matriciamento, em relação à política de saúde mental, constitui uma ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes multiprofissionais e de suas relações com as pessoas e a comunidade atendidas. O matriciamento pressupõe que

a) as ações de atenção em saúde mental sejam realizadas predominantemente pelos profissionais especializados da equipe.

b) as intervenções psicossociais coletivas sejam conduzidas apenas pelo profissional denominado matriciador na equipe.

c) as equipes multiprofissionais tenham claramente estabelecidos os papéis e a hierarquia que vai conduzir as ações do grupo.

d) a comunicação e a coordenação de cuidados sejam efetivas entre todos os profissionais das equipes que integram a rede de cuidados.

e) os profissionais das equipes de saúde tenham todos as mesmas atribuições em relação aos cuidados com as pessoas e a comunidade.

COMENTÁRIOS:

O **matriciamento**, em relação à política de saúde mental, constitui uma **ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes multiprofissionais** e de suas relações com as pessoas e a comunidade atendidas. O **matriciamento pressupõe** que

a) as ações de atenção em saúde mental sejam realizadas predominantemente pelos profissionais especializados da equipe.
b) as intervenções psicossociais coletivas sejam conduzidas apenas pelo profissional denominado matriciador na equipe.
c) as equipes multiprofissionais tenham claramente estabelecidos os papéis e a hierarquia que vai conduzir as ações do grupo.
d) a **comunicação e a coordenação de cuidados sejam efetivas** entre todos os profissionais das equipes que integram a rede de cuidados.
e) os profissionais das equipes de saúde tenham todos as mesmas atribuições em relação aos cuidados com as pessoas e a comunidade.

O matriciamento tem fundamento em:

*"• **Efetiva comunicação e coordenação de cuidados** entre os profissionais envolvidos;*
•Ações realizadas predominantemente na APS;
•Integração entre recursos locais de saúde e intersetorial;"

RESPOSTA: D.

8. (CRP 4 – FUMARC – 2019) O novo paradigma de saúde nos leva a pensar em saúde considerando aspectos mais abrangentes da vida das pessoas, ou seja, como as pessoas se relacionam com o mundo, construindo e transformando as suas realidades, e os mecanismos psíquicos que encontram para se construírem, se transformarem e viverem melhor. Com relação à atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, NÃO é correto afirmar:

a) O foco da atuação do psicólogo na Unidade Básica de Saúde é o sofrimento ético, político e cultural das pessoas, suas crises individuais e relacionais, apoiando as pessoas no enfrentamento de suas dificuldades.

b) O psicólogo é um profissional que atua no campo da subjetividade. Sua função é cuidar da identidade que é gerada como produto desse conjunto de relações intersubjetivas.

c) Os psicólogos não realizam atendimento dos usuários que se encontram em situações de emergência/crise.

d) Para desenvolver a atenção integral à saúde que abranja a complexidade do processo saúde-doença, o trabalho interdisciplinar se torna uma real necessidade do profissional de saúde.

COMENTÁRIOS:

a) CORRETA. Alternativa de acordo com o artigo de Moreno e colab.:

*"O foco da atuação do psicólogo na ESF é o sofrimento **ético, político e cultural** das pessoas, suas crises individuais e relacionais, apoiando as pessoas no enfrentamento de suas dificuldades, suscitando a sua autonomia e co-responsabilidade na construção de um modo de vida saudável. (Brandão, 1999)"*

b) CORRETA. A alternativa também está de acordo com Moreno e colab.:

"O psicólogo é um profissional que atua no campo da subjetividade, isto é, do mundo vivido das pessoas e na sua relação com o mundo e consigo mesma. Sua função é cuidar da identidade que é gerada como produto deste conjunto de relações intersubjetivas. A identidade é um processo que envolve o fazer (atividade), o sentir (afetividade) e o pensar (consciência). Cuidar da identidade é procurar a inteireza destas três dimensões indissociáveis da natureza humana. Nosso papel não é a cura, mas a busca desta inteireza"

c) INCORRETA. Essa afirmação traz uma ideia muito abrangente. Há Psicólogos que atuam em serviços de emergência. Além disso, na atenção básica, Psicólogos podem atender alguns pacientes em momentos de crise. Veja novamente a definição de Moreno e colab.:

"O foco da atuação do psicólogo na ESF é o sofrimento ético, político e cultural das pessoas, suas ***crises individuais e relacionais****, apoiando as pessoas no enfrentamento de suas dificuldades, suscitando a sua autonomia e co-responsabilidade na construção de um modo de vida saudável. (Brandão, 1999)""*

d) CORRETA. Alternativa de acordo com o artigo de Böing e Crepaldi:

*"**Para desenvolver a atenção integral à saúde que abranja a complexidade do processo saúde-doença, o trabalho interdisciplinar se torna uma real necessidade do profissional de saúde.** O conhecimento e a prática interdisciplinares surgem como alternativas de se promover a inter-relação entre as diferentes áreas de conhecimento, entre os profissionais e entre eles e o senso comum, relacionando-se ao pensamento divergente que requer criatividade e flexibilidade – princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência e da compreensão de seus limites."*

9. (CRP 4 – FUMARC – 2019) Com relação à psicologia da saúde, seus fundamentos e práticas, é CORRETO afirmar:

a) A psicologia da saúde atua em diferentes campos de saberes, tais como: o clínico, o social, o hospitalar e o institucional.

b) A terapia cognitiva comportamental e a teoria sistêmica têm sido as únicas bases para o trabalho psicológico bem-sucedido junto ao paciente com problemas mentais crônicos.

c) O otimismo é um dos principais aspectos psicológicos que o paciente sub-metido a procedimento cirúrgico habitualmente apresenta.

d) Uma das principais referências teóricas da psicologia não pode ser agregada no contexto hospitalar, tais como neuropsicologia, gestalt-terapia e a abordagem centrada na pessoa.

COMENTÁRIOS:

a) CORRETA. A alternativa está coerente com o que Souza e Delevati falam sobre a Psicologia da Saúde:

"Esta conceituação traz implícito até mesmo mudanças na estrutura institucional, se assim for necessária. Acreditar no trabalho multidisciplinar, é uma psicologia que mais do que explicar o sofrimento do paciente, tenta compreender este sofrimento, articulando com a sua realidade existencial. Não tem um enquadre limitador de um consultório, mas tem como campo de atuação sua própria realidade de inserção. É uma psicologia ao mesmo tempo, ***clínica, social, hospitalar e institucional****, e que por isso tem uma visão mais ampla dos conceitos de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2009)."*

b) INCORRETA. Outras abordagens também podem trabalhar com os pacientes com problemas mentais crônicos. Não há essa exclusividade para a TCC e a sistêmica.

c) INCORRETA. Habitualmente o paciente submetido a um procedimento cirúrgico sente receio, medo, ansiedade. Dependendo da condição, pode haver sofrimento. Portanto, o otimismo pode existir, mas não é um dos principais aspectos.

d) INCORRETA. Essas abordagens podem, sim, participar do contexto hospitalar.

10. (CRP 4 – FUMARC – 2019) A Psicologia alcança, com as políticas públicas, não apenas o atendimento ao cidadão, como também passa a contribuir para a formulação e implementação das políticas. NÃO está correto o que se afirma em:

a) A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alie-nação do paciente no processo saúde-doença, a exclusão de seu ambiente social, uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação.

b) O compromisso do Sistema Conselhos de Psicologia com essa reforma, no âmbito da saúde mental, tem levado como proposição uma política pública intersetorial de cuidados em liberdade, com foco dos Direitos Humanos, na qual o cidadão participa da construção de um projeto de vida significativo e respeitoso, que promova autonomia, qualidade de vida, assim como a cidadania.

c) O compromisso social da Psicologia também levou a uma importante discussão em nosso país pelo fim dos manicômios (a reforma psiquiátrica),

d) O Conselho Federal de Psicologia possui uma comissão de Saúde que reúne especialistas em Psicologia e Saúde.

