



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTRIOFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE – USP 2021

22/11/2020

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Psicologia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentífricos fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconómicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, consequentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. Rev. Nutr. 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cárries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cárries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentífricos.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cárries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014”. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o “capacitam” (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protégendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de “passar necessidades”. De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com “paternalismo”, porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitar-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

PSICOLOGIA

16

De acordo com Pacheco e Alves (2007), pode-se dizer que a questão da pessoa com deficiência passou, ao longo da história, por diferentes posturas. Essas posturas são chamadas de

- (A) marginalização, assistencialismo, educação, reabilitação, integração social e inclusão social.
- (B) marginalização, interacionistas, educação, reabilitação e normatização.
- (C) marginalização, assistencialismo, educação, reabilitação, *mainstreaming* e normatização.
- (D) marginalização, educação, reabilitação, normatização e inclusão social.
- (E) marginalização, assistência social, holística, reabilitação, integração social e inclusão social.

17

Pacheco e Alves (2007) afirmam que o percurso por diferentes posturas, pelas quais a pessoa com deficiência passou ao longo dos tempos, pode ser considerado um percurso

- (A) linear e contínuo, não direcionando às práticas políticas atuais.
- (B) dividido de forma bastante delimitada no tempo, direcionando as práticas políticas atuais.
- (C) não linear, em que as diferentes posturas ainda convivem entre si e direcionam práticas e políticas públicas.
- (D) não linear, em que, ainda que as diferentes posturas convivam entre si, não direcionam práticas e políticas públicas.
- (E) dividido de forma bastante delimitada no tempo, não direcionando as práticas políticas atuais.

18

A operacionalização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (Ministério da Saúde. Portaria nº 4.249, de 30 de dezembro de 2010). Sobre o Modelo de Atenção à Saúde, é correto afirmar:

- (A) É um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos.
- (B) Para sua implantação, é necessária a manutenção do modelo de atenção hegemônico no SUS, não havendo necessidade de uma intervenção sobre as condições agudas e crônicas.
- (C) É um modelo de atenção definido na regulamentação do SUS e que preconiza a manutenção do modelo que é centrado na doença.
- (D) Esse modelo aponta para a necessidade de uma organização que favoreça a especificidade dos saberes para uma atuação hierarquizada em saúde.
- (E) É um modelo que não considera as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições agudas.

19

Dalgalarrondo (2000) distingue cinco tipos básicos de vivências afetivas: humor ou estado de ânimo; emoções; sentimentos; afetos; paixões. Sobre elas, é correto afirmar:

- (A) O humor é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente como a reação do indivíduo a certas excitações internas ou externas, conscientes ou inconscientes.
- (B) A emoção é definida como o tônus afetivo do indivíduo, o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento.
- (C) Os sentimentos estão comumente associados a conteúdos intelectuais, valores, representações e, em geral, implicam concomitantes somáticos.
- (D) O afeto é a disposição afetiva de fundo que penetra toda a experiência psíquica; é a lente afetiva que dá, às vivências do sujeito, uma cor particular, ampliando ou reduzindo o impacto das experiências reais.
- (E) A paixão é um estado afetivo extremamente intenso, que domina a atividade psíquica como um todo, captando e dirigindo a atenção e o interesse do indivíduo em uma só direção, inibindo os demais interesses.

20

Dalgalarondo (2000) descreve algumas alterações das emoções e dos sentimentos, dentre elas “*sentimentos e experiências afetivas inteiramente novos vivenciados por pacientes em estado psicótico. São afetos muito estranhos e bizarros para a própria pessoa que os experimenta.*”

Essa alteração descrita é designada por

- (A) pânico.
- (B) fobia.
- (C) labilidade afetiva.
- (D) anedonia.
- (E) neotimia.

21

Araújo (2007) relata que “*o psicodiagnóstico fenomenológico introduz algumas mudanças significativas no modelo de psicodiagnóstico proposto por Ocampo et al. (2005) e Arzeno (2003)*”.

Assinale a alternativa que descreve algumas dessas inovações do psicodiagnóstico fenomenológico:

- (A) Considera o processo psicodiagnóstico como uma prática passiva: diagnóstico e intervenção são processos distintos e não podem ocorrer simultaneamente.
- (B) Propõe que a devolução seja feita ao final de todo o psicodiagnóstico, visando à saúde mental de todos os envolvidos no processo.
- (C) Enfatiza o sentido da experiência dos envolvidos no processo, sendo que o cliente é um parceiro ativo e envolvido no trabalho psicodiagnóstico.
- (D) Mantém a relação paciente-psicólogo em termos de poder e papéis, mas as redefine em termos de realização de tarefas.
- (E) O cliente tem um papel passivo, não se envolve no trabalho de compreensão e eventual encaminhamento posterior.

