



Processo Seletivo dos Programas de
Residência em Área Profissional da
Saúde - USP 2027

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo P**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, 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 5 alternativas cada uma, e **1** estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
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

01

Bicudinho



Caco Galhardo. Folha de S. Paulo. 27/04/2026.

A construção do humor na tirinha decorre principalmente de

- (A) repetição de comportamentos semelhantes ao longo da narrativa.
- (B) contraste entre a expectativa criada e o desfecho da narrativa.
- (C) utilização de termos estrangeiros associados às redes sociais.
- (D) descrição objetiva da rotina de pessoas em fase de aposentadoria.
- (E) contraposição entre personagens de diferentes gerações.

Texto para as questões 02 e 03

Aprimoradas por 230 anos, as vacinas são hoje um pilar da saúde global, e, sem elas, poderíamos estar em caos. É o que os epidemiologistas Mathew Kiang e Nathan Lo, da Universidade Stanford, nos Estados Unidos, alertam. Preocupados com as ações antivacinas promovidas por Robert F. Kennedy Jr., secretário de Saúde americano, os pesquisadores decidiram calcular os prejuízos de longa data da falta de políticas de imunização em seu país. Em 25 anos, a dupla estima que, se ninguém fosse vacinado contra a poliomielite, doença viral que ataca o sistema nervoso de forma irreversível, 23 mil crianças teriam paralisia. Além disso, 41 mil bebês desenvolveriam uma síndrome com problemas auditivos, cardíacos e cerebrais caso as gestantes não estivessem protegidas contra a rubéola. Outro desastre seria a ausência da vacina contra a difteria. Sem as picadas, a doença faria de 130 mil a 1 milhão de vítimas. Já a falta de vacina contra o sarampo levaria à morte de 290 mil indivíduos no mesmo período. Por lá, essa vacina ainda é recomendada, mas enfrenta resistência na adesão. Em 2025, houve três óbitos e 2,2 mil casos. E o patógeno segue à solta, um cenário preocupante, pois os EUA serão um dos países sede da Copa do Mundo de futebol.

Larissa Beani. *Como seria um mundo sem vacinas?*. Revista Veja Saúde. 14/05/2025. Adaptado.

02

A argumentação do texto é construída, principalmente, por meio de

- (A) apresentação de dados para demonstrar os impactos da ausência de vacinação.
- (B) comparação entre os sistemas de saúde de diferentes países ao longo do tempo.
- (C) descrição detalhada do funcionamento biológico das vacinas.
- (D) defesa de medidas sanitárias voltadas exclusivamente ao combate do sarampo.

- (E) exposição de experiências pessoais de pacientes afetados por doenças infecciosas.

03

No trecho *Já a falta de vacina contra o sarampo levaria à morte de 290 mil indivíduos no mesmo período*, o emprego da forma verbal “levaria” indica que o dado apresentado corresponde a uma

- (A) confirmação estatística de mortes registradas no período analisado.
- (B) projeção de consequência em uma situação simulada pelos pesquisadores.
- (C) hipótese sem relação com os cálculos científicos mencionados.
- (D) possibilidade descartada após novas políticas de vacinação.
- (E) comparação entre doenças com diferentes taxas de mortalidade.

Texto para as questões 04 e 05

A promessa de autonomia lançada pelo Esclarecimento – de que a humanidade poderia libertar-se das amarras do mito e da tradição pelo uso ousado da razão – sempre carregou consigo uma sombra. Por um lado, o projeto iluminista aspirava a um mundo mais justo e livre; por outro, a razão que deveria emancipar mostrou sua face instrumental, convertendo-se em ferramenta de cálculo e dominação. É nessa encruzilhada, entre promessa e catástrofe, que a inteligência artificial emerge como herdeira e ápice desse processo, levando ao limite a lógica da quantificação e da eficiência. Ao adentrar o território da psicoterapia, a IA não apenas testa os limites de sua aplicabilidade, como também levanta uma questão: é possível traduzir o sofrimento humano em dados e protocolos?

Cristian Arão e Nanci Nakamura. *O que não se programa: IA, psicanálise e os limites do método científico*. Revista Cult. 04/05/2026. Adaptado.

04

A oposição central desenvolvida no texto estabelece uma tensão entre

- (A) mito e religião.
- (B) ciência e tecnologia.
- (C) subjetividade e progresso.
- (D) autonomia e controle.
- (E) tradição e inovação digital.

05

No texto, a inteligência artificial é caracterizada como

- (A) resultado inesperado do avanço tecnológico.
- (B) ruptura com os princípios da modernidade.
- (C) culminação de uma lógica orientada pela eficiência.
- (D) solução para os limites da razão humana.
- (E) retorno contemporâneo ao pensamento mítico.

Texto para as questões 06 e 07

As coisas acontecem quando querem
E quando crescem todo mundo vê
Não o caminho traçado à navalha
Mas o tamanho do bicho que é
Eu quero ser o que rolar pra mim
Quero, de querer, de estar a fim
Fazendo o certo independentemente
Indefinidamente
Viver bem
Comer bem
Dormir bem
Falar legal
Big bang, big bang, big bang
Tudo bem, tudo bem, 'tá legal, 'tá legal, 'tá

Jadsa. *Big bang* (2025).

