

ASSINATURA



Universidade
de São Paulo
Brasil



FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2019**

1ª FASE: **02/09/2018**

PROFISSÃO 10:
PSICOLOGIA

INSTRUÇÕES

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
3. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
4. Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
5. Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
6. É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
7. 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.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
9. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
10. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

A judicialização da saúde

5 *A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinha das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comandos habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontrem na mesma situação, e não pela prioridade imposta de fora. (...)*

(...)

10 *Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciais é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.*

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinha das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

03

Tendo em vista o contexto, no lugar de "Ainda assim" (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) "naturais" (L. 1) e "judiciais" (L. 4).
- (B) "estratégia" (L. 6) e "ingerência" (L. 10).
- (C) "aceitação" (L. 8) e "intervenção" (L. 9).
- (D) "lentas" (L. 19) e "célere" (L. 21).
- (E) "elevação" (L. 26) e "incremento" (L. 27).

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

A saúde entre dois mundos

5 *No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.*

10 *Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as “artes de cura”, incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas.*

20 *Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. “Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde”, observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.*

25 *O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.*

Christina Queiroz, **Pesquisa FAPESP**, Novembro de 2017. Adaptado.

05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: “dói o meu coração”, “dói minha alma”. Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer “adeus”, como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, **Bioética: uma diversidade temática.**
Adaptado.

08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

09

Segundo o texto, a “perspectiva holística” (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

CONHECIMENTOS GERAIS

11

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersectorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

12

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

13

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

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

14

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

15

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

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

16

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

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

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

PSICOLOGIA

21

Sobre o processo histórico de constituição do hospital como lócus da prática médica (Foucault, 2014), é correto afirmar que, antes do século XVIII,

- (A) o médico era quem definia a dinâmica institucional e administrativa dos hospitais europeus.
- (B) a prática hospitalar era dirigida para a prevenção das doenças e a reabilitação dos doentes.
- (C) o hospital era uma instituição de assistência, separação e exclusão dirigida aos pobres.
- (D) a cura das doenças infecciosas e das doenças mentais era o objetivo terapêutico dos hospitais.
- (E) o hospital intervinha sobre as doenças mais prevalentes na população economicamente mais rica.

22

Considere os seguintes direitos atribuídos, no Brasil, à pessoa portadora de transtorno mental:

- I. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- II. ser tratada, preferencialmente, em serviços hospitalares de saúde mental;
- III. ter garantido o acesso livre aos meios de comunicação disponíveis;
- IV. ter a reinserção social em seu meio, como finalidade permanente do tratamento.

Está correto apenas o que se afirma em

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

23

De acordo com a Lei 10.216, a internação psiquiátrica involuntária

- (A) é determinada pela Justiça, a partir do pedido de familiares ou da avaliação de periculosidade.
- (B) pode ser autorizada pelo enfermeiro ou psicólogo responsável pelo serviço de saúde mental.
- (C) é determinada pelo médico e pela Justiça, com o consentimento do usuário.
- (D) deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas.
- (E) é determinada pelo médico plantonista, com o consentimento do usuário e dos familiares.

24

A prática do psicólogo sofreu modificações nas últimas décadas, principalmente pela interação entre a Psicologia e Políticas Públicas. Nesse sentido, a Clínica Ampliada apresenta possibilidades de ampliação e de qualificação da inserção do psicólogo no contexto da Saúde. Em relação à anamnese e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), é correto afirmar:

- (A) Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma, pode haver um grande acréscimo de informações para o PTS.
- (B) É importante conhecer os projetos e os desejos do usuário, bem como analisar se as intenções do profissional estão de acordo com as demandas do usuário.
- (C) Os determinantes sociais, como a moradia, a alimentação, o saneamento e a renda, não apresentam influência sobre os problemas de saúde.
- (D) Na proposição do PTS, os profissionais definem o que é melhor para o usuário em relação à sua saúde.
- (E) A participação, o protagonismo e a autonomia do usuário são diretrizes de pouca relevância para o Sistema Único de Saúde.

25

O Apoio Matricial deve caracterizar-se pela

- (A) organização do processo de trabalho e ampliação do uso das tecnologias duras.
- (B) compartimentalização do conhecimento e focalização nas especialidades médicas.
- (C) divisão de responsabilidades e fragmentação das ações.
- (D) discussão de casos e compartilhamento de ações e atendimentos.
- (E) organização de fila de espera e redução progressiva das responsabilidades sanitárias.