22

De acordo com Yalom (2007), uma boa terapia de grupo começa com uma boa seleção de pacientes. Sobre as considerações do autor a respeito dos critérios de seleção para formação de grupo terapêutico, assinale a alternativa correta:

- (A) Para a seleção de pacientes, a grande maioria dos clínicos utiliza critérios de inclusão para os grupos, não se atendo aos critérios de exclusão.
- (B) Pacientes suicidas profundamente deprimidos devem ser admitidos em um grupo de terapia heterogêneo, visando a melhora do humor.
- (C) Uma característica que exclui alguém de um grupo pode ser exatamente a característica que garante a sua entrada em outro grupo.
- (D) Os pacientes que se encontram no meio de uma crise aguda são bons candidatos para a terapia de grupo, pois há maior motivação para a terapia.
- (E) Grupos breves não trazem a necessidade de uma seleção prévia de pacientes, visto que ocorrerão por um tempo limitado.

23

A respeito dos diferentes formatos especializados e apoio metodológicos das psicoterapias de grupo, Yalom (2007) afirma que

- (A) a terapia conjunta é quando o paciente é tratado simultaneamente pelo mesmo terapeuta na terapia individual e em grupo.
- (B) a terapia combinada se refere a um formato de tratamento em que o paciente é atendido por um terapeuta na terapia individual e por outro na terapia de grupo.
- (C) a terapia individual não costuma facilitar o curso do paciente na terapia de grupo, visto que o paciente tende a ficar mais calado nesta última.
- (D) as abordagens terapêuticas individual e de grupo se complementam bem se houver uma boa cooperação de trabalho entre os terapeutas individuais e de grupo.
- (E) as abordagens terapêuticas individual e de grupo se complementam bem se a terapia individual tem como foco principal a abordagem e os objetivos da terapia do grupo.

24

Para Cunha et al. (2000) “*o exame detalhado do estado mental do examinando, ou do paciente, será sempre importante*”. Esse exame do estado mental requer que o psicólogo avalie diversas funções psíquicas, como atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e conduta. Assinale a alternativa correta sobre a função psíquica sensopercepção:

- (A) Sensopercepção é a capacidade de captar as sensações, através dos receptores sensoriais, e transformá-las em sons e visões que não estão presentes para o indivíduo.
- (B) Os transtornos mais frequentes da sensopercepção são desorientação autopsíquica e/ou desorientação alopsíquica.
- (C) A alucinação é um dos transtornos da sensopercepção e é definida como transtorno do reconhecimento da imagem.
- (D) A sensopercepção revela a sensibilidade interna da pessoa frente à satisfação ou à frustração de suas necessidades.
- (E) Sensopercepção é a capacidade de captar as sensações, através dos receptores sensoriais, e transformá-las em imagens ou sensações no sistema nervoso central.

25

Para Cunha (2000), a marcação da consulta no psicodiagnóstico “...formaliza um processo de trabalho psicológico já iniciado... precedido de intensa angústia e ambivaléncia. Corresponde à admissão da existência de algum grau de perturbação e de dificuldades que justificam a necessidade de ajuda”. Sobre os motivos conscientes e inconscientes da marcação da consulta, assinale a alternativa correta:

- (A) A emergência de fortes defesas nesse período pode, por vezes, mascarar as motivações conscientes da busca pelo processo psicodiagnóstico.
- (B) Nos casos em que o paciente é encaminhado por outrem ao psicólogo, o motivo aparente pode ser a própria solicitação do exame ou o fato de ter sido mobilizado por colegas, amigos, parentes.
- (C) As motivações inconscientes estão no nível mais superficial e obscuro da psique. Constituem-se nos aspectos mais verdadeiramente responsáveis pelas aflições do paciente.
- (D) Quando há algum nível de consciência do problema, esta costuma ser muito dolorosa, impossibilitando a situação de enfrentamento de sua dificuldade.
- (E) Há uma tendência para que o motivo explicitado ao psicólogo seja o mais ansiogênico e o mais tolerável para o paciente ou, ainda, para o responsável que o leva.