COMENTÁRIOS:

a) INCORRETA. O correto seria: "**não** exclusão". Veja o texto de Rodrigues e colab.:

". A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alienação do paciente no processo saúde-doença, ***não exclusão*** *de seu ambiente social uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação."*

b) CORRETA. Alternativa coerente com o artigo de Rodrigues e colab.:

"Na experiência de estágio curricular observamos o quanto tem se tornado abrangente o trabalho do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial. ***O compromisso do Conselho de Psicologia com essa reforma, no âmbito da saúde mental, tem levado como proposição uma política pública intersetorial de cuidados em liberdade, com foco dos Direitos Humanos, na qual o cidadão participa da construção de um projeto de vida significativo e respeitoso, que promova autonomia, qualidade de vida, assim como a cidadania. Disponibilizando os conhecimentos, práticas e compromisso da Psicologia a serviço da sociedade.****"*

c) CORRETA. Alternativa de acordo com Rodrigues e colab.:

*"****O compromisso social da Psicologia levou a uma importante discussão em nosso país pelo fim dos manicômios (a reforma psiquiátrica),*** *compreendendo que a loucura é um fato social e que os melhores resultados nos tratamentos não estavam nos manicômios, mas sim no convívio social, rompendo a exclusão e propondo a inserção destes pacientes no contexto social e familiar, com acompanhamento do Estado por meio de uma ampla rede de atenção."*

d) CORRETA. Essa alternativa está coerente com a cartilha do CREPOP:

*"****IV – Prioridades do CFP para a Saúde Pública*** *A comissão de Saúde do Conselho Federal de Psicologia, que reúne especialistas em Psicologia e Saúde, definiu como eixos norteadores para o próximo período os seguintes itens: (...)"*

11. (SESACRE – IBFC – 2019) A prática interprofissional colaborativa centrada no usuário pressupõe a articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço, assegurando a efetiva comunicação. Considere esse conceito e assinale a alternativa correta.

a) Para que a prática interprofissional colaborativa seja alcançada é necessário que os profissionais atuem em suas áreas de formação específicas, e quando oportuno, buscar aprender e praticar o ofício do outro colega

b) Esta perspectiva está ligada ao conceito de campo, o qual relaciona-se aos conhecimentos, habilidades e atitudes comuns e compartilhadas pelas diferentes áreas profissionais da saúde e ao conceito de núcleo profissional que que envolve as competências específicas de cada profissão, implicada no cuidado em saúde

c) No trabalho em equipe interprofissional é indispensável aos profissionais a habilidade de empatia e a interatividade na articulação entre profissionais de diferentes formações e atuações profissionais

d) Na prática colaborativa é necessário negociar os interesses pessoais, para esses não sobressaírem aos interesses no paciente

COMENTÁRIOS:

a) INCORRETA. Tal perspectiva visa um trabalho em conjunto "em prol da qualidade de atenção às necessidades dos usuários" (Peduzzi et al). Não se trata, portanto, de um colega aprender e praticar o ofício do outro.

b) CORRETA. A afirmativa está literalmente de acordo com o artigo de Peduzzi et al.:

"A prática colaborativa pressupõe que os profissionais busquem trabalhar juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários. Tal perspectiva colaborativa interprofissional está ligada ao conceito de campo e núcleo de competências: campo como conhecimentos, habilidades e atitudes comuns e compartilhadas pelas diferentes áreas profissionais da saúde, e

núcleo profissional como aquele que envolve as competências específicas de cada profissão implicada no cuidado em saúde."

c) INCORRETA. Apesar dessa afirmativa poder ser vista como correta por diversos autores, parece que a questão cobra exatamente o conteúdo do artigo de Peduzzi et al. No artigo, não há referência sobre empatia. Veja o que é dito:

"O trabalho em equipe interprofissional não recobre a atuação dos profissionais em toda rede de atenção à saúde, por isso o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional. Esta remete à necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede."

d) INCORRETA. Peduzzi et al. não falaram sobre negociar interesses pessoais. Veja:

"Estudo sobre a colaboração interprofissional constatou a dificuldade em subordinar os interesses profissionais aos interesses dos pacientes. O risco de os interesses pessoais emergirem em uma equipe que não possui objetivos negociados é grande, resultando em um comportamento individual e sem foco no paciente."

12. (SESACRE – IBFC – 2019) O trabalho em equipe configura-se na relação recíproca - de dupla mão - entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Considere esta relação, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. A comunicação tem um papel central nesse processo, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais

II. É fundamental que no trabalho em equipe todos os envolvidos estejam comprometidos e engajados a ensinar a sua função uns aos outros, para que todos possam desenvolver o trabalho de forma conjunta

III. No trabalho em equipe é necessário que os interesses individuais dos profissionais sejam alinhados aos da empresa, almejando o alcance maior de resultados e satisfação pessoal.

IV. O destaque para o compartilhamento dos objetivos comuns e tomadas de decisões conjuntas, podem ser interpretados como características essenciais para o trabalho em equipe, uma vez que alcançada, pode permitir a construção de um projeto assistencial comum.

a) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas

b) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas

c) As afirmativas I, II e III estão corretas

d) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas

COMENTÁRIOS:

I. CORRETA. Afirmativa coerente com o artigo de Peduzzi et al.:

"O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares – trabalho e interação humana. Portanto, configura-se na relação recíproca – de dupla mão –, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, ***a comunicação tem um papel central e, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais.****"*

II. INCORRETA. Peduzzi et al. não falam sobre um ensinar a função ao outro, mas sobre o trabalho em conjunto.

III. INCORRETA. Os autores supracitados referem que os interesses devem ser direcionados aos pacientes.

IV. CORRETA. A afirmativa está baseada no seguinte parágrafo do texto de Peduzzi et al.:

"O destaque para o compartilhamento dos objetivos comuns, aliado a responsabilidade e accountability, pode ser interpretado como característica que, uma vez alcançada, pode permitir a construção de um projeto assistencial comum da equipe orientado para a produção dos resultados esperados para os pacientes"

RESPOSTA: A.

13. (Pref RJ – SMS RJ – 2019) As equipes da atenção básica, também inscritas na lógica da atenção psicossocial, devem incluir em suas agendas:

a) atenção terciária

b) atendimentos psicoterápicos

c) ações de saúde mental

d) ações manicomiais

COMENTÁRIOS:

A questão se fundamenta no seguinte trecho do artigo de Lima e Dimenstein:

"Com a perspectiva da integralidade e da desinstitucionalização, as equipes da Atenção Básica, também inscritas na lógica da Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps), ***devem incluir ações de saúde mental em suas agendas****."*

RESPOSTA: C.

14. (TJ AM – CESPE – 2019) No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A prevenção refere-se ao conjunto de ações direcionadas à educação, à proteção, à manutenção e ao aumento da saúde.

COMENTÁRIOS:

ERRADO. Essa é a **promoção de saúde.** Veja:

"Godoy (1999), preocupado em diferenciar a promoção de saúde da prevenção de doenças, define a ***promoção de saúde*** *como [...] o conjunto* ***de atuações dirigidas à proteção, manutenção e aumento da saúde*** *e, em nível operativo, ao conjunto de atuações (centradas no indivíduo e/ ou na comunidade) relacionadas com o* ***desenho, elaboração, aplicação e avaliação de programas e atividades direcionadas à educação, proteção, manutenção e acréscimo da saúde*** *(dos indivíduos, grupos ou comunidades)" (p. 61-62)."*

15. (TJ AM – CESPE – 2019)

No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A reabilitação e a diminuição da prevalência de enfermidades, do seu período de duração e das sequelas da doença constituem objetivos primordiais da promoção de saúde.

COMENTÁRIOS:

ERRADO.

Esses são objetivos da **prevenção.** Veja:

"Tal como foi explicado anteriormente, a prevenção de doenças é posterior à promoção da saúde. Assim, depois de involucrar-se com a promoção de saúde, as intervenções do psicólogo se voltam para a prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção de saúde.

