



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2023**

25/09/2022

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.
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.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
- (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
- (B) Ao passo que.
- (C) Mesmo que.
- (D) Por ora.
- (E) Desse modo.

07

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
- (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
- (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
- (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
- (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
- (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
- (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
- (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

PSICOLOGIA

16

Um Código de Ética profissional, ao estabelecer padrões esperados quanto às práticas referendadas pela respectiva categoria profissional e pela sociedade, procura fomentar a autorreflexão exigida de cada indivíduo acerca da sua práxis, de modo a responsabilizá-lo, pessoal e coletivamente, por ações e suas consequências no exercício profissional.

Com relação às responsabilidades do psicólogo estabelecidas em seu Código de Ética profissional, assinale a alternativa correta:

- (A) Conhecer, divulgar, cumprir e fazer cumprir este Código nos locais destinados à saúde mental.
- (B) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal e tecnicamente.
- (C) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços.
- (D) Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem deixar de visar os benefícios pessoais.
- (E) Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do prestador de serviço de Psicologia.

17

A proposta da Clínica Ampliada engloba alguns eixos fundamentais. Assinale a alternativa que aponta corretamente esses eixos:

- (A) Compreensão ampliada do processo saúde-doença, Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, Ampliação do “objeto de trabalho” e Suporte para os profissionais de saúde.
- (B) Compreensão ampliada do conceito social de doença, Construção compartilhada dos prognósticos sociais, Ampliação do “objeto de trabalho” e Suporte para os profissionais da saúde.
- (C) Compreensão ampliada do conceito social de saúde, Construção compartilhada dos estigmas sociais, Ampliação do “objeto de estudo” e Suporte para os usuários de saúde.
- (D) Compreensão ampliada do processo de saúde-doença, Construção compartilhada do paradigma de integração social e Suporte aos beneficiários.
- (E) Compreensão ampliada do processo de marginalização social, Construção compartilhada dos saberes científicos, Ampliação do “objeto de estudo” e Suporte social.

18

A Equipe de Referência e Apoio Matricial possibilita uma gestão mais centrada

- (A) nos meios de produção, como: consultas por hora.
- (B) na neutralidade entre profissional e usuário.
- (C) em resultados científicos e mensuráveis.
- (D) nos fins, como coprodução de saúde e de autonomia do usuário.
- (E) em produzir menor corresponsabilização entre profissionais.

19

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações.

Ainda sobre o Projeto Terapêutico Singular, responda a alternativa correta:

- (A) Pode ser confundido com o Projeto Terapêutico Individual, mas são conceitos diferentes.
- (B) Deve ser realizado para os indivíduos e não para grupos, pois frisa a singularidade.
- (C) Evidencia o quanto os diagnósticos tendem a diferenciar os sujeitos.
- (D) Destaca o quanto os diagnósticos aumentam as diferenças de cada indivíduo.
- (E) Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

20

As diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo:

- (A) Modificar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (B) Valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.
- (C) Construir de forma compartilhada os diagnósticos e terapêuticas.
- (D) Separar as ações e serviços de saúde para maior organização.
- (E) Superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde.

21

A Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se atualmente como uma estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. Considerando a EIP, assinale a alternativa correta:

- (A) Seus princípios são recentes e, por isso, não se aplicam à educação permanente dos profissionais de uma equipe de trabalho já existente.
- (B) Consiste em oportunidades de formação conjunta para a aprendizagem compartilhada, na qual duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras.
- (C) Trata-se de um modelo de atenção tradicional (hospitalocêntrico) que interfere positivamente no trabalho em equipe de forma integrada.
- (D) Pode comprometer a identidade profissional na medida em que compartilha os saberes de duas ou mais profissões sobre as outras.
- (E) Segue a linha do cuidado integral prestado ao paciente, com um olhar mais atento e restrito ao processo saúde/doença.