06

A repetição do verbo “querer” em *Quero, de querer, de estar a fim* contribui para enfatizar a

- (A) oposição entre desejo e obrigação.
- (B) intensidade da vontade expressa pelo eu lírico.
- (C) incerteza diante das escolhas da vida.
- (D) dependência de decisões alheias.
- (E) recusa em assumir responsabilidades.

07

O verso *Eu quero ser o que rolar pra mim*, no contexto da canção, sugere uma postura de

- (A) dependência de orientação externa.
- (B) rejeição das mudanças pessoais.
- (C) obediência a normas rígidas.
- (D) preocupação com reconhecimento social.
- (E) abertura às possibilidades da vida.

Conhecimentos gerais

08

A Lei Federal nº 8080, editada em 1990, define a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (art. 6º, inciso XXII, parágrafo 3). No âmbito da saúde do trabalhador, essa Lei

- (A) garante ao sindicato dos trabalhadores o direito de requerer ao órgão competente a interdição da máquina, de setor de serviço e de todo ambiente de trabalho quando houver risco iminente de vida ou saúde dos trabalhadores.
- (B) dispõe que a informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho deve ser prestada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.
- (C) prevê a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho e designa a Secretaria Nacional de Assistência Social para assistência aos portadores de doença profissional e do trabalho.

- (D) estabelece que a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador está restrita às instituições e empresas públicas.
- (E) determina que a informação sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão estão no âmbito do Ministério Público do Trabalho.

09

A proposta da Clínica Ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam superar a fragmentação dos conhecimentos e da prática ao se relacionar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia. De acordo com o documento “Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” (2007), é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico pressupõe certa regularidade e, portanto, é condição suficiente para definir todo o tratamento para uma pessoa.
- (B) Doenças complexas requerem que a equipe de saúde possa afirmar, para segurança dos usuários, que o conhecimento que detém é ilimitado.
- (C) A excessiva ênfase no incentivo a mudanças saudáveis nos hábitos faz com que usuários se comportem como políquelosos.
- (D) Danos de tratamentos e exames sem critério podem relacionar-se à noção de saúde como bem de consumo.
- (E) A transferência do ônus de um possível fracasso para o usuário é uma forma de produzir co-responsabilidade.

10

A portaria nº 4279 (Brasil, 2010) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, tal portaria

- (A) caracteriza a RAS pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Hospitalar.
- (B) considera que é possível prescrever um modelo organizacional único para as RAS, tendo em vista o conjunto de atributos apresentados.
- (C) entende por gestão da condição da saúde nas RAS a adoção de um modelo de atenção à saúde focado no indivíduo.
- (D) associa a longitudinalidade a diversos benefícios dentre os quais a possibilidade de utilização dos serviços com maior frequência.
- (E) diferencia a RAS baseada na Atenção Primária à Saúde (APS) e rede de urgência e emergência pelo papel desempenhado pela APS.

11

No documento "SUS de A a Z" (Brasil, 2009), afirma-se que "a função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)" (p.7). Conforme esse documento, é correto afirmar:

- (A) As estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar a um padrão único de gestão.
- (B) A condução da equipe de Saúde, que assume junto com o secretário as funções cotidianas de gestão, deve privilegiar as capacidades técnicas.
- (C) A elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência pressupõe a horizontalização por linhas de cuidado.
- (D) As análises de situação de Saúde, que contribuem para a tomada de decisão, são processos pontuais, oportunos e sintéticos.
- (E) O acolhimento pressupõe hora ou profissional específicos para fazê-lo em um espaço ou local determinado.

12

Considerando as reflexões apresentadas por Peduzzi *et al.* (2020) sobre o conceito de trabalho em equipe no contexto da saúde, é correto afirmar:

- (A) O trabalho em equipe interprofissional baseia-se na hierarquização entre as diferentes profissões tendo em vista as salvaguardas das especificidades.
- (B) A atuação isolada de cada profissional, com foco na especialidade, potencializa os resultados das ações empreendidas.
- (C) Espaços coletivos de discussão podem dar lugar com sucesso à padronização de condutas profissionais baseadas em protocolos.
- (D) O trabalho em equipe requer que cada profissional abra mão da expectativa de plena autonomia pautada no saber técnico científico de sua área de atuação.
- (E) A "colaboração" é caracterizada como forma menos flexível de trabalho interprofissional, com níveis maiores de compartilhamento e interdependência de ações.

13

Por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (2004) postula o seguinte:

- (A) A humanização é marcada pela inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos.
- (B) Na avaliação dos serviços tem sido evidente o preparo dos profissionais da equipe de saúde para lidar com a dimensão subjetiva dos usuários.
- (C) Os modos de cuidar e as demais ações do SUS são instâncias separadas das modalidades de gestão dos serviços.
- (D) A deficiência educacional da população requer que os usuários sejam os sujeitos da educação permanente em saúde.
- (E) O SUS foi uma reforma completa na saúde, e o estágio de organização do sistema já foi superado.

14

Segundo Vidal *et al.* (2014) "A bioética alude aos problemas morais que emergem da intervenção humana em diferentes campos, com destaque para aqueles inerentes às relações estabelecidas em todos os níveis da atenção à saúde"(p.348). Na revisão de literatura empreendida pelos autores sobre os principais problemas éticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), os resultados obtidos apontam que

- (A) a precariedade do trabalho, sob a perspectiva da bioética, pode ser enfrentada mediante a rotatividade dos trabalhadores das equipes de ESF em busca de melhores salários.
- (B) a interdependência entre saúde e determinantes ambientais, na sua interface com a bioética contemporânea, pode impulsionar as ações de promoção da saúde.
- (C) a relação dialógica, como centro do vínculo na ESF, se fundamenta na comunicação efetiva que prescinde da escuta ativa e da consideração das crenças dos usuários.
- (D) o direito do usuário ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade tem papel secundário na formação do vínculo com a equipe de saúde da família.
- (E) modalidades de gestão da ESF, tais como a terceirização por organizações sociais, contribuem para a formação de vínculos e a longitudinalidade do cuidado.