Costa e López (1986), falando sobre ***prevenção, argumentam que esta pretende contribuir com a diminuição da incidência de enfermidades, a diminuição da prevalência, mediante o encurtamento do período de duração da doença ou a diminuição das sequelas e complicações da doença****.*

De acordo com a compreensão desenvolvida no âmbito deste capítulo, sobre os níveis de intervenção de saúde dos psicólogos, as ações que visam à diminuição da incidência das enfermidades são consideradas prevenção primária; as que visam à diminuição da prevalência são prevenção secundária; e a diminuição de sequelas e complicações das enfermidades são prevenção terciária (Alves, 2008; Alves et al, 2009)"

16. (TJ AM – CESPE – 2019)

No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A prevenção primária deve estar diretamente relacionada à promoção de saúde.

COMENTÁRIOS:

CERTO. Veja o que dizem Alves e Eulálio (2011) sobre a prevenção primária:

*"**A prevenção primária deve estar diretamente relacionada e condicionada à promoção da saúde**. Suas ações não devem dirigir-se a um indivíduo, senão aos planos de educação para a saúde, os quais devem ter como suporte conteúdos de outras áreas de aplicação da Psicologia (Psicologia do Trabalho, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia Educacional). Tem como característica central a atuação nos problemas epidemiológicos da população beneficiária e investe na construção de estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de riscos. Busca desenvolver práticas de prevenção que se prolonguem ou se utilizem durante toda a vida. Assim, a prevenção primária **deverá ser realizada antes que se encontre um problema concreto**"*

17. (TJ AM – CESPE – 2019) No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A intervenção primária não preconiza ações psicológicas especializadas.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

*"A intervenção primária pode ser explicada como **uma intervenção direta sobre uma queixa detectada** em um indivíduo ou em um coletivo social. Trata-se da **primeira ação de saúde** ante a presença de um problema que deverá ser identificado e orientado. Em seguida, **se o caso necessitar de uma intervenção psicológica especializada será encaminhado a um dos outros níveis de atenção de saúde, já que neste nível a intervenção nunca deverá ser especializada**."*

18. (Pref Ribeirão Claro – UNIFIL – 2019) A equipe multidisciplinar vem se fortalecendo tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde, em contraste com o modelo biomédico. Quanto à inserção do profissional da psicologia nas equipes multidisciplinares em saúde, analise as assertivas e assinale a alternativa correta.

I. O psicólogo nas ações em saúde pode desempenhar tarefas ligadas ao planejamento e gestão de trabalho, nas quais todos os profissionais devem estar envolvidos.

II. Os psicólogos necessitam incorporar uma nova concepção de prática profissional, associada ao processo de cidadanização, de construção de sujeitos com capacidade de ação e proposição.

III. Uma primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes à sua especificidade.

IV. O papel do psicólogo dá-se na integração do seu conhecimento com as ações dos profissionais de saúde com foco principal na organização da equipe e posteriormente na saúde e subjetividade do paciente.

V. A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1970, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais.

a) Apenas I e II estão corretas.

b) Apenas I, II e III e V estão corretas.

c) Apenas III, IV e V estão corretas.

d) Todas estão corretas.

e) Todas estão incorretas.

COMENTÁRIOS:

I. **Certo!** Apesar de esse tipo de tarefa ser menos frequentemente citado pelos psicólogos que atuam na saúde, essa é uma atividade que pode ser realizada por eles:

"Quando perguntados sobre as atividades desenvolvidas, as respostas espontâneas dos psicólogos que atuam na saúde pública estão, na sua maioria, afeitas a ações clínicas voltadas diretamente ao usuário. (...)

Como mostram mais de 80% das respostas, concentrando suas atividades no atendimento, seja qual for, diretamente no usuário, muitas ações que seriam necessárias para a plena realização da sua tarefa estão menos representadas. Incluem-se aí todas as tarefas ligadas ao planejamento e gestão do trabalho, nas quais todos os profissionais devem estar envolvidos, como, por exemplo, o conhecimento das demandas do território, dos recursos públicos e comunitários de que este dispõe e o trabalho conjunto com o gestor para administrar e otimizar o seu aproveitamento." (Spink, 2007)

II. **Certo!** Essa é a conclusão a que Magda Dimenstein chega em seu artigo "o psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva":

"Do ponto de vista do processo de trabalho, entendemos que ***os psicólogos precisam incorporar uma nova concepção de prática profissional****, associada ao processo de cidadanização, de construção de sujeitos com capacidade de ação e de proposição. Isso implica em romper o corporativismo, as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta. Notamos que o modelo clínico da psicoterapia individual ainda é a forma de trabalho predominante entre os profissionais no setor público, predominância muitas vezes atribuída ao desejo da clientela ou da instituição."*

III. **Certo.** Essa afirmação foi retirada do livro "Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais", de Romano (1999). A falta de clareza de atribuições e expectativas é um dos maiores dificultadores do trabalho multidisciplinar no contexto hospitalar.

IV. **Errado!** O papel primordial do psicólogo é focado na saúde e subjetividade do paciente.

V. **Certo.** Informação perfeita, que pode ser encontrada em Pires e Braga (2009).

RESPOSTA: B.

19. (Pref Nova Floresta – UEPB – 2019) A carta Ottawa preconiza um dos campos de ação para a promoção da saúde. Sobre esta informação, assinale a alternativa CORRETA.

a) A elaboração e criação de espaços educativos e sociais sobre as políticas públicas.

b) A elaboração e imposição de políticas públicas saudáveis.

c) A criação de espaços controlados para evitar a sobrecarga e a falta de qualidade nos serviços de promoção à saúde.

d) O desenvolvimento de estratégias educativas que capacitem os usuários a assumirem a responsabilidade pela sua saúde.

e) A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.

COMENTÁRIOS:

*"A noção de **'Políticas Públicas Saudáveis' — PPS** apareceu no debate internacional durante a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, no mesmo ano em que, no Brasil, aconteceu a 8.a Conferência Nacional de Saúde, marco do processo brasileiro de Reforma Sanitária. A Carta de Ottawa, produto da Conferência Internacional, considera a **elaboração e implementação de PPS** um dos cinco campos de ação social para a promoção da saúde, ao lado da criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (Buss, 2003)."*

RESPOSTA: E.

20. (Pref Nova Floresta – UEPB – 2019) Os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custo. Faz-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde. Entende-se por rede de atenção à saúde:

a) O Conjunto de equipes interdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

b) O conjunto de estabelecimento, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

c) O Conjunto de equipes multiprofissional, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

d) O conjunto de equipe multi e interdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

e) O conjunto de equipe inter e transdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender àás necessidades de saúde de uma população.

COMENTÁRIOS:

"Uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população."

RESPOSTA: B.

21. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

Os trabalhos desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar incluem a elaboração de programas educativos, práticas de treinamento em mudanças de comportamento e de estilo de vida, minimização de fatores de risco e preparação para intervenções cirúrgicas.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

Algumas das atividades citadas podem ser encontradas nas diretrizes fornecidas pelo ministério da saúde, como na Cartilha de Saúde da Família de 1997, do Ministério da Saúde, que elenca os seguintes como atribuições das equipe multidisciplinares:

- *"- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas*
- *- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta*
- *- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença*
- *- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde*
- *- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados*
- *- **desenvolver processos educativos para a saúde**, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos*
- *- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados"*

Na Política Nacional de Atenção Básica, também do Ministério da Saúde, também encontramos as seguintes atribuições:

"4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização ***de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde****, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;*
XIV. Instituir ações para segurança do paciente e ***propor medidas para reduzir os riscos*** *e diminuir os eventos adversos;*
XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
XXIII. Realizar ações ***de educação em saúde à população*** *adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;"*

Como vemos, a elaboração de programas educativos e a minimização dos fatores de risco são listados especificamente, e as práticas de treinamento em mudanças de comportamento e de estilo de vida se relacionam diretamente com as ações de promoção da saúde.