22

Considere o seguinte caso: a médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ansiosa e preocupada com determinada situação, liga para a psiquiatra que faz o matriciamento na sua equipe, mas não consegue falar imediatamente, pois a matriciadora está ocupada. No final da tarde, a matriciadora retorna a ligação e elas conversam sobre uma puérpera que está com psicose, iniciada no puerpério, e que faz uso de risperidona e periciazina, mas ainda apresenta muitos sintomas delirantes e atitudes bizarras. A matriciadora não conhece esse caso, mas acolhe a médica da ESF, orienta um ajuste de dose da medicação, comenta sobre o possível significado das atitudes da puérpera em relação a seu filho e coloca-se à disposição para marcar uma consulta conjunta, se for necessário. A usuária melhorou, não sendo necessária uma intervenção na urgência psiquiátrica como a família achava, e manteve-se o seguimento na própria unidade de saúde da família, com o apoio do matriciamento. Nessa situação, pode-se afirmar:

- (A) O uso do celular ou de qualquer outro meio de telessaúde é fundamental para que o matriciador esteja sempre on-line.
- (B) O conceito de telessaúde deve ser dirigido a populações de áreas remotas a fim de não desperdiçar os recursos tecnológicos.
- (C) Os usuários de saúde mental devem ser sempre encaminhados para consulta presencial na urgência psiquiátrica visto a natureza da doença.
- (D) A telessaúde pode ser utilizada mesmo em áreas urbanas, onde a proximidade não garante o acesso a muitos serviços de saúde.
- (E) A comunicação a distância facilita o processo, pois não necessita de adaptações nos registros de assistência em saúde.

23

De acordo com Cunha (2000), na dinâmica da interação clínica entre psicólogo e paciente, verificam-se ao longo de todo o processo psicodiagnóstico fenômenos inconscientes e conscientes. A respeito desses fenômenos, assinale a alternativa correta:

- (A) Paciente e psicólogo entram em relação e passam a interagir em um único plano, tendo as mesmas atitudes e motivações.
- (B) Ambos têm suas funções e papéis exclusivamente como psicólogo e paciente.
- (C) Verifica-se a transferência no psicólogo na medida em que ele assume papéis na sua tarefa, conforme os impulsos de seus padrões infantis relacionados a figuras de autoridade.
- (D) A contratransferência é experienciada pelo paciente ao se relacionar, com o psicólogo, não como tal, mas como figura de pai, irmão, mãe.
- (E) O silêncio prolongado e sistemático do paciente, assim como sua atitude de falar sem parar, são manifestações de resistência à avaliação.

24

Segundo Cunha (2000), existem diversos elementos e características que compõem a definição de entrevista clínica. Sobre esses elementos e características, assinale a alternativa correta:

- (A) Técnica: é uma série de testes psicológicos que possibilitam investigar os temas em questão.
- (B) Processo: não deve ocorrer em apenas uma sessão e deve ser dirigido apenas ao encaminhamento.
- (C) Característica dirigida: mesmo sendo livre, o entrevistador reconhece seus objetivos.
- (D) Procedimento poderoso: utilizando de instrumentos padronizados para adaptar-se à diversidade.
- (E) Relação profissional: implica a aplicação mecânica e padronizada das diretrizes da entrevista.

25

Conforme Cunha (2000), o exame do estado mental do paciente é importante para qualquer processo psicodiagnóstico. Nele, é frequente o uso das seguintes expressões: hipomnésia anterógrada, hipomnésia retrógrada e hipomnésia retroanterógrada. Tais expressões dizem respeito ao déficit de memória

- (A) para os fatos ocorridos antes e depois do fator desencadeante do quadro.
- (B) em que há abolição total da memória anterior ao fator desencadeante.
- (C) do tipo retrógrado e são explicadas pela repressão histórica.
- (D) também denominadas de alucinações da memória.
- (E) que gera o exagero patológico da evocação após intervenção especializada.

26

De acordo com Dalgalarondo (2019), em psicopatologia, a incapacidade total ou parcial de obter e sentir prazer com determinadas atividades e experiências da vida é chamada de:

- (A) Indiferença afetiva.
- (B) Sentimento de falta de sentimento.
- (C) Embotamento afetivo.
- (D) Neotimia.
- (E) Anedonia.