15

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria nº 2436/2017), a Atenção Básica (AB) deve ser a principal porta de entrada e centro comunitário da Rede de Atenção à saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Conforme o texto dessa portaria, é correto afirmar:

- (A) A responsabilidade do financiamento para fortalecimento da AB é bipartite, cabendo precipuamente ao gestor estadual.
- (B) A divulgação periódica dos relatórios de indicadores da AB, que assegura o direito à informação, é de competência do gestor federal.
- (C) A dicotomia e a oposição entre a assistência e a promoção da saúde são desafios que excedem as atribuições da AB.
- (D) Gerentes de Unidades Básicas de Saúde podem acumular suas atribuições com as funções de um profissional integrante da equipe da AB.
- (E) Um ambiente adequado em uma Unidade Básica de Saúde tem como componentes a recepção sem grades e a identificação dos serviços, entre outros.

Psicologia

16

De acordo com a regulação dos serviços de saúde mental no Brasil e considerando as diretrizes de financiamento e a organização da assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza o atendimento psicoterápico em grupo, fundamentalmente devido a razões de ordem

- (A) clínica, visto que a dinâmica coletiva acelera a remissão de sintomas em quadros agudos.
- (B) gerencial, pois essa modalidade facilita o monitoramento da frequência dos usuários.
- (C) assistencial, já que o acolhimento mútuo anula a necessidade de intervenções individuais.
- (D) econômica, uma vez que otimiza a aplicação de recursos para cobrir um maior número de pessoas.
- (E) regulatória, dado que as normas federais vedam o atendimento clínico individualizado na rede pública.

17

No planejamento de pessoal e dimensionamento de equipes de psicologia em instituições de saúde, a Resolução CFP nº 17/2022 adota como unidade de medida fundamental a "Hora-Assistencial". De acordo com os parâmetros normativos dessa resolução, esse conceito é definido como o tempo médio estimado para a realização das práticas psicológicas, devendo contemplar obrigatoriamente em seu cômputo

- (A) a carga horária total gasta em deslocamentos urbanos entre diferentes territórios de saúde.
- (B) as intervenções e procedimentos diretos, bem como as ações burocráticas de evolução em prontuário e discussões de equipe.
- (C) o período de descanso obrigatório previsto nas leis trabalhistas vigentes e acordos sindicais.
- (D) as atividades de pesquisa acadêmica e pós-graduação executadas fora do ambiente de trabalho do serviço de saúde.
- (E) a triagem exclusiva de pacientes graves direcionados pelos serviços de urgência e emergência hospitalar.

18

A Lei nº 10.216/2001 representou um marco regulatório ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, estabelecendo critérios rígidos para o tratamento de pessoas acometidas de transtornos mentais. Diante das diretrizes legais estipuladas para o regime de internação e para os processos de desinstitucionalização, constata-se que o ordenamento jurídico vigente determina que

- (A) a internação psiquiátrica em instituições com características asilares é permitida em caráter excepcional, desde que validada por laudo médico circunstanciado.
- (B) o reingresso de pacientes em situação de grave dependência institucional na comunidade deve ocorrer por meio de uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.
- (C) a insuficiência de recursos extra-hospitalares autoriza o gestor a flexibilizar a oferta de serviços psicológicos, sociais e de lazer no ambiente de internação.
- (D) o término da internação involuntária prescinde da avaliação do especialista responsável pelo tratamento se houver anuência formal do Ministério Público Estadual.
- (E) o desenvolvimento da política de assistência em saúde mental é de responsabilidade central da União, cabendo à sociedade e à família apenas o suporte financeiro complementar.

19

No artigo de Casanova *et al.* (2015), a Educação Interprofissional (EIP) é apresentada como uma estratégia essencial para reconfigurar a atuação dos profissionais e superar a fragmentação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dos relatos dos residentes e das categorias temáticas identificadas na pesquisa, constata-se que a dinâmica do trabalho em equipe na Residência Multiprofissional em Saúde atua de modo a

- (A) extinguir as funções específicas de cada área, priorizando uma formação unificada que substitua os saberes individuais de origem.
- (B) fragilizar a identidade profissional original do residente devido à ênfase exclusiva dada às práticas globais e à interdisciplinaridade.
- (C) reforçar a identidade profissional por meio do compartilhamento de saberes, da discussão de papéis e do reconhecimento mútuo dos limites de cada área.
- (D) consolidar o modelo tradicional hospitalocêntrico, uma vez que as práticas integradas se limitam a cenários ambulatoriais de saúde mental.
- (E) dispensar a necessidade de reuniões de equipe e espaços de discussão formais, em função do uso de comunicações estritamente horizontais e informais.

20

Dimenstein (2000), ao analisar a cultura profissional do psicólogo no Brasil, aponta que a transposição do modelo clínico liberal privatista para o campo da assistência pública à saúde gera uma série de impasses estruturais e operacionais. Essa translação acrítica de saberes e práticas frequentemente resulta na baixa eficácia terapêutica e em elevados índices de abandono do tratamento por parte dos usuários das classes populares.