Por último, podemos encontrar diversos artigos científicos que destacam a importância do trabalho multidisciplinar na preparação para intervenções cirúrgicas, em especial nas cirurgias de mastectomia e bariátrica, que pode ser exemplificado pelos trechos a seguir:

"Os resultados deste estudo revelaram a importância da composição de uma equipe multiprofissional comprometida com o bem-estar de pacientes em pré-operatório de mastectomia. Os discursos revelaram que cada profissional atuou em seu campo de trabalho, sem transparecer um maior envolvimento com os demais integrantes da equipe de saúde"

"O paciente precisa entender que é imprescindível, para o sucesso do procedimento cirúrgico, acompanhar a equipe multidisciplinar por toda a vida para emagrecer, manter-se magro, evitar doenças e ser feliz."

22. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

Em uma equipe multidisciplinar, as atribuições do psicólogo incluem avaliar o modo como o paciente processa as informações oferecidas pelos demais profissionais — como o médico e o nutricionista — bem como promover o entrosamento dos membros da equipe.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

"Em uma equipe multidisciplinar, as atribuições do psicólogo incluem avaliar o modo como o paciente processa as informações oferecidas pelos demais profissionais — como o médico e o nutricionista —"

Esta parte fala das informações dadas ao paciente, e sabemos que é importante que o Psicólogo esteja atento a forma que o paciente as recebe, principalmente em momentos tão difíceis, como o do adoecimento.
Romano (1999, p.68), no seu livro "Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica", fala sobre a informação dada ao paciente:

"Se um paciente não compreende as informações, não as incorpora, aumenta a sua ansiedade".

Portanto, a primeira parte está correta.

A segunda parte comenta:

"bem como promover o entrosamento dos membros da equipe"

A partir da autora Romano, como também em tantas outras referências do contexto da saúde, percebemos que a afirmação está correta.

Vejamos um trecho do artigo de Saldanha, Rosa e Cruz (O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz):

"O psicólogo, enquanto membro da equipe de saúde da instituição hospitalar atua como mediador do vínculo entre paciente e demais profissionais que executam os procedimentos técnicos. Todavia, em prol do bem-estar dos pacientes, é necessária a integração dos membros da equipe, através do diálogo e da troca informações".

23. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

As equipes multidisciplinares em saúde são aquelas nas quais atuam diferentes profissionais em número e especialidades pré-definidas.

COMENTÁRIOS:

ERRADO.

Esse item pode confundir quem tem costume de ler as leis que regem o serviço de saúde pública que abordam as equipes multidisciplinares. Nessas legislações, são trazidos requisitos mínimos para a formação da equipe multidisciplinar, mas isso não significa que estes requisitos são a definição fixa da equipe. Vejamos um exemplo:

"Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sobre equipe de Saúde da família)

Essa composição é **mínima,** podendo ter uma quantidade maior dos profissionais citados, profissionais de outras especialidades, e até mesmo acrescentar novos profissionais após a formação da equipe, dependendo das necessidades apresentadas.

24. (PM MA – CESPE – 2018) Acerca do atendimento multidisciplinar em psicologia, julgue o item subsequente.

A rotina de atendimento de uma equipe multidisciplinar deve ser sempre bem definida e informada ao paciente, já que o fato de ele entender as razões para a realização de procedimentos individuais ou grupais aumenta as chances de adesão ao tratamento.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

A adesão ao tratamento é um fenômeno multifatorial em que um elemento importante é a compreensão do paciente do quê
compõe seu tratamento e o porquê. Isso é válido para todos os tipos de tratamento, realizados por equipes multidisciplinares ou por um único profissional, em grupo ou individuais.

Para complementar, vejamos este trecho do artigo "Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes" de Silveira e Ribeiro (2004):

"Sob este ponto de vista, adesão ao ***tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos*** *relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que* ***aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional****."*

25. (PM MA – CESPE – 2018) Acerca do atendimento multidisciplinar em psicologia, julgue o item subsequente.

O psicólogo de uma equipe multiprofissional integrada e comunicativa, que toma decisões conjuntas acerca do tratamento de um paciente, deve dizer claramente a ele que informações a seu respeito foram compartilhadas com a equipe.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

Em serviços multiprofissionais de saúde, as informações colhidas por cada profissional que serão compartilhadas com os demais da equipe devem estar presentes no prontuário. O prontuário é um documento ao qual o paciente tem livre acesso, inclusive podendo pedir uma cópia do mesmo, o que o permite ter conhecimento de todas as informações que foram compartilhadas entre os profissionais.

"Prontuários são definidos como arquivos, em papel ou informatizados, cuja finalidade é facilitar a manutenção e o acesso às informações que os pacientes fornecem durante o atendimento. Isso pode ocorrer em ambiente ambulatorial ou hospitalar, assim como em clínica, e inclui os resultados de avaliações e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou de tratamento.

*"**O prontuário é de propriedade do paciente**", enfatiza Cristina Pellini. "O Hospital, para dar um exemplo, apenas tem a guarda desses documentos, ou seja, é seu fiel depositário, com a finalidade de preservar o histórico de atendimento de cada paciente".*

O registro de informações de pacientes/clientes deve também ser feito para atendimentos em consultórios particulares, sendo que as instituições e/ou psicólogos são responsáveis pela guarda."

Válido lembrar sempre que as informações a serem compartilhadas com os outros profissionais devem restringir-se àquelas necessárias para o bom andamento do serviço.

26. (HUB – CESPE – 2018) A saúde sofre influência de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Em termos psicológicos, a escolha comportamental pode influenciar de modo significativo o adoecimento, o tratamento e a recuperação.

Acerca desse assunto, julgue o item que se segue.

Uma pessoa que goza de boa saúde, recusa bebidas alcoólicas, não fuma e faz atividades físicas regularmente está praticando a prevenção terciária.

COMENTÁRIOS:

ERRADO.

De acordo com o texto da ANS:

*"**Prevenção primária –** prevenção realizada no período pré-patogênico e se compõe de dois níveis: promoção à saúde (ver definição em promoção à saúde) e proteção específica.(...)*

***Prevenção secundária –** prevenção realizada no indivíduo sob ação do agente patogênico, isto é, quando o período pré-patogênico já foi ultrapassado e o processo mórbido desencadeado. As medidas preventivas nesse nível incluem: diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação da incapacidade. (...)*

***Prevenção terciária –** corresponde às medidas adotadas após a sobrevida das consequências da doença, representadas pela instalação de deficiências funcionais. O objetivo consiste em alcançar a recuperação total ou parcial, por meio dos processos de reabilitação e de aproveitamento da capacidade funcional remanescente.*

A afirmativa está errada ao afirmar que o indivíduo está praticando a prevenção terciária, pois esta ocorre quando a doença já está instalada. O caso trazido pela questão ilustra a prevenção primária.

27. (DPE AM – FCC – 2018) Na relação da psicologia com a saúde coletiva, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS,

a) as ações de promoção da saúde se dão no âmbito da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, junto a famílias e comunidades.

b) na lógica da atenção primária a psicologia tem maior inserção e legitimidade para realizar intervenções por meio de processos psicoterapêuticos.

c) o foco das ações de psicologia está na busca da compreensão dos aspectos psíquicos que determinam o adoecimento dos indivíduos.

d) por determinantes de saúde entende-se as condições a que o homem está psiquicamente aprisionado e o modo como incidem no processo de saúde-doença.

e) a transdisciplinaridade é fundamental para garantir que cada profissional da equipe de saúde constitua suas intervenções baseado no seu saber disciplinar.