27

De acordo com Pacheco et al (2007), o conceito explicado como *“um modelo médico da deficiência, em que esta é considerada como um problema da pessoa, sendo a pessoa com deficiência quem precisa ser tratada e reabilitada para se adequar à sociedade como ela é”* refere-se a:

- (A) Inclusão social.
- (B) Educação.
- (C) Integração social.
- (D) Hospitalização.
- (E) Reabilitação.

28

É um objetivo geral da Rede de Atenção Psicossocial:

- (A) Focalizar o acesso à atenção psicossocial da população com transtornos mentais leves.
- (B) Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde no território.
- (C) Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
- (D) Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
- (E) Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.

29

É um ponto de atenção à saúde do componente “Estratégias de Desinstitucionalização” da Rede de Atenção Psicossocial:

- (A) Unidade de Acolhimento.
- (B) Sala de Estabilização.
- (C) Centro de Atenção Psicossocial.
- (D) Equipe de Atenção Básica para populações específicas.
- (E) Serviços Residenciais Terapêuticos.

30

“É uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio-reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência”.

Nesse trecho, descreve-se o:

- (A) Programa de Atenção Domiciliar.
- (B) Benefício de Prestação Continuada.
- (C) Programa de Volta para Casa.
- (D) Empreendimento Solidário.
- (E) Programa de Braços Abertos.

31

Sobre o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde, é correto afirmar:

- (A) A ausência do cartão SUS inviabiliza o primeiro atendimento.
- (B) Deve estar condicionado à exigência de abstinência.
- (C) É desnecessário respeitar o sigilo e a privacidade nesses casos.
- (D) O profissional deve agendar dia e horário para acolhimento.
- (E) É uma janela de oportunidade para a construção do vínculo e do cuidado.

32

O termo acessibilidade possui um sentido multidimensional e um caráter social e político no âmbito do SUS. O termo “Acessibilidade Oportuna” refere-se à

- (A) disponibilidade, sensibilidade e atenção ao estado de sofrimento.
- (B) distribuição e integração dos serviços e da rede intersetorial.
- (C) reduzida colaboração entre o setor da saúde e o setor da justiça.
- (D) especificação de critérios seletivos e hierarquização da demanda.
- (E) alta exigência que o usuário deve cumprir para ter acesso ao tratamento.

33

Conforme a Lei nº 10.216 (2001), a internação psiquiátrica deve ser realizada somente mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. O tipo de internação no qual há consentimento do usuário é denominado

- (A) solicitada.
- (B) involuntária.
- (C) compulsória.
- (D) voluntária.
- (E) continuada.

34

As equipes de saúde devem manter compromisso com a garantia dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental. Conforme Lei nº 10.216 (2001), é um direito do usuário:

- (A) Ter acesso restrito aos meios de comunicação disponíveis.
- (B) Ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (C) Receber informações breves sobre sua doença e tratamento.
- (D) Ser protegido contra determinadas formas de abuso e exploração.
- (E) Ser tratado com respeito e no interesse exclusivo de reverter seus sintomas.

35

Segundo Moretto (2016), a lógica manicomial procura separar os “loucos dos sãos” e atribui aos primeiros uma série de desqualificações. Dentre estas, a autora destaca:

- (A) Periculosidade e estranheza.
- (B) Pobreza e marginalização.
- (C) Improdutividade e fraqueza.
- (D) Periculosidade e improdutividade.
- (E) Estranheza e marginalização.

36

Os psicólogos inseridos em serviços de saúde utilizam-se de diferentes procedimentos assistenciais. Segundo Moretto (2016), os grupos de sala de espera e os programas psicoeducacionais correspondem aos principais dispositivos clínicos psicológicos de

- (A) atendimento.
- (B) avaliação.
- (C) triagem.
- (D) prognóstico.
- (E) reflexão.