26

Segundo Dimenstein (2000), uma das consequências “da cultura profissional do psicólogo no campo da assistência pública à saúde diz respeito à psicologização dos problemas sociais”. No processo de psicologização dos problemas sociais, é correto afirmar que o psicólogo

- (A) atua, atribuindo à sociedade a causalidade de todas as formas de sofrimento humano.
- (B) realiza ampla leitura sobre os processos sociológicos inerentes à constituição da subjetividade.
- (C) busca produzir maior integração com outros profissionais e com a comunidade.
- (D) afasta-se gradativamente do domínio de sua especificidade para alcançar uma visão integrada.
- (E) retira de sua análise as dimensões políticas, históricas e culturais dos comportamentos.

27

A formação do psicólogo ainda é marcada pelo modelo da prática psicológica liberal centrada no consultório e na esfera individual, o que traz uma série de desafios a serem superados pelo profissional no contexto da Saúde. Segundo Spink (2010), o psicólogo, ao inserir-se em uma instituição, pode adotar uma postura de

- (A) alteridade, no que diz respeito ao seu trabalho com os usuários e ao trabalho junto aos demais profissionais de saúde.
- (B) oposição, na medida em que tem seu saber específico supervalorizado pelos usuários, mas não pelo médico.
- (C) parceria, por meio da qual deve abster-se de seus conhecimentos e técnicas em proveito de uma ação global sobre os hábitos de vida dos usuários.
- (D) contradição, como ter sua agenda aberta para marcação de consultas individuais e delegar o preenchimento de prontuários aos profissionais de nível médio.
- (E) potencialidade, principalmente por poder atuar sobre as demandas dos usuários, utilizando, nos seus atendimentos, as práticas privativas de outras profissões da saúde.

28

Zimerman (2000) propõe a classificação de grupos de acordo com suas finalidades, como operativos ou terapêuticos. Conforme o autor, um exemplo de grupos operativos seria:

- (A) grupo de autoajuda para diabéticos.
- (B) grupo de reflexão.
- (C) psicodrama de grupo.
- (D) grupo de autoajuda para alcoolistas.
- (E) grupanálise.

29

Segundo o Código de Ética Profissional, é vedado ao psicólogo

- (A) assumir responsabilidades profissionais apenas por atividades para as quais esteja capacitado teórica, técnica e pessoalmente.
- (B) prestar serviços profissionais em situações de emergência ou de calamidade pública, sem visar benefício próprio.
- (C) colaborar com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais quando solicitado, salvo impedimento por motivo relevante.
- (D) desviar para serviço particular as pessoas atendidas por instituição com a qual mantém qualquer vínculo profissional, visando ao benefício próprio.
- (E) levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da profissão, bem como transgressões a princípios e diretrizes do Código ou da legislação profissional.

30

O psicanalista inglês Wilfred R. Bion ficou conhecido por criar conceitos originais acerca das dinâmicas grupais, por exemplo:

- (A) grupo com líder e ECRO.
- (B) aparelho psíquico grupal e *gestalt* de grupo.
- (C) ressonância e ilusão grupal.
- (D) espaço transicional e pré-tarefa.
- (E) mentalidade grupal e supostos básicos.

31

Na produção de documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo

- (A) registrará somente as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho.
- (B) assinalará apenas a presença ou a ausência do usuário nas sessões de psicoterapia.
- (C) fornecerá informações relativas à intimidade e/ou outros conteúdos pessoais da pessoa atendida.
- (D) poderá emitir avaliações sobre o usuário sem embasar-se em fundamentação e qualidade técnico-científica.
- (E) redigirá apenas as informações previamente compartilhadas com seu supervisor ou chefe, que autorizará seu registro.

32

Para Ocampo e colaboradores (2005) e Arzeno (2003), o psicodiagnóstico é um procedimento importante na prática clínica. Porém, os autores divergem quanto ao

- (A) número de etapas do psicodiagnóstico.
- (B) modelo psicométrico, estabelecendo uma avaliação neutra e não objetiva.
- (C) referencial teórico que embasa o psicodiagnóstico.
- (D) objetivo do psicodiagnóstico.
- (E) número de testes aplicados.

33

Sobre a Educação interprofissional **NÃO** é correto afirmar:

- (A) É uma estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe.
- (B) É uma estratégia que favorece o trabalho e a prática profissional fragmentada e não integrada.
- (C) Aumenta a oferta de um cuidado integral, ao estimular o trabalho em equipe.
- (D) Contribui para uma prática profissional mais integrada.
- (E) É uma oportunidade de formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagem compartilhada.