26

De acordo com a pesquisa de Casanova (2015) sobre a formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde, é correto afirmar que essa formação

- (A) não compromete a identidade profissional; na realidade, reforça e valoriza o outro profissional como parceiro legítimo na construção de conhecimentos.
- (B) exige a negociação para definir qual a especialidade técnica comandará o plano de tratamento individual.
- (C) traz como consequência a transformação das práticas, com vistas à compartimentalização no cuidado.
- (D) segue na linha do cuidado integral prestado ao paciente, com um olhar mais atento e focado no processo da doença.
- (E) reconhece os limites e as especificidades de cada profissão, mas, na prática, os profissionais não conseguem preservar suas especificidades.

27

Maria atua como psicóloga em uma equipe de Consultório na Rua (CnR). Esse ponto de atenção à saúde é parte do componente da atenção

- (A) psicossocial especializada.
- (B) hospitalar.
- (C) estratégica de desinstitucionalização.
- (D) básica.
- (E) residencial de caráter transitório.

28

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é constituído por “equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com _____ e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo”. Assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna:

- (A) perturbações psiquiátricas leves e moderadas.
- (B) transtornos mentais graves e persistentes.
- (C) comportamentos socialmente inadaptados.
- (D) graves problemas de saúde psicoemocional.
- (E) alterações psicomotoras e lesões neurocerebrais.

29

Conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, as equipes que atuam nas enfermarias especializadas em saúde mental de Hospital Geral devem desenvolver ações de cuidado

- (A) voltadas ao afastamento do usuário de seu convívio social e familiar.
- (B) que assegurem internação de longa duração até a possível reinserção social do paciente.
- (C) articuladas ao projeto terapêutico desenvolvido pelo serviço de referência do usuário.
- (D) cuja finalidade é a remissão total dos sintomas psicóticos apresentados pelo paciente.
- (E) direcionadas para a revisão dos diagnósticos e da terapia farmacológica pregressa.

30

Sobre as iniciativas de geração de trabalho e renda, de empreendimentos solidários e de cooperativismo social destinadas à Reabilitação Psicossocial, é correto afirmar:

- (A) São indicadas para promover a reabilitação neurofuncional de pacientes psiquiátricos.
- (B) Substituem a oferta de auxílio à reabilitação do Programa De Volta para Casa.
- (C) Têm como finalidade a alta hospitalar de pessoas em situação de internação psiquiátrica.
- (D) Asseguram formas de tratamento baseadas no trabalho com fins terapêuticos.
- (E) Visam a garantir a melhoria das condições concretas de vida e a inclusão social.

31

Sobre a Redução de Danos (RD), é correto afirmar:

- (A) Fundamenta-se no princípio da ética do cuidado e no protagonismo dos usuários em relação ao próprio cuidado.
- (B) Tem como meta a diminuição da oferta de drogas ilícitas nas comunidades vulneráveis e nas cenas públicas de uso.
- (C) Está pautada nas decisões dos profissionais de saúde acerca do que é mais efetivo para a melhoria de vida dos usuários.
- (D) Caracteriza-se pelo estímulo ao compartilhamento de instrumentos para o uso de substâncias que causem dependência.
- (E) Requer o protagonismo do usuário na procura pelos serviços e não o contrário (o serviço realizar busca ativa no território).

32

Sobre a estratégia de Matriciamento, é correto afirmar:

- (A) O encaminhamento de casos da Atenção Básica para os Centros de Atenção Psicossocial é a melhor garantia de resolubilidade em saúde mental.
- (B) O Centro de Atenção Psicossocial deve assumir as demandas de saúde mental do território para que a Atenção Básica foque apenas em doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.
- (C) O cuidado em saúde mental não faz parte do trabalho das equipes de atenção básica, visto ser esta uma atribuição própria dos serviços especializados, como os CAPS e os Hospitais.
- (D) Um exemplo de comunicação inadequada entre os serviços de saúde é aquela baseada em informes escritos e transferência de responsabilidades.
- (E) Na ausência de psiquiatras na Atenção Básica, o Centro de Atenção Psicossocial fornece o atendimento individual pelo profissional especialista em saúde mental.

33

Segundo Chiaverini et al.(2011), “O _____ demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o _____ um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscara em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas:

- (A) Individual; relacional.
- (B) Âmbito profissional; âmbito interprofissional.
- (C) Núcleo; campo.
- (D) Corporativismo; coletivismo.
- (E) Projeto Terapêutico Singular; Projeto Terapêutico Territorial.