37

Segundo Spink (2013), a formação básica do psicólogo privilegia a

- (A) busca de dados que permitam melhor localizar o psicólogo e seu cliente na dinâmica social e/ou institucional.
- (B) compreensão da organização social mais ampla, incluindo as especificidades de classe.
- (C) atuação clínica, centrada no indivíduo e localizada no consultório, sem prepará-lo para a atuação no contexto institucional.
- (D) compreensão das determinações sociais mais amplas que afetam a relação profissional do psicólogo com seu cliente.
- (E) ampliação de seu enfoque, incorporando na atuação profissional as relações vividas pelo conjunto dos atores institucionais.

38

Segundo Moretto (2016), há duas possíveis posições em relação ao adoecimento: a do médico/ciência e a do paciente. A “resposta subjetiva do paciente ao fato de não estar bem” refere-se à noção de

- (A) moléstia.
- (B) patologia.
- (C) doença.
- (D) transtorno.
- (E) enfermidade.

39

No âmbito do SUS, há previsão para atuação do psicólogo no atendimento de urgências psiquiátricas, por exemplo, no contexto do hospital geral. Os serviços de urgência psiquiátrica devem

- (A) ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.
- (B) ser resolutivos e privilegiar a referência do paciente ao hospital especializado.
- (C) contar com equipe técnica mínima, composta por médico, terapeuta ocupacional e psicólogo.
- (D) funcionar diariamente durante 12 horas, com equipe multiprofissional.
- (E) contar com apoio de leitos de internação para até 24 horas.

40

“O fato de o terapeuta jogar livremente com a criança (...) tem grande importância para o sucesso da técnica, pois não dá à criança a impressão de que está sendo avaliada, como ocorre, com frequência, quando lhe é aplicado um teste psicológico”.

Nesse trecho, Araújo (2007) refere-se ao

- (A) Rastreio para a Avaliação da Maturidade Perceptomotora.
- (B) Jogo do Rabisco.
- (C) Inventário de Percepção de Suporte Familiar.
- (D) Inventário de Habilidades Sociais, Problemas e Competências Acadêmicas.
- (E) Teste de Apercepção Infantil.

ESTUDO DE CASO

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

Ricardo, 28 anos, autônomo, possui ensino superior completo, solteiro, vive sozinho em sua casa em um bairro central da cidade. Após sofrer um acidente de carro no começo do ano, foi levado às pressas ao hospital, apresentando traumatismo craniano e múltiplas fraturas no corpo. Foi realizada cirurgia para descompressão craniana e intubação, e ele permaneceu 30 dias em coma induzido. Após extubação, apresentou quadro de confusão mental, agitação motora, elevada ansiedade e forte desejo de sair do hospital. Apesar de não apresentar sequelas físicas permanentes, Ricardo apresenta dificuldades de locomoção, sintomas depressivos e precisará fazer uso de várias medicações; ele expressou medos em relação à sua condição e preocupações quanto às limitações que poderiam impactar negativamente sua vida. Ele necessitará de suporte cotidiano para que possa continuar seu cuidado. Na preparação para a alta, a equipe avaliou a presença de fatores psicossociais e familiares que podem dificultar seu processo de recuperação. Ricardo não tem família próxima; seus pais são falecidos e ele há muitos anos vive uma vida independente, orgulhando-se por ter conseguido “vencer na vida”, apesar de todas as dificuldades, e por não precisar contar com ninguém. Por conta do período de isolamento causado pela pandemia de COVID-19, ficou sem renda e precisou utilizar todas as suas economias para sobreviver. A única pessoa da família com quem mantém contato é uma prima, que o visitou poucas vezes no hospital. Ela mora em um bairro distante do dele, com o marido e uma filha recém-nascida, e possui pouca disponibilidade para auxiliá-lo cotidianamente na recuperação.

01

Com base no caso apresentado e nas considerações sobre o processo psicodiagnóstico de Cunha (2000), quais são as principais etapas a serem consideradas para a avaliação psicológica de Ricardo? Considere os tipos de entrevista, contato, exame mental do paciente e devolutiva.

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.

03

Construa um Projeto Terapêutico Singular para o caso apresentado, considerando as necessidades sociais e de saúde de Ricardo.