Considerando o referencial teórico e antropológico mobilizado pela autora para explicar esse fenômeno, o principal fator determinante para o desencadeamento desses impasses no serviço público reside na

- (A) assimetria socioeconômica persistente entre a clientela de baixa renda e os profissionais de saúde, o que inviabiliza o estabelecimento de um vínculo transferencial adequado e duradouro.
- (B) incongruência entre o modelo de subjetividade internalizado pelo psicólogo e a vivência relacional e somática do sofrimento característica do universo cultural das camadas populares.
- (C) carência de instrumentos técnicos de avaliação contínua desenvolvidos pela Psicologia, que impede o monitoramento objetivo da qualidade e do funcionamento dos serviços institucionais.
- (D) resistência histórica das classes desfavorecidas em aderir a práticas terapêuticas de cunho reflexivo, em decorrência de processos de socialização baseados na docilidade e na utilidade política.
- (E) fragilidade de representação política das entidades corporativas da Psicologia, a qual desampara os profissionais diante das demandas medicalizantes impostas pelo sistema médico oficial.

21

Ao analisarem os limites da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), Leonardi e Meyer (2015) destacam que o modelo de difusão desse paradigma padece de lacunas importantes que afetam tanto a formação profissional quanto a segurança dos serviços oferecidos à população. Diante desse cenário, os autores mobilizam proposições de pesquisadores da área para apontar ações necessárias ao fortalecimento científico e prático da PBEP.

De acordo com as diretrizes e os diagnósticos críticos apresentados no texto, a consolidação desse paradigma e a superação de suas fragilidades atuais dependem diretamente do(a):

- (A) descentralização dos bancos de dados nomotéticos em favor de publicações acadêmicas voltadas à discussão do modelo conceitual da área.
- (B) flexibilização dos critérios de validade metodológica para que as crenças e opiniões clínicas dos terapeutas ganhem estatuto de prova empírica.
- (C) treinamento didático focado na replicação estrita de protocolos terapêuticos manualizados elaborados por agências internacionais de saúde.
- (D) desenvolvimento de competências para a aplicação clínica associado à delimitação rigorosa da qualidade metodológica das evidências.
- (E) incorporação imediata de abordagens alternativas fundamentadas nos fatores terapêuticos comuns e em intervenções de energização.

22

Moretto e Prizskulnik (2014), ao discutirem a prática da Psicanálise em extensão no contexto das Instituições de Saúde, propõem uma distinção teórica e clínica entre os conceitos de "entrada contratual" e "inserção" do profissional na equipe de assistência. A partir do dispositivo conceitual e do esquema analítico formulados pelas autoras, o processo que culmina na inserção propriamente dita do psicanalista em uma equipe de saúde é determinado pelo(a):

- (A) deferimento do registro formal e do vínculo empregatício garantidos pelo quadro funcional e burocrático da instituição hospitalar.
- (B) ato do analista em operar de modo a formalizar e responder à demanda de saber da equipe diante das manifestações da subjetividade na cena médica.
- (C) preenchimento imediato de vagas ociosas por meio do encaminhamento contínuo e massivo de pacientes crônicos triados pela Medicina.
- (D) alinhamento das intervenções psicanalíticas aos imperativos metodológicos de exclusão do sofrimento psíquico operados pelo discurso biomédico.
- (E) abdicação do tripé clássico de formação em prol da assimilação do jargão técnico compartilhado nas reuniões interdisciplinares.

23

No contexto do manejo em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) durante a pandemia de COVID-19, o documento orientador estabelece diretrizes para que o profissional de Psicologia diferencie reações emocionais comuns e esperadas em situações de crise daquelas que configuram indicadores de risco clínico. Diante do estresse agudo e do isolamento prolongado, o sofrimento humano pode se manifestar de formas diversas, exigindo do psicólogo um diagnóstico diferencial preciso para balizar suas ações de estabilização emergencial ou encaminhamento especializado. Considerando os critérios de estratificação de risco e as recomendações de manejo técnico apresentadas no texto, a conduta que caracteriza a oferta correta dos chamados "primeiros cuidados psicológicos" na fase aguda da crise consiste em:

- (A) estruturar o plano de contingência em casos graves por meio de um contrato verbal e do mapeamento prévio da rede de apoio do paciente.
- (B) referenciar os usuários com manifestações de raiva, confusão e estresse agudo imediatamente para a Rede de Atenção Psicossocial especializada.
- (C) prescrever técnicas psicoterapêuticas presenciais tradicionais sem modificações estruturais para garantir a validade científica do tratamento on-line.
- (D) restringir a circulação de informações de biossegurança durante o atendimento remoto com o objetivo de evitar o aumento da ansiedade do usuário.
- (E) descentralizar o fluxo de atendimento de casos graves em direção a aplicativos de mensagens coletivas que dispensem o uso de fones de ouvido.

24

De acordo com as recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19, diante da identificação de indicadores que apontam para um risco moderado ou alto de autoextermínio, a atuação do psicólogo deve articular intervenções clínicas específicas com medidas institucionais de biossegurança.