COMENTÁRIOS:

1) Diferença entre atenção básica e atenção primária:

*"**o primeiro tem um sentido mais amplo, e compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde**. Essas ações correspondem à prática de vigilância da*

saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família [...] ***Já o termo atenção primária é internacionalmente utilizado e tem significado mais restrito, relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção****." (Böing & Crepaldi, 2010, p. 636)*

2) Estratégia de Saúde da Família (ESF):

No contexto da atenção básica, vem se concretizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta em 1994, ***como um modelo de atenção substitutivo ao modelo biomédico, tradicional, indivíduo-centrado****. (Böing & Crepaldi, 2010, p. 636)*

3) Possibilidades de inserção da Psicologia

*"****a Saúde da Família*** *mostra ser uma estratégia eficiente no caminho da consolidação do SUS, contudo, é preciso avançar, investir, sobretudo em recursos humanos, para qualificar a atenção básica e permitir que esta cumpra seu papel.* ***Frente a essa atribuição, entende-se que a atenção básica necessita contar com equipes de saúde efetivamente interdisciplinares, nas quais o psicólogo tem muito a contribuir*** *[...] Para tanto,* ***torna-se imprescindível que o psicólogo esteja locado na unidade de saúde e faça parte da equipe de saúde da família em regime de trabalho em tempo integral****." (Böing & Crepaldi, 2010, p. 645)*

a) CORRETA. Embora a participação do psicólogo nem sempre se configure desta maneira **consolidada,** a inserção da psicologia no panorama da Atenção Básica, vem sendo ratificada como uma nuance interdisciplinar imprescindível e necessária.)

b) INCORRETA. Segundo Böing & Crepaldi, 2010, p.636

"Estudos sobre a caracterização da atuação do psicólogo, ***no contexto da atenção primária no Brasil****, mostram, de forma geral,* ***uma atuação que não atende as demandas da saúde coletiva***

em função da transposição do modelo clínico tradicional sem a necessária contextualização que esse cenário requer.")

c) INCORRETA. Note que no âmbito da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, tem procurado substituir o modelo biomédico tradicional por uma perspectiva que não foca em determinantes, mas considera uma análise contextual.

d) INCORRETA. A correção aplicada a alternativa "C" aplica-se também a opção "D". Aproveita-se ainda para ressaltar, que as atuais propostas para o âmbito da saúde coletiva, prezam pela análise do processo de saúde-doença com base em sua complexidade.)

e) INCORRETA. Conforme Böing & Crepaldi, 2010, p.636

"para desenvolver a atenção integral à saúde que abranja a complexidade do processo saúde-doença, o trabalho ***interdisciplinar*** *se torna uma real necessidade do profissional de saúde.".*

28. (STJ – CESPE – 2018) Julgue o item, relativo à psicologia da saúde.

O paradigma biopsicossocial amplia o significado sobre saúde-doença, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, e compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais.

COMENTÁRIOS:

CERTO.

A respeito do assunto trazido pelo item, considere o que afirma De Marco (2006, p. 64).

*"**A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social**. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva."*

A **perspectiva biopsicossocial busca uma compreensão da saúde-doença de maneira integrada, isto é, considerando o ser e o adoecer com base em dimensões físicas, psicológicas e sociais**. Vale destacar ainda, que tal paradigma, pela denotação abrangente proporcionada, **tem sido cada vez mais difundido em virtude de sua compatibilidade com o trabalho realizado por equipes multidisciplinares** na atualidade.

29. (Pref Serrana – VUNESP – 2018) As novas formas de atuação em saúde mental solicitam uma intervenção em equipes multiprofissionais. A multiprofissionalidade pressupõe

a) a extinção da perspectiva subjetiva para compreensão dos diversos aspectos de um fenômeno (caso).

b) a anulação dos conhecimentos específicos e a sua substituição por uma prática cuidadora comum a todos.

c) a inclusão do saber especializado em um saber amplo de cuidado à saúde a partir de uma atitude acolhedora.

d) a adoção de estratégias para o cuidado que inclua a intervenção de todos os profissionais da equipe.

e) a centralização do processo de trabalho na perspectiva psicológica, principal foco de atenção em saúde mental.

COMENTÁRIOS:

a) Errado. Especialmente em saúde mental, a subjetividade deve estar presente na compreensão dos aspectos do caso.

b) Errado. Qual o sentido de pensar uma prática multiprofissional se os conhecimentos específicos das profissões envolvidas forem anuladas? No trabalho multiprofissional, cada membro da equipe trabalha de acordo com as especificidades da sua formação, contribuindo para o todo do cuidado.

c) Certo! A multiprofissionalidade visa incluir os saberes específicos de cada profissão no cuidado à saúde como um todo, para que seja oferecido um cuidado mais abrangente.

d) Errado. Nem sempre todos os profissionais serão necessários, é importante que seja avaliado cada caso.

e) Errado. No trabalho multiprofissional, não há um trabalho central ou mais importante.

30. (SESACRE – IBFC – 2019) Leia a sentença abaixo:

"As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: , que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; que apoiam e incentivam essas ações; e , que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente"

(FALKENBERG, M. F. et al. 2014).

Assinale a alternativa que preencha correta e respectivamente as lacunas.

a) Os usuários do serviço de saúde / as políticas de saúde/ a população
b) A equipe de saúde / os gestores/ os usuários
c) Os profissionais de saúde / os gestores / a população
d) Os usuários do serviço / a população/ os profissionais de saúde

COMENTÁRIOS:

Vamos observar o artigo de Falkenberg et al.:

*"As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: **os profissionais de saúde** que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; **os gestores** que apoiem esses profissionais; e **a população** que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente."*

Nota-se, portanto, que as lacunas são preenchidas por: "**os profissionais de saúde**" / "**os gestores**" / "**a população**". Encontramos isso na **Letra C.**

RESPOSTA: C.

31. (SESACRE – IBFC – 2019) A educação em saúde tem vivenciado, no último século, profundas mudanças, tanto no plano conceitual como no das práticas dele decorrentes, fruto das transformações pelas quais passou a humanidade em termos políticos, econômicos e sociais. Considere o conceito holístico em educação em saúde, bem como o seu processo de evolução conceitual, analise as afirmativas abaixo e dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F).

( ) É importante que os modelos de educação em saúde realize recomendações individuais, centradas exclusivamente nas mudanças de comportamento do indivíduo.
( ) Os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades.

( ) No processo de educação em saúde é priorizado a relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente, orientado, exclusivamente, para a prevenção e o tratamento da doença.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

a) V, F, V
b) V, V, F
c) V, F, F
d) F, V, F

COMENTÁRIOS:

( ) É importante que os modelos de educação em saúde realize recomendações individuais, centradas exclusivamente nas mudanças de comportamento do indivíduo.

A afirmativa descreve um modelo culpabilizante de educação em saúde. Observe o que Bensen et al. (citado por Feio e Oliveira) falam:

"No modelo culpabilizante de educação, geralmente o profissional acredita estar socialmente investido de autoridade sanitária. Ele pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto dos temas que envolvem saúde e doença; dessa forma, impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir."

Assertiva **Falsa.**

( ) Os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades.

A afirmativa está de acordo com Bensen et al.:

"[...] os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. [...] A pessoa autônoma necessita de liberdade para manifestar sua própria vontade além de capacidade de decidir de forma racional, optando entre as alternativas que lhe são apresentadas, bem como compreender as consequências de suas escolhas."

Assertiva **Correta.**

( ) No processo de educação em saúde é priorizado a relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente, orientado, exclusivamente, para a prevenção e o tratamento da doença.

Segundo Feio e Oliveira, a educação em saúde deixou de ser vista da forma como a afirmativa propõe. Veja:

"A educação em saúde deixou também de ser vista como a transmissão de informação de caráter higienista-sanitário, orientada para a prevenção ou o tratamento da doença, efetuada em contextos formais, para passar a ser entendida como a capacitação dos indivíduos para controlarem os seus próprios determinantes de saúde, através da criação ou do desenvolvimento de competências de ação."

Assertiva **Falsa.**

RESPOSTA: D.