34

Segundo o artigo “Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica”, de Maria de Fátima Araújo (2007), **NÃO** é correto afirmar que a avaliação psicológica

- (A) é um procedimento clínico que sofreu influência das correntes positivas e humanistas.
- (B) envolve princípios teóricos, objetivos, métodos e técnicas de investigação tanto de personalidade quanto de função cognitivas.
- (C) utiliza entrevistas, observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos, como jogos, desenhos, narrações de histórias e brincadeiras.
- (D) é a escolha do método e dos instrumentos de acordo com o referencial teórico, objetivo e finalidade da avaliação.
- (E) é um procedimento simples e, portanto, não necessita de uma formação e de um ensino voltados às disciplinas de avaliação psicológica.

35

Sobre o trabalho em equipe, é correto afirmar que

- (A) não traz bons resultados para a saúde, dificultando o cuidado prestado aos usuários, à família e à comunidade.
- (B) contribuiu para um aumento no custo e nos procedimentos em saúde.
- (C) viabiliza ações conjuntas entre equipe, serviços e a rede, por meio da comunicação e da troca de saberes de cada área,
- (D) prejudica a troca de saberes específicos e dificulta a articulação de ações especializadas.
- (E) não favorece a integralidade preconizada no sistema de saúde.

36

Sobre a regulamentação dos CAPS e a atuação do psicólogo, **NÃO** está correto afirmar que os profissionais de psicologia

- (A) compõem a equipe mínima nos CAPS I, II, III, AD e Infantil.
- (B) realizam atendimentos em psicoterapia individual e em grupo.
- (C) podem realizar plantões aos finais de semana e feriados.
- (D) compõem a equipe técnica e multiprofissional.
- (E) determinam a internação de um paciente em saúde mental.

37

O medo e a angústia de ficar em espaços abertos, amplos, com muitas pessoas ou em espaços públicos, podem ser caracterizados como

- (A) crise de ansiedade generalizada.
- (B) labilidade de humor.
- (C) claustrofobia.
- (D) ansiedade mista.
- (E) agorafobia.

38

NÃO constitui características do matriciamento:

- (A) novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.
- (B) encaminhamento ao especialista, um atendimento individual pelo profissional de saúde mental ou uma intervenção psicossocial coletiva realizados apenas pelo profissional de saúde mental.
- (C) sistema de saúde que conta com equipe de referência e apoio matricial.
- (D) suporte técnico especializado ofertado para equipe interdisciplinar, com o objetivo de qualificar e ampliar sua atuação e ações em saúde.
- (E) promoção de retaguarda especializada da assistência, com suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva dos projetos terapêuticos junto à população.

39

Considere as seguintes afirmações sobre o contato inicial com o paciente:

- I. A vestimenta adequada do profissional é importante para favorecer o contato inicial.
- II. Cabe ao psicólogo demonstrar respeito, não julgar e tentar estabelecer uma ligação de confiança.
- III. Cabe ao psicólogo desconsiderar as suas variáveis psicológicas, pois de forma alguma elas interferem no contato inicial.
- IV. Cabe ao psicólogo escutar com tranquilidade, perceber e se aproximar sem ser coercitivo, inquiridor ou detentor do saber.
- V. Cabe ao psicólogo observar como o paciente trata a si próprio, como se veste, como se expressa verbalmente e não verbalmente, sua linguagem corporal e o conteúdo daquilo que comunica.

Está correto o que se afirma em

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

40

O autor Dalgalarro (2000) inicia sua definição sobre “delírio” chamando a atenção do leitor para que se realize uma diferenciação sobre outro conceito, debatido por ele como originário da ignorância, do julgamento apressado e baseado em premissas falsas. Esse outro conceito é

- (A) o erro.
- (B) a alucinação.
- (C) o sonho.
- (D) o equívoco.
- (E) a distopia.

41

Sobre o exame do estado mental, há um consenso de que as principais alterações envolvem sinais e/ou sintomas nas seguintes áreas da conduta humana:

- (A) atenção, memória, orientação, raciocínio lógico, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e autocuidado.
- (B) atenção, memória, orientação, pensamento, linguagem e afetividade.
- (C) afetividade, nível de consciência, orientação espacial, pensamento, linguagem, autocuidado e autoestima.
- (D) atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afetividade e conduta.
- (E) inteligência, propriocepção, reflexos, orientação, nível de consciência, afetividade e conduta.

42

As alterações do humor e de sentimentos mais frequentes são:

- (A) depressão, mania, ansiedade, apatia, fobias, ambivalência afetiva, labilidade afetiva.
- (B) distímia, disforia, hipotímia/hipertímia, ansiedade, angústia, apatia, fobias, ambivalência afetiva, labilidade afetiva.
- (C) irritação, depressão, agitação, felicidade, compaixão, medos, dores, ambivalência afetiva.
- (D) distímia, disforia, ansiedade, angústia, apatia, fobias, ambivalência afetiva, labilidade afetiva.
- (E) alegria, tristeza, ansiedade, angústia, medo.