Considerando as diretrizes de manejo e as ações emergenciais preconizadas no texto para mitigar esse risco no ambiente de internação, cabe ao profissional de Psicologia:

- (A) transferir a responsabilidade exclusiva do monitoramento ambiental para o serviço de psiquiatria por meio de um parecer técnico.
- (B) centralizar as decisões de proteção em aplicativos de mensagens da equipe de enfermagem de modo a dispensar o registro formal no prontuário.
- (C) priorizar o acolhimento do sofrimento psíquico em detrimento de alterações na disposição física ou na visibilidade do leito hospitalar.
- (D) condicionar o suporte psicológico à remissão completa de sintomas físicos crônicos e de perdas financeiras associadas ao adoecimento.
- (E) orientar a equipe de assistência a intensificar a vigilância sobre o espaço físico e a avaliar a realocação do leito do paciente.

25

No âmbito da psicologia e da psiquiatria, a diferenciação conceitual entre sinais e sintomas, embora originária da medicina, assume contornos específicos e muitas vezes fluidos. Conforme Cunha (2007), a distinção clássica entre esses dois termos torna-se vaga ou praticamente inexistente no domínio da doença mental porque:

- (A) os estados internos e a psicopatologia subjetiva dependem de exames laboratoriais complementares para serem descritos com exatidão clínica.
- (B) os transtornos psiquiátricos, ao contrário dos transtornos médicos gerais, dispensam a investigação do amplo contexto das queixas do paciente.
- (C) a doença mental envolve estados internos de difícil descrição e manifestações como os medos, que são sentidos subjetivamente, mas também se expressam por comportamentos observáveis.
- (D) os comportamentos observáveis e os achados objetivos eliminam a necessidade de se considerar a experiência interna e o sofrimento relatado pelo sujeito.
- (E) a variabilidade normal do comportamento impede o surgimento de sinais precoces de perturbação que funcionem como alerta antes de uma queixa explícita.

26

No processo de psicodiagnóstico, o psicólogo clínico interage com uma rede complexa de pressões e expectativas originadas do paciente, do meio ambiente e de si próprio. Segundo Cunha (2007), a expectativa de que o paciente colabore, seja franco e mantenha-se em um papel "comportado" é classificada como

- (A) uma necessidade técnica legítima, indispensável para garantir a fidedignidade e a precisão no levantamento de escores da testagem.
- (B) uma exigência fantasiosa, decorrente da onipotência e arrogância do profissional e do seu desejo de satisfazer necessidades internas e externas.
- (C) um indicador clínico de contratransferência positiva, que fortalece o vínculo terapêutico e antecipa o *insight* do examinando.
- (D) um comportamento padrão do setting, cuja ausência por parte do paciente deve ser imediatamente manejada através de uma postura autocrática.
- (E) uma representação mental complementar que o psicólogo utiliza para superar a precariedade de dados iniciais fornecidos pela família.

27

No contexto da entrevista clínica, o estabelecimento de uma aliança de trabalho e o manejo adequado da relação terapêutica dependem diretamente de um conjunto de competências pessoais e técnicas do avaliador. Conforme Cunha (2007), a capacidade de compreender os próprios processos contratransferenciais e a técnica de confrontação são descritas, respectivamente, como:

- (A) um indicador de imperícia clínica decorrente de conflitos não resolvidos e um procedimento mecânico voltado para a eliminação imediata das defesas do paciente.
- (B) um processo patológico residual que deve ser ignorado pelo terapeuta e uma estratégia punitiva direcionada ao enfraquecimento do ego do examinado.
- (C) uma via inigualável de compreensão da experiência do outro e uma técnica dirigida ao *insight* que mobiliza a capacidade de enfrentamento do sujeito.
- (D) uma barreira inconsciente que impede o desenvolvimento da escuta diferenciada e uma intervenção restrita ao conteúdo explícito da comunicação verbal.
- (E) uma fantasia subjetiva sem vínculos com as relações objetais e uma abordagem padronizada que dispensa a criação de um contexto de apoio emocional.

28

Jorge, 30 anos, apresenta quadro de depressão psicótica diagnosticado há 5 anos. Quando em surto, além de alucinações e alterações do pensamento e da afetividade, o paciente também apresenta delírios místico-religiosos. Jorge afirma, com convicção, que possui a missão de transformar o mundo e de ser o portador de uma mensagem religiosa para a humanidade.

De acordo com Dalgalarondo (2019), os conteúdos dos sintomas psicopatológicos, como os delírios apresentados por Jorge, são formados a partir

- (A) das características comportamentais exclusivas do indivíduo, adquiridas ao longo da vida.
- (B) de padrões de pensamentos disfuncionais e desadaptativos, bem como de traumas emocionais.
- (C) das experiências de vida particular, quando recorrentes adversidades são enfrentadas pela pessoa.
- (D) da história de vida singular do indivíduo e, principalmente, de temas centrais da existência humana.
- (E) de forma restrita, de crenças que permeiam e integram o contexto cultural ou religioso do indivíduo.



29

Laura procurou uma UBS, porque não tem se sentido bem há um bom tempo. Ao ser atendida pelo psicólogo, ela refere que está sentindo muita gastura. O profissional lhe pede para explicar o que ela está chamando de gastura e Laura lhe diz que tem tido sensações estranhas e frequentes como tremores, aperto na garganta e mãos sempre geladas.