32. (SESACRE – IBFC – 2019) Acerca dos fundamentos e práticas em psicologia da saúde, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

a) Objetiva realizar estudos que visam compreender as variáveis psicológicas quanto à manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados

b) É um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais, direcionadas à prevenção da saúde mental

c) Tem como foco desenvolver estratégias comportamentais que estimulem e valorizem comportamentos ativos de promoção de saúde e prevenção de doença

d) Atua diretamente com o campo da medicina, realizando avaliações diagnósticas que valorizam o conceito biomédico de saúde e doença

COMENTTÁRIOS:

a) CORRETA. A afirmativa está coerente com o texto de Almeida e Malagris:

"Dessa forma, a Psicologia da Saúde busca compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados. Além de desenvolver pesquisas sobre cada um desses aspectos, os psicólogos da saúde realizam intervenções com o objetivo de prevenir doenças e auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001)."

b) INCORRETA. Veja a definição de Matarazzo:

"é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a ***promoção e manutenção da saúde****, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde"*

O correto seria falar sobre prevenção de doenças, não da saúde.

c) INCORRETA. O foco da Psicologia da Saúde vai além de desenvolver estratégias comportamentais. Veja o que Almeida e Malagris dizem:

"A Psicologia da Saúde não está interessada diretamente pela situação, que cabe ao foro médico. Seu interesse está na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença,

na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. ***Objetiva fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida, um conjunto de atitudes e comportamentos ativos que as levem a promover a saúde e prevenir a doença****, além de aperfeiçoar técnicas de enfrentamento no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências (Barros, 1999).*

Dessa forma, a Psicologia da Saúde busca compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados. (...)"

d) INCORRETA. Como vimos acima, as autoras dizem que a Psicologia da Saúde não está interessada diretamente na saúde/doença em si, mas em como o sujeito vivencia esses processos.

33. (SESACRE – IBFC – 2019) O espaço do psicólogo em contextos institucionais apresenta-se como uma conquista recente da categoria. Neste sentido, considerando os desafios de atuação vivenciados por esse profissional nas instituições da saúde, analise as afirmativas abaixo e dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F).

( ) A prática psicológica institucional da saúde requer uma expansão do referencial teórico, tanto contextual, na busca de dados que permita localizar o psicólogo na dinâmica social e institucional, quanto teórico, no sentido deste profissional conseguir trabalhar com a alteridade.

( ) Na atuação institucional é necessário que o psicólogo compreenda a realidade da instituição em dois níveis: o ideológico, a qual remete a construção histórica, e o cultural, referindo-se aos comportamentos e crenças organizacionais.

( ) A atuação do psicólogo em instituições de saúde deverá ser pautada, exclusivamente, no atendimento clínico aos clientes e usuários da instituição.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

a) F, V, F

b) V, V, F

c) V, F, F

d) F, F, V

COMENTÁRIOS:

( ) CORRETA. *O trabalho em instituições necessita de uma expansão do referencial adotado em dois sentidos: 1) uma* ***expansão do referencial contextual****, ou seja, o psicólogo deve buscar dados que permitam melhor localizar o seu papel e o do cliente na dinâmica social e/ou institucional; e 2) uma* ***expansão do referencial teórico*** *para poder trabalhar com a alteridade, ou seja, para compreender um 'outro' definido culturalmente como sendo diferente do 'eu'."*

( ) CORRETA. *"Spink (2003) afirma que ao analisar uma instituição, o psicólogo deve atentar para a função de aparelho ideológico a ela atribuída, bem como deve compreender a instituição como uma cultura organizacional. Para entender a instituição como aparelho ideológico é necessário compreender sua constituição histórica.*

É preciso analisar o contexto em que ela foi criada, quais foram os objetivos de sua fundação, quais as transformações que sofreu no decorrer de sua história. Já para entender a instituição como

cultura é necessário recorrer a um nível mais micro de análise, ou seja, deve-se buscar compreender seus rituais, mitos e representações que sustentam a ação conjunta."

( ) FALSA. A atuação na área de saúde vai além da clínica. Veja o que Vieira e Cordeiro falam:

"Como a maioria dos cursos de psicologia privilegia a formação clínica, muitos profissionais vão trabalhar nas instituições de saúde sem o preparo adequado, e acabam transpondo o referencial teórico que estudam nas universidades para esse contexto bastante diferente, não levando em conta que se tratam de realidades sociais distintas."

RESPOSTA: B.

3 – LISTA DE QUESTÕES

1. (UFABC – VUNESP – 2019) De acordo com a nova perspectiva para atenção em saúde, o principal elemento para a sensibilização de equipes de profissionais, pacientes e familiares, que enfrentam os diversos procedimentos necessários às intervenções em instituições de saúde, é a

a) contenção das emoções.

b) proteção da privacidade do paciente.

c) especificação de tarefas.

d) atuação em rede.

e) humanização do atendimento.

2. (PREF. DE ITAPEVI – VUNESP – 2019) No Brasil, o termo acolhimento ganhou força com o programa humaniza SUS (Sistema Único de Saúde). Em uma equipe multiprofissional de saúde mental, o acolhimento é uma

a) intervenção que deve ser assumida pelo psicólogo da equipe de referência, que é o profissional tecnicamente capacitado para dar conta dessa tarefa.

b) postura ética que deve ser assumida por todo profissional da equipe de referência, e implica compartilhamento de saberes, necessidades e possibilidades.

c) etapa do procedimento de triagem nos serviços de saúde, e deve ser realizado somente em contexto de atendimentos clínicos ou psiquiátricos.

d) ação que tem como objetivo fundamental identificar se a demanda de um usuário pode ser atendida pelo serviço de saúde consultado.

e) conduta que visa diminuir as queixas dos usuários dos serviços de saúde em relação à qualidade do atendimento por eles recebido.

3. (PREF. DE ERVÁLIA – FUNDEP – 2019) De acordo com Sebastiani (2000), a Psicologia da Saúde pode ser vista como um campo interdisciplinar preocupado com a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde-doença, bem como aos cuidados de saúde.

Nessa perspectiva, são tendências para essa área, exceto:

a) Integração de modelos teóricos e novas metodologias de trabalho.

b) Perpetuação de um modelo clínico voltado à saúde mental.

c) Participação individual e comunitária nas questões de saúde.

d) Modificação de crenças e atitudes com relação às enfermidades.

4. (PREF. DE CONCEIÇÃO – CONTEMAX – 2019) As crianças, quando acometidas por alguma doença, ficam, na maioria das vezes, mais irritadas e chorosas, requerendo cuidados especiais. Se a patologia for mais séria e a criança tiver que ser internada, ela e seus pais mostram-se inseguros e com medo. A família deseja conhecer mais sobre a doença e a internação, porque assim acredita poder ajudar a criança de forma adequada, porém também acontece de a família negar esta nova situação, manifestando medo. O mecanismo de negação surge sendo a doença grave ou não (Crepaldi, 1998).

Sobre esse processo analise as proposições:

I. A hospitalização infantil faz com que ocorra debilidade no quadro emocional da criança, em função do afastamento de sua casa, de seus pertences e principalmente da família.

II. A criança hospitalizada requer alguém que lhe proporcione cuidados como alimentação, carinho, higiene e segurança. No momento em que a mãe está presente, ela atende às necessidades afetivas da criança e ajuda no desenvolvimento de assistência integral.

III. Os profissionais da área da saúde precisam estar conscientes que a criança doente está completamente afetada e que seu desenvolvimento emocional e sua integridade estão comprometidos.

IV. A equipe de saúde deve minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, permitindo que ela seja ativa durante o processo de hospitalização, porém deve restringir o contato com familiares que fazem visitas.

a) I, II e IV são verdadeiras.

b) I e IV são verdadeiras

c) I, II e III são verdadeiras

d) I, II, III e IV são verdadeiras

e) I e III são verdadeiras

5. (PREF. DE LUCENA – CONTEMAX – 2019) Um dos problemas existentes na hospitalização infantil deriva do descuido de aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos envolvidos nesta situação. Intervenções no contexto hospitalar devem buscar a promoção de condições favoráveis à reabilitação de efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento comportamental da criança (Zannon, 1991). Diante desta afirmativa o que seria FALSO para Psicologia da saúde:

a) Produzir bem-estar no hospital deve ser atribuição específica do psicólogo, quando subsidia programas que promovam o conhecimento e a aquisição de comportamentos dentro desse contexto. Enquanto os demais profissionais devem restringir seus cuidados à parte biológica.

b) a identificação de processos psicológicos envolvidos na assistência à criança, assim como seus pais ou cuidadores.

c) diz respeito ao desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco.

d) deve promover condições favoráveis ao enriquecimento ou à reabilitação comportamental de crianças, enfatizando a melhora na relação profissional-paciente.

e) O brincar deve ser explorado porque é uma das formas de expressão mais genuínas da criança, o meio através do qual ela expressa seu pensamento, uma vez que a linguagem verbal ainda não está suficientemente desenvolvida para esse fim.