43

A entrevista clínica pode ser considerada

- I. um conjunto de técnicas, de tempo delimitado, dirigida por um entrevistador treinado, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos da vida do sujeito;
- II. um processo que visa propor encaminhamentos ou algum tipo de intervenção;
- III. simples, não apresentando nenhuma relação com os processos investigativos;
- IV. sempre como a etapa inicial da psicoterapia;
- V. estruturada, semiestruturada e de livre estruturação, quando se remete ao seu aspecto formal.

São características da entrevista clínica:

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

44

Muitas psicopatologias descritas levam o indivíduo a alterações de imagem ou do esquema corporal. A despersonalização corporal, descrita como sensação de que o corpo irá colapsar, se desorganizar, com uma sensação de morte iminente, refere-se ao seguinte transtorno mental:

- (A) depressão.
- (B) histeria.
- (C) dismorfofobia.
- (D) quadros ansiosos graves.
- (E) anorexia nervosa.

45

As depressões são consideradas um grande problema de saúde pública, dada sua prevalência e as incapacidades geradas para o indivíduo. Entre as diferentes tipologias, Dalgarrondo (2000) descreve um tipo de “depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos. Os sintomas depressivos mais comuns são diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões ou se concentrar, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança” (p.311). Esta definição é relativa à (ao)

- (A) melancolia.
- (B) depressão atípica.
- (C) distímia.
- (D) depressão psicótica.
- (E) estupor depressivo.

46

As cinco grandes perspectivas teóricas que sustentam a maior parte das pesquisas e estudos sobre desenvolvimento humano são:

- (A) psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva, contextual, evolucionista/sociobiológica.
- (B) psicanalítica, Waldorf, cognitiva, contextual, evolucionista/sociobiológica.
- (C) psicanalítica, da aprendizagem, interacionista, Waldorf, evolucionista/sociobiológica.
- (D) psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva, contextual, psicométrica.
- (E) psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva, contextual, psicopatologia fundamental.

47

Freud versa sobre o desenvolvimento infantil definindo cinco diferentes fases de desenvolvimento psicosexual pelas quais, invariavelmente, todas as crianças irão passar. Uma das fases ocorre na terceira infância, descrita como um período de tranquilidade emocional, em que a criança explora aspectos intelectuais e sociais, direcionando sua energia para atividades escolares, relacionamentos e *hobys*. Essa descrição refere-se à fase

- (A) anal.
- (B) oral.
- (C) de latência.
- (D) genital.
- (E) fálica.

48

Jean Piaget estudou o desenvolvimento cognitivo das crianças e definiu três processos que se inter-relacionam: organização, adaptação e equilíbrio. A adaptação ocorre por intermédio de dois processos complementares. O primeiro absorve a informação nova e incorpora às estruturas cognitivas existentes e o segundo ajusta as próprias estruturas cognitivas para encaixar a informação nova.

Os processos citados, relativos à adaptação, são, respectivamente,

- (A) assimilação e acomodação.
- (B) adequação e acomodação.
- (C) acomodação e organização.
- (D) organização e assimilação.
- (E) assimilação e adequação.

49

Ela se refere a quatro habilidades relacionadas: as capacidades de perceber, usar, entender e administrar, ou regular, as emoções – nossas e dos outros – a fim de alcançar objetivos. (...) Ela requer a consciência do tipo de comportamento adequado em uma determinada situação. (Papalia e Feldman, 2013 p.470)

Essa definição refere-se à

- (A) capacidade moral.
- (B) inteligência emocional.
- (C) capacidade emotiva.
- (D) inteligência moral.
- (E) capacidade emocional.

50

Existem diferenças entre a atuação do psicólogo no SUS e na saúde suplementar. A afirmação que melhor explicita essa diferença é:

- (A) A saúde suplementar estabelece um referencial teórico para o psicólogo, diferente do utilizado no SUS.
- (B) O SUS trabalha única e exclusivamente com a psicoterapia individual.
- (C) Na saúde suplementar há uma limitação no número de sessões individuais, o que implica o cuidado não integral do indivíduo e a rara oferta de psicoterapia em grupo.
- (D) No SUS o trabalho não é realizado em equipe.
- (E) Todas as atividades, assim como um prognóstico positivo ao final do processo, são de responsabilidade do profissional.