34

O trabalho em grupo com as equipes de saúde é considerado uma das funções presentes nas atividades de matriciamento. Esse trabalho tem como objetivo

- (A) contribuir para a criação de uma linguagem comum da interdisciplinaridade.
- (B) ofertar um espaço psicoterapêutico individual no contexto grupal da equipe.
- (C) reforçar o sentimento de individualismo entre as profissões e áreas de atuação.
- (D) minimizar a capacidade da equipe para solucionar seus conflitos internos.
- (E) identificar e apontar os membros responsáveis pelas dificuldades e fracassos da equipe.

35

A Intervenção Breve para uso de substâncias psicoativas tem como características ser objetiva, ter tempo determinado e focada na autonomia das pessoas. Seu planejamento inclui a realização de seis passos, dentre os quais se encontra a

- (A) sugestão.
 - (B) confrontação.
 - (C) abstinência.
 - (D) empatia.
 - (E) resiliência.
-

36

Segundo o Código de Ética Profissional, ao psicólogo é vedado, quando do exercício de suas funções profissionais,

- (A) analisar crítica e historicamente a realidade política, econômica, cultural e social.
 - (B) promover o acesso da população ao conhecimento da ciência psicológica.
 - (C) prestar serviços profissionais em situação de emergência, sem visar ao benefício pessoal.
 - (D) levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício irregular da profissão.
 - (E) induzir a convicções ideológicas, religiosas e de orientação sexual.
-

37

Sobre as dimensões subjetiva e objetiva da doença apresentadas no capítulo “Fundamentos em Psicologia Hospitalar e da Saúde” (Moretto, Kamers, Marcon, 2016), assinale a alternativa correta:

- (A) A leitura do sujeito sobre seu sofrimento e a daquele que tem a doença como objeto de estudo e trabalho são equivalentes.
- (B) Há uma compreensão universal do estar doente, pois as explicações não variam conforme a cultura e o momento histórico.
- (C) A posição do médico e da ciência, que identificam e tratam uma doença, é diferente daquela adotada (ou assumida) pelo paciente, que sente a enfermidade e sofre com seus efeitos.
- (D) A patologia refere-se à percepção individual ante um sofrimento, e a enfermidade está relacionada aos distúrbios de funções do organismo.
- (E) A equipe de saúde e o paciente não possuem expectativas diferentes sobre o que há para ser tratado.

38

Sobre a atuação na área da saúde (Moretto, Kamers, Marcon, 2016), o psicólogo

- (A) esforça-se para preservar a intimidade e privacidade do paciente, não realizando a escuta no contexto do leito em enfermarias.
 - (B) não tem a função de avaliar se o paciente e sua família reúnem condições de assumir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.
 - (C) propõe-se a trabalhar sobre a doença e não sobre a enfermidade, visando à adesão do paciente às condutas clínicas.
 - (D) não deve exercer o papel de mediador entre os interesses do paciente e os da equipe de saúde.
 - (E) caracteriza-se por ser um profissional qualificado para ouvir o significado que o paciente dá ao seu sofrimento.
-

39

Segundo Spink (2010), a perspectiva construtivista é recente nas aplicações ao campo da saúde, no qual, tradicionalmente, a psicologia tem atuado fundamentada na ótica

- (A) interpessoal.
 - (B) intraindividual.
 - (C) transdisciplinar.
 - (D) intersubjetiva.
 - (E) transcultural.
-

40

Segundo Spink (2010), “A vertente clínica do trabalho do psicólogo na instituição de saúde, por sua vez, possibilita sua interlocução com os diversos campos de saber, ou seja, a _____. A isso chamamos de vertente institucional do trabalho do psicólogo na Instituição de saúde”.

Assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna:

- (A) Multiprofissionalidade.
- (B) Interdisciplinaridade.
- (C) Transprofissionalidade.
- (D) Multidisciplinaridade.
- (E) Interprofissionalidade.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Considerando as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde, da Clínica Ampliada e da política de Saúde Mental, bem como a prática da Psicologia no contexto do trabalho em equipe e da assistência à saúde, a partir da sua inserção como psicólogo em uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), analise o caso e responda às questões.