6. (IPREMM – VUNESP – 2019) O trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde

a) diminui a responsabilidade de cada profissional da equipe de saúde em relação aos pacientes por ela atendidos.

b) permite que as várias ações necessárias aos atendimentos da equipe sejam compartimentalizadas para sua maior eficácia

c) aceita que cada profissional, dentro de sua especialidade, realize os atendimentos que acredita serem pertinentes para cada paciente.

d) possibilita o compartilhamento de reponsabilidades na tomada de decisões quanto aos atendimentos realizados junto aos pacientes

e) solicita que cada um dos membros da equipe se envolva com todas as ações necessárias ao acompanhamento de seus pacientes.

7. (PREF. DE VALINHOS – VUNESP – 2019) O matriciamento, em relação à política de saúde mental, constitui uma ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes multiprofissionais e de suas relações com as pessoas e a comunidade atendidas. O matriciamento pressupõe que

a) as ações de atenção em saúde mental sejam realizadas predominantemente pelos profissionais especializados da equipe.

b) as intervenções psicossociais coletivas sejam conduzidas apenas pelo profissional denominado matriciador na equipe.

c) as equipes multiprofissionais tenham claramente estabelecidos os papéis e a hierarquia que vai conduzir as ações do grupo.

d) a comunicação e a coordenação de cuidados sejam efetivas entre todos os profissionais das equipes que integram a rede de cuidados.

e) os profissionais das equipes de saúde tenham todos as mesmas atribuições em relação aos cuidados com as pessoas e a comunidade.

8. (CRP 4 – FUMARC – 2019) O novo paradigma de saúde nos leva a pensar em saúde considerando aspectos mais abrangentes da vida das pessoas, ou seja, como as pessoas se relacionam com o mundo, construindo e transformando as suas realidades, e os mecanismos psíquicos que encontram para se construírem, se transformarem e viverem melhor. Com relação à atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, NÃO é correto afirmar:

a) O foco da atuação do psicólogo na Unidade Básica de Saúde é o sofrimento ético, político e cultural das pessoas, suas crises individuais e relacionais, apoiando as pessoas no enfrentamento de suas dificuldades.

b) O psicólogo é um profissional que atua no campo da subjetividade. Sua função é cuidar da identidade que é gerada como produto desse conjunto de relações intersubjetivas.

c) Os psicólogos não realizam atendimento dos usuários que se encontram em situações de emergência/crise.

d) Para desenvolver a atenção integral à saúde que abranja a complexidade do processo saúde-doença, o trabalho interdisciplinar se torna uma real necessidade do profissional de saúde.

9. (CRP 4 – FUMARC – 2019) Com relação à psicologia da saúde, seus fundamentos e práticas, é CORRETO afirmar:

a) A psicologia da saúde atua em diferentes campos de saberes, tais como: o clínico, o social, o hospitalar e o institucional.

b) A terapia cognitiva comportamental e a teoria sistêmica têm sido as únicas bases para o trabalho psicológico bem-sucedido junto ao paciente com problemas mentais crônicos.

c) O otimismo é um dos principais aspectos psicológicos que o paciente sub-metido a procedimento cirúrgico habitualmente apresenta.

d) Uma das principais referências teóricas da psicologia não pode ser agregada no contexto hospitalar, tais como neuropsicologia, gestalt-terapia e a abordagem centrada na pessoa.

10. (CRP 4 – FUMARC – 2019) A Psicologia alcança, com as políticas públicas, não apenas o atendimento ao cidadão, como também passa a contribuir para a formulação e implementação das políticas. NÃO está correto o que se afirma em:

a) A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alie-nação do paciente no processo saúde-doença, a exclusão de seu ambiente social, uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação.

b) O compromisso do Sistema Conselhos de Psicologia com essa reforma, no âmbito da saúde mental, tem levado como proposição uma política pública intersetorial de cuidados em liberdade, com foco dos Direitos Humanos, na qual o cidadão participa da construção de um projeto de vida significativo e respeitoso, que promova autonomia, qualidade de vida, assim como a cidadania.

c) O compromisso social da Psicologia também levou a uma importante discussão em nosso país pelo fim dos manicômios (a reforma psiquiátrica),

d) O Conselho Federal de Psicologia possui uma comissão de Saúde que reúne especialistas em Psicologia e Saúde.

11. (SESACRE – IBFC – 2019) A prática interprofissional colaborativa centrada no usuário pressupõe a articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço, assegurando a efetiva comunicação. Considere esse conceito e assinale a alternativa correta.

a) Para que a prática interprofissional colaborativa seja alcançada é necessário que os profissionais atuem em suas áreas de formação específicas, e quando oportuno, buscar aprender e praticar o ofício do outro colega

b) Esta perspectiva está ligada ao conceito de campo, o qual relaciona-se aos conhecimentos, habilidades e atitudes comuns e compartilhadas pelas diferentes áreas profissionais da saúde e ao conceito de núcleo profissional que que envolve as competências específicas de cada profissão, implicada no cuidado em saúde

c) No trabalho em equipe interprofissional é indispensável aos profissionais a habilidade de empatia e a interatividade na articulação entre profissionais de diferentes formações e atuações profissionais

d) Na prática colaborativa é necessário negociar os interesses pessoais, para esses não sobressaírem aos interesses no paciente

12. (SESACRE – IBFC – 2019) O trabalho em equipe configura-se na relação recíproca - de dupla mão - entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Considere esta relação, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. A comunicação tem um papel central nesse processo, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais

II. É fundamental que no trabalho em equipe todos os envolvidos estejam comprometidos e engajados a ensinar a sua função uns aos outros, para que todos possam desenvolver o trabalho de forma conjunta

III. No trabalho em equipe é necessário que os interesses individuais dos profissionais sejam alinhados aos da empresa, almejando o alcance maior de resultados e satisfação pessoal.

IV. O destaque para o compartilhamento dos objetivos comuns e tomadas de decisões conjuntas, podem ser interpretados como características essenciais para o trabalho em equipe, uma vez que alcançada, pode permitir a construção de um projeto assistencial comum.

a) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas

b) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas

c) As afirmativas I, II e III estão corretas

d) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas

13. (Pref RJ – SMS RJ – 2019) As equipes da atenção básica, também inscritas na lógica da atenção psicossocial, devem incluir em suas agendas:

a) atenção terciária

b) atendimentos psicoterápicos

c) ações de saúde mental

d) ações manicomiais

14. (TJ AM – CESPE – 2019) No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A prevenção refere-se ao conjunto de ações direcionadas à educação, à proteção, à manutenção e ao aumento da saúde.

15. (TJ AM – CESPE – 2019)

No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A reabilitação e a diminuição da prevalência de enfermidades, do seu período de duração e das sequelas da doença constituem objetivos primordiais da promoção de saúde.

16. (TJ AM – CESPE – 2019)

No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A prevenção primária deve estar diretamente relacionada à promoção de saúde.

17. (TJ AM – CESPE – 2019) No que se refere à psicologia da saúde e à atuação do psicólogo nessa área, julgue o item que se segue.

A intervenção primária não preconiza ações psicológicas especializadas.

18. (Pref Ribeirão Claro – UNIFIL – 2019) A equipe multidisciplinar vem se fortalecendo tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde, em contraste com o modelo biomédico. Quanto à inserção do profissional da psicologia nas equipes multidisciplinares em saúde, analise as assertivas e assinale a alternativa correta.

I. O psicólogo nas ações em saúde pode desempenhar tarefas ligadas ao planejamento e gestão de trabalho, nas quais todos os profissionais devem estar envolvidos.

II. Os psicólogos necessitam incorporar uma nova concepção de prática profissional, associada ao processo de cidadanização, de construção de sujeitos com capacidade de ação e proposição.