Fundamentado (a) em Dalgalarondo (2019), pode-se afirmar que os sintomas de Laura, ao serem designados como gastura,

- (A) recebem significado simbólico e cultural, que só pode ser compreendido por meio de um universo cultural específico e um determinado sistema de símbolos.
- (B) adquirem o status de símbolo, que só pode ser interpretado mediante manifestações objetivas e índices psicopatológicos que indiquem disfunções e reações orgânicas.
- (C) traduzem os juízos morais ou de valor presentes em Laura, passando a significar um conjunto de símbolos convencionais e arbitrários.
- (D) representam o significado atribuído por Laura e, portanto, estão baseados na sua maneira única de se expressar e relatar seus problemas ao psicólogo.
- (E) indicam, restritamente, sinais clínicos que precisam ser avaliados de forma apurada, pois significam uma reação corporal à descarga de adrenalina frente ao estresse.



30

Bleger (2011) defende que a identidade grupal tem dois níveis em todos os grupos. Um desses níveis é denominado pelo autor de identidade grupal sincrética, que se define

- (A) pela tendência à integração e interação dos indivíduos.
- (B) por uma socialização na qual não há limites individuais.
- (C) por interações baseadas nas diferenças individuais.
- (D) pela realização de um trabalho em comum.
- (E) pela comunicação estritamente verbal.

31

Um psicólogo integrante de uma equipe multiprofissional de cirurgia bariátrica há 1 ano, em um hospital de São Paulo, tem como atribuição principal realizar avaliação psicológica de pessoas candidatas à submeter-se a esse tipo de intervenção, para averiguar se estas estão aptas ou não a fazer a cirurgia do ponto de vista psicológico. Recentemente, o coordenador da equipe praticamente o intimou a acelerar os processos de avaliação, devido à alta procura por esse tipo de cirurgia. Determinou que os resultados da avaliação fossem entregues imediatamente após um único contato com a pessoa, em um atendimento de 45 minutos.

De acordo com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (BRASIL, 2005), o psicólogo em questão

- (A) pode acatar a colocação, uma vez que o atestado psicológico pode ser estabelecido em um único atendimento, sem que seja feito uma avaliação psicológica fundamentada.
- (B) deve atender à solicitação porque, em geral, a demora em fornecer os resultados pode incrementar a ansiedade já presente nas pessoas que desejam passar por tal procedimento, o que deve ser evitado.
- (C) precisa considerar os impactos da imposição feita sobre a qualidade de seu trabalho e posicionar-se de forma crítica e em consonância com os princípios do Código de Ética Profissional do Psicólogo.
- (D) necessita avaliar se possui experiência e habilidade suficientes para realizar e fundamentar as avaliações em um único atendimento antes de submeter-se à imposição do coordenador.
- (E) deve levar o ocorrido à diretoria para saber qual é o posicionamento dessa instância. Caso a exigência permaneça, estará isento de responsabilidade disciplinar, porque estará cumprindo as ordens do hospital.

32

Sueli, 57 anos, encontra-se internada devido a um câncer de mama metastático diagnosticado há 10 anos. A paciente já passou por vários procedimentos ao longo desse tempo, como mastectomia bilateral, quimioterapia e radioterapia. Desde então, já teve boas fases nas quais pôde ter expectativas melhores e vivenciar bons momentos ao lado de seu marido e de seus dois filhos, de 19 e 21 anos. Na atual internação a paciente e sua família percebem a morte como próxima e inevitável, iniciando-se assim um processo de despedida e vivência de luto.

De acordo com as referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS, elaboradas pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), no momento de iminência de morte, a(o) psicóloga(o)

- (A) atua na comunicação de más notícias de maneira humanizada, cabendo a esta (e) profissional informar sobre o diagnóstico e prognóstico à paciente e sua família, favorecendo a elaboração dessa notícia.
- (B) direciona sua atenção integralmente à paciente e encaminha a família à equipe do Serviço Social, que é responsável por avaliar as vulnerabilidades das famílias e fortalecer a rede de apoio.
- (C) intercede na resolução de possíveis conflitos familiares e estabelece como a família poderá se despedir da paciente, com o objetivo de promover os recursos de enfrentamento de cada membro familiar.
- (D) entende e acolhe as reações emocionais dos familiares, porém busca dissipá-las e evitá-las, para que não interfiram e prejudiquem o suporte que a família ainda precisará dar à paciente.
- (E) pode realizar acompanhamento individualizado aos membros da família em momentos diferentes, oferecendo a cada um deles um espaço próprio para que todos possam acessar seu processo de luto.

33

Segundo as referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS, elaboradas pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), em relação à intervenção psicoterápica direcionada pela(o) psicóloga(o) hospitalar ao paciente renal crônico, pode-se assegurar que

- (A) requer o uso de técnicas de psicoterapia breve, devido às características institucionais e ao tempo de tratamento do paciente, que costuma ser de curto prazo.
- (B) costuma ser mais breve e focada, o que, em geral, dificulta o desenvolvimento do vínculo psicoterapêutico a ser estabelecido com o paciente.
- (C) tem um papel ativo no processo de adoecimento do paciente, cabendo a(ao) profissional incentivá-lo a optar pelo transplante, já que essa decisão pode representar sua possibilidade de cura.
- (D) objetiva trabalhar em todo o tratamento as fantasias em relação ao transplante, elaborar o sofrimento e os conteúdos angustiantes e favorecer a oportunidade de ressignificar vários aspectos de sua vida.
- (E) torna-se necessária, especificamente, na fase pré-operatória para realização do transplante e tem como objetivo trabalhar a idealização do paciente pelo novo órgão.