Há dois meses a Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque das Flores adotou como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família (ESF). Vânia é agente comunitária de saúde da equipe (ACS). Apesar de não ter experiência na área, ela é vista como uma liderança em sua região por demonstrar disponibilidade para ajudar aqueles que a procuram, por conhecer bem a realidade e pela facilidade de estabelecer bons relacionamentos com a população local. Em uma de suas primeiras ações no território, Vânia conheceu Isaura, 76 anos, que mora com o filho Otávio, 40 anos, no pequeno domicílio de 3 cômodos. Enquanto elas tomavam um café, Isaura sentiu-se à vontade e contou sua situação à ACS: “é tanta preocupação nessa vida. A pensão que recebo do meu falecido esposo mal dá para pagar o aluguel, as contas e comprar comida aqui para casa. Estou devendo dois meses de aluguel e já cortaram a luz diversas vezes. De vez em quando, o pessoal da igreja que eu frequentava ajuda, vem trazer aqui uma cesta básica, mas eu não gosto de depender dos outros (...). Antes eu conseguia fazer umas faxinas e ganhar um dinheirinho, mas eu não consigo sair de casa direito, nem para ir para o culto e ver o pessoal, nem para ir ao postinho pegar meus remédios de pressão alta. As pernas doem, é difícil andar, tenho que ficar me segurando nas coisas! Morro de medo de cair nesses buracos da rua, no escadão e nessas vielas. Já vi tantas senhoras da minha idade que caíram e se machucaram muito. Eu sempre enfrentei tudo isso daí, sabe...mas se eu não tivesse esses problemas, tudo seria mais fácil (...). Eu quase sempre passo a noite em claro e estou sem vontade de comer. Com essas dores da idade, eu não consigo nem limpar a casa! Desculpe qualquer coisa, viu. É muito sofrimento, é muita tristeza”. Isaura aproveitou para falar sobre o filho com a ACS, que estava até então recluso em seu quarto: “Meu filho não sai de casa direito, só sai para ir ao boteco. Passa a noite acordado, bebendo e fumando, fala sozinho umas coisas estranhas e fica sem tomar banho (...); para falar a verdade, ele nunca esteve bem, sempre foi muito nervoso e agitado, achava que todo mundo estava contra ele, querendo fazer mal para ele. Teve uma época que ele começou a falar para todo mundo que era enviado de Deus. O pessoal da igreja acreditou no que ele falava, mas depois de um tempo começou a ter muita confusão e ele ficou abandonado. Ele fazia uns bicos de ajudante de pedreiro nas obras, mas reclama tanto de dor em tudo quanto é lugar que ele não dura nem uma semana e mandam ele embora, nem namorar ele namora. Eu estou sempre discutindo com ele, para ele tomar jeito e me ajudar, mas ele não me escuta. A gente acaba perdendo a paciência, é tanta dificuldade que a gente passa. Já que você está aqui, você poderia conversar um pouco com ele? Vai ver, ajuda!”. Curiosa com o que havia sido relatado por Isaura, Vânia tentou conversar com Otávio e conhecê-lo, mas sem êxito. Ela se percebeu assustada no contato com ele e confusa com toda a situação relatada. “É muita informação”, pensou ela. Sentindo-se desconfortável, decidiu então encerrar a visita e voltar à UBS para discutir o caso com a enfermeira e o médico da ESF. A equipe agendou uma consulta para Isaura com o clínico geral, para que ela pudesse ser mais bem avaliada em relação aos sintomas físicos relatados e à possibilidade de prescrição de ansiolítico para os sintomas psicológicos. A equipe optou por encaminhar Otávio para atendimento com a psicóloga e o psiquiatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por compreender que se tratava de um caso de atendimento especializado em Saúde Mental e, dessa forma, Otávio poderia ter benefícios com a psicoterapia e a medicação.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

01

Identifique e justifique pelo menos cinco condições/situações de saúde e sociais apresentadas no caso e que demandam cuidado no contexto do trabalho na Atenção Básica e em Rede.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

02

Diante do caso apresentado e de acordo com a reflexão de Dimenstein (2000) sobre a formação do psicólogo, identifique e justifique quais limitações dessa formação podem interferir na atuação do psicólogo no contexto do trabalho em saúde.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

03

Como psicólogo membro da equipe do NASF, defina e caracterize a proposta da clínica ampliada, justificando sua importância para o caso apresentado. Com base nas diretrizes da clínica ampliada e nas condições/situações de saúde e sociais identificadas na questão 1, proponha um Projeto Terapêutico Singular para o caso apresentado.