III. Uma primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes à sua especificidade.

IV. O papel do psicólogo dá-se na integração do seu conhecimento com as ações dos profissionais de saúde com foco principal na organização da equipe e posteriormente na saúde e subjetividade do paciente.

V. A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1970, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à

redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais.

a) Apenas I e II estão corretas.

b) Apenas I, II e III e V estão corretas.

c) Apenas III, IV e V estão corretas.

d) Todas estão corretas.

e) Todas estão incorretas.

19. (Pref Nova Floresta – UEPB – 2019) A carta Ottawa preconiza um dos campos de ação para a promoção da saúde. Sobre esta informação, assinale a alternativa CORRETA.

a) A elaboração e criação de espaços educativos e sociais sobre as políticas públicas.

b) A elaboração e imposição de políticas públicas saudáveis.

c) A criação de espaços controlados para evitar a sobrecarga e a falta de qualidade nos serviços de promoção à saúde.

d) O desenvolvimento de estratégias educativas que capacitem os usuários a assumirem a responsabilidade pela sua saúde.

e) A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.

20. (Pref Nova Floresta – UEPB – 2019) Os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custo. Faz-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde. Entende-se por rede de atenção à saúde:

a) O Conjunto de equipes interdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

b) O conjunto de estabelecimento, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

c) O Conjunto de equipes multiprofissional, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

d) O conjunto de equipe multi e interdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

e) O conjunto de equipe inter e transdisciplinar, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender àás necessidades de saúde de uma população.

21. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

Os trabalhos desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar incluem a elaboração de programas educativos, práticas de treinamento em mudanças de comportamento e de estilo de vida, minimização de fatores de risco e preparação para intervenções cirúrgicas.

22. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

Em uma equipe multidisciplinar, as atribuições do psicólogo incluem avaliar o modo como o paciente processa as informações oferecidas pelos demais profissionais — como o médico e o nutricionista — bem como promover o entrosamento dos membros da equipe.

23. (PM MA – CESPE – 2018) A respeito do trabalho realizado por equipes multidisciplinares de saúde, julgue o item seguinte.

As equipes multidisciplinares em saúde são aquelas nas quais atuam diferentes profissionais em número e especialidades pré-definidas.

24. (PM MA – CESPE – 2018) Acerca do atendimento multidisciplinar em psicologia, julgue o item subsequente.

A rotina de atendimento de uma equipe multidisciplinar deve ser sempre bem definida e informada ao paciente, já que o fato de ele entender as razões para a realização de procedimentos individuais ou grupais aumenta as chances de adesão ao tratamento.

25. (PM MA – CESPE – 2018) Acerca do atendimento multidisciplinar em psicologia, julgue o item subsequente.

O psicólogo de uma equipe multiprofissional integrada e comunicativa, que toma decisões conjuntas acerca do tratamento de um paciente, deve dizer claramente a ele que informações a seu respeito foram compartilhadas com a equipe.

26. (HUB – CESPE – 2018) A saúde sofre influência de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Em termos psicológicos, a escolha comportamental pode influenciar de modo significativo o adoecimento, o tratamento e a recuperação.

Acerca desse assunto, julgue o item que se segue.

Uma pessoa que goza de boa saúde, recusa bebidas alcoólicas, não fuma e faz atividades físicas regularmente está praticando a prevenção terciária.

27. (DPE AM – FCC – 2018) Na relação da psicologia com a saúde coletiva, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS,

a) as ações de promoção da saúde se dão no âmbito da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, junto a famílias e comunidades.

b) na lógica da atenção primária a psicologia tem maior inserção e legitimidade para realizar intervenções por meio de processos psicoterapêuticos.

c) o foco das ações de psicologia está na busca da compreensão dos aspectos psíquicos que determinam o adoecimento dos indivíduos.

d) por determinantes de saúde entende-se as condições a que o homem está psiquicamente aprisionado e o modo como incidem no processo de saúde-doença.

e) a transdisciplinaridade é fundamental para garantir que cada profissional da equipe de saúde constitua suas intervenções baseado no seu saber disciplinar.

28. (STJ – CESPE – 2018) Julgue o item, relativo à psicologia da saúde.

O paradigma biopsicossocial amplia o significado sobre saúde-doença, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, e compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais.

29. (Pref Serrana – VUNESP – 2018) As novas formas de atuação em saúde mental solicitam uma intervenção em equipes multiprofissionais. A multiprofissionalidade pressupõe

a) a extinção da perspectiva subjetiva para compreensão dos diversos aspectos de um fenômeno (caso).

b) a anulação dos conhecimentos específicos e a sua substituição por uma prática cuidadora comum a todos.

c) a inclusão do saber especializado em um saber amplo de cuidado à saúde a partir de uma atitude acolhedora.

d) a adoção de estratégias para o cuidado que inclua a intervenção de todos os profissionais da equipe.

e) a centralização do processo de trabalho na perspectiva psicológica, principal foco de atenção em saúde mental.

30. (SESACRE – IBFC – 2019) Leia a sentença abaixo:

"As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: , que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; que apoiam e incentivam essas ações; e , que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente"

(FALKENBERG, M. F. et al. 2014).

Assinale a alternativa que preencha correta e respectivamente as lacunas.

a) Os usuários do serviço de saúde / as políticas de saúde/ a população
b) A equipe de saúde / os gestores/ os usuários
c) Os profissionais de saúde / os gestores / a população
d) Os usuários do serviço / a população/ os profissionais de saúde

31. (SESACRE – IBFC – 2019) A educação em saúde tem vivenciado, no último século, profundas mudanças, tanto no plano conceitual como no das práticas dele decorrentes, fruto das transformações pelas quais passou a humanidade em termos políticos, econômicos e sociais. Considere o conceito holístico em educação em saúde, bem como o seu processo de evolução conceitual, analise as afirmativas abaixo e dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F).

( ) É importante que os modelos de educação em saúde realize recomendações individuais, centradas exclusivamente nas mudanças de comportamento do indivíduo.
( ) Os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades.
( ) No processo de educação em saúde é priorizado a relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente, orientado, exclusivamente, para a prevenção e o tratamento da doença.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

a) V, F, V
b) V, V, F
c) V, F, F
d) F, V, F

32. (SESACRE – IBFC – 2019) Acerca dos fundamentos e práticas em psicologia da saúde, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

a) Objetiva realizar estudos que visam compreender as variáveis psicológicas quanto à manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados
b) É um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais, direcionadas à prevenção da saúde mental

c) Tem como foco desenvolver estratégias comportamentais que estimulem e valorizem comportamentos ativos de promoção de saúde e prevenção de doença
d) Atua diretamente com o campo da medicina, realizando avaliações diagnósticas que valorizam o conceito biomédico de saúde e doença

33. (SESACRE – IBFC – 2019) O espaço do psicólogo em contextos institucionais apresenta-se como uma conquista recente da categoria. Neste sentido, considerando os desafios de atuação vivenciados por esse profissional nas instituições da saúde, analise as afirmativas abaixo e dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F).

( ) A prática psicológica institucional da saúde requer uma expansão do referencial teórico, tanto contextual, na busca de dados que permita localizar o psicólogo na dinâmica social e institucional, quanto teórico, no sentido deste profissional conseguir trabalhar com a alteridade.

( ) Na atuação institucional é necessário que o psicólogo compreenda a realidade da instituição em dois níveis: o ideológico, a qual remete a construção histórica, e o cultural, referindo-se aos comportamentos e crenças organizacionais.

( ) A atuação do psicólogo em instituições de saúde deverá ser pautada, exclusivamente, no atendimento clínico aos clientes e usuários da instituição.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

a) F, V, F

b) V, V, F

c) V, F, F

d) F, F, V

4 – GABARITO

1. E
2. B
3. B
4. C
5. A
6. D
7. D
8. C
9. A
10. A
11. B
12. A
13. C
14. E
15. E
16. C
17. C
18. B
19. E
20. B
21. C
22. C
23. E
24. C
25. C
26. E
27. A
28. C

29. C
30. C
31. D
32. A
33. B

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1.

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2.

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3.

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4.

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5.

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6.

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7.

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8.

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.