34

A Portaria nº 4.279, publicada em 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assinale a alternativa que melhor representa os objetivos da RAS.

- (A) Promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção integral, de qualidade e humanizada.
- (B) Centralizar os recursos e o processo de trabalho em procedimentos clínicos que visam, de forma restrita, a remissão de doenças da população.
- (C) Criar um sistema informatizado e hierarquizado que possibilite sustentação e efetivação de políticas públicas.
- (D) Centralizar as decisões administrativas e assistenciais por meio do Ministério da Saúde e priorizar cuidados multiprofissionais e resultados sanitários e econômicos.
- (E) Estabelecer relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Secundária à Saúde (ASS).

35

Silvia, 35 anos, auxiliar de limpeza, moradora da periferia de São Paulo, tem estado muito desanimada, sem apetite e com insônia. Procurou uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e lá relatou que tem passado muito mal, sentindo aperto no peito. Referiu que seu marido lhe abandonou há 6 meses e, desde então, sua vida ficou muito difícil. Tem se sentido desesperada, porque tem que cuidar de seus filhos de 3 e 7 anos, sem contar com qualquer rede de apoio.

Com base em Chiaverini, D. H. (org.) *et al.* (2011), assinale a alternativa que melhor retrata a conduta esperada da equipe da ESF em relação à Silvia.

- (A) Direcioná-la de imediato para o médico da equipe, a fim de que esse profissional possa tomar as decisões sobre o planejamento e o cuidado de Silvia.
- (B) Tranquilizá-la primeiramente para, em seguida, encaminhá-la a uma unidade de pronto atendimento (UPA), onde poderá ser verificada a existência de possível patologia orgânica.
- (C) Orientá-la de pronto a buscar atendimento no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com retorno posterior à unidade da ESF.
- (D) Medicá-la com psicofármacos como primeiro passo, devido à presença de sintomas depressivos, postergando um pouco a resolução de seus problemas ligados ao contexto familiar e socioeconômico.
- (E) Escutá-la, estabelecendo uma conversa sobre sua vida naquele momento e avaliá-la psiquicamente para confirmar o grau de gravidade de seu sofrimento emocional.

36

De acordo com Chiaverini, D. H. (org.) *et al.* (2011), normalmente os grupos realizados na atenção primária são os de educação em saúde. Esse tipo de intervenção favorece a

- (A) interdisciplinaridade, pois a abordagem dos temas discutidos é realizada sob a perspectiva de várias disciplinas, em que cada área contribui de forma isolada e independente.
- (B) estimulação da solidariedade e propicia que cada paciente possa atuar na comunidade, de modo formal, como um agente de saúde.
- (C) ampliação da consciência sobre a patologia, mas com resultados pouco efetivos quanto à adesão do paciente ao tratamento.
- (D) capacidade de melhor assimilação das informações, porém sem incentivo à mudança de uma atitude passiva para ativa.
- (E) capacidade adaptativa do paciente, lhe ajudando na organização das defesas e na administração da doença, com incremento da resiliência.

37

Conforme Werlang (2007), no capítulo “Entrevista Lúdica” presente no livro *Psicodiagnóstico – V*, de autoria de Cunha *et al.*, a entrevista lúdica

- (A) fornece informações importantes sobre os aspectos psicodinâmicos da criança, porém não permite extrair indicadores psicopatológicos.
- (B) favorece a compreensão da natureza do pensamento infantil. Entretanto, os aspectos evolutivos só podem ser entendidos por meio de escalas de desenvolvimento.
- (C) é uma técnica de avaliação clínica que possibilita formular conclusões diagnósticas, prognósticas e indicações terapêuticas.
- (D) permite analisar se há ou não equilíbrio entre superego, id e a realidade, mas não viabiliza o conhecimento sobre a capacidade de fantasiar da criança.
- (E) proporciona dados sob as perspectivas psicodinâmica e psicopatológica que levam a conclusões diagnósticas, mas não prognósticas.

38

De acordo com Cunha *et al.* (2007), a respeito do plano de avaliação, é correto afirmar que

- (A) não é possível estimar o número aproximado de atendimentos e o tempo necessário para a testagem, mesmo com seu planejamento.
- (B) deve permitir obter respostas confiáveis para as questões colocadas, mesmo que não consiga atender aos objetivos propostos.
- (C) não pressupõe a organização de uma bateria de testes, podendo contar só com uma entrevista ou observação do comportamento da (o) paciente.
- (D) geralmente só pode ser estabelecido após a (o) profissional complementar e confrontar os dados do encaminhamento com informações subjetivas e objetivas sobre o caso.
- (E) dificilmente precisa incluir a utilização de recursos complementares, tais como observações do comportamento da (o) paciente em situações da vida diária.

39

Segundo Moraes e Macedo (2018), a análise das manifestações psicopatológicas do contexto histórico atual revela que a psicanálise

- (A) prioriza a escuta do sujeito singular e, por esse motivo, encontra limites para pensar o sofrimento no campo social.
- (B) contraria as imposições contemporâneas ao trabalhar os desejos e padecimentos do sujeito, ao invés de convocá-lo à performance.
- (C) foi construída em outro contexto histórico, o que restringe a aplicação de seus conceitos à realidade contemporânea.
- (D) permanece alheia às dinâmicas sociais e culturais que repercutem na subjetividade e no sofrimento humano.
- (E) apresenta limitação ao tratar o sintoma como formação do inconsciente, quando o que o sujeito contemporâneo necessita é de alívio para seu sofrimento.

40

De acordo com Moretto (2016), no capítulo “Dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento psicológico nas instituições de saúde” que se encontra no livro *Desafios Atuais das práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde*, organizado por Kamers, Marcon e Moretto, o psicólogo clínico considera essencial

- (A) estar atento às condições de vida e à posição objetiva de seus pacientes na vida.
- (B) a relativização da singularidade de cada caso diante do adoecimento social.
- (C) o paciente estar engajado na produção de sua saúde/doença.
- (D) a construção de projetos viáveis dissociada de parâmetros definidos.
- (E) a implantação de dispositivos clínicos fundamentados na crença da eficácia de uma teoria e sua técnica.

Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas da prova.

J.S., 25 anos, sexo feminino, solteira, arquiteta de uma empresa multinacional, passou a apresentar de forma abrupta mudanças no seu desempenho profissional e na forma de se relacionar com seus colegas de trabalho e gestores. Diante dessas alterações, o setor de Recursos Humanos, preocupado com J.S, sugeriu a ela que buscasse atendimento psicológico. Ela resistiu a princípio a fazer isso, porque não percebia nada de errado consigo. Depois, decidiu passar por uma consulta para provar ao RH que ela estava em perfeita condição para continuar exercendo suas funções na empresa.

J.S. apresentou-se no consultório com roupas chamativas, de cores berrantes, com muitos acessórios e maquiagem carregada. Abraçou a psicóloga efusivamente nesse primeiro encontro. A entrevista foi de difícil condução, porque qualquer ruído externo ou interno era suficiente para desviar sua atenção, comprometendo suas respostas.

Sua fala, marcada por um tom alto e uma velocidade incessante, revelou um fluxo de ideias intenso, chegando a perder o nexo lógico de seu discurso. J.S. relatou, com extrema autoconfiança e rindo de maneira expansiva e desinibida, que foi demitida do emprego anterior por "inveja de seus chefes que não suportavam seu brilho". E referiu que o mesmo estava acontecendo no seu emprego atual, repetindo que "todos se incomodam com seu brilho" e que, por esse motivo, querem prejudicá-la.

Ao ser questionada pela psicóloga sobre o motivo de sua vinda ao consultório mesmo não concordando com a sugestão do RH, J.S não lhe respondeu e, olhando fixamente para o canto da sala, afirmou com convicção: "as paredes desta sala estão sussurrando o meu nome e me avisando que o chefe do RH está hipnotizando a minha mente de longe para controlar os meus projetos de arquitetura".

Ao investigar a história de vida de J.S. com um familiar que a acompanhava, a profissional obteve a informação de que ela teve uma base boa, com bom desempenho acadêmico e boa interação com os amigos. Esse informante referiu que J.S. perdeu sua mãe de forma abrupta aos 15 anos, o que, na ocasião, lhe deixou muito abalada. Antes de falecer, sua mãe foi internada algumas vezes em hospitais psiquiátricos, em geral, com quadros graves de agitação e delírios. Relatou ainda que, há 1 ano, após a dissolução de um noivado de longa data, J.S. "entrou em colapso". Comentou que ela passou a isolar-se em seu quarto, chorando muito, recusando-se a comer e praticamente não dormindo à noite. Também chegou a mutilar seus braços com gilete.

Questão 01 (3,5 pontos)

Examine os comportamentos e falas de J.S. durante o atendimento e, com base nos critérios psicopatológicos descritos no capítulo "Exame do Estado Mental" (Cunha, 2007, cap. 7), identifique e descreva as funções psíquicas de J.S. que apresentam alterações psicopatológicas. Exemplifique por meio do caso apresentado.

Questão 02 (3,0 pontos)

Para a estruturação de um modelo psicológico de natureza clínica, o psicólogo precisa delimitar a evolução da queixa principal. Considerando os conceitos operacionais do psicodiagnóstico abordados em "A História do Examinando" (Cunha, 2007, cap. 6), determine o marco cronológico em que se inicia a História Clínica (História da Doença Atual) de J.S. e justifique sua resposta diferenciando-a do início de sua História Pessoal.

Questão 03 (3,5 pontos)

No capítulo "A história do Examinando", Cunha (2007, cap. 6) contextualiza o processo de avaliação dinâmica. Fundamentada(o) nessa autora, explique esse processo e justifique sua resposta com base no caso de J.S.

Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero textos que desrespeitarem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

RASCUNHO

NÃO SERÁ
CONSIDERADO
NA CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ
CONSIDERADO
NA CORREÇÃO

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2027

27/09/2026

PSICOLOGIA

Prova P	
01	B
02	A
03	B
04	D
05	C
06	B
07	E
08	A
09	D
10	E
11	C
12	D
13	A
14	B
15	E
16	D
17	B
18	B
19	C
20	B
21	D
22	B
23	A
24	E
25	C
26	B
27	C
28	D
29	A
30	B
31	C
32	E
33	D
34	A
35	E
36	E
37	C
38	D
39	B
40	C

PROVA DISSERTATIVA

RESPOSTAS ESPERADAS

Questão 01 (3,5 pontos)

J.S. apresenta uma série de alterações psíquicas significativas, representando um quadro psicopatológico grave, o que implica a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicológico. A resposta deve identificar e descrever as seguintes alterações do estado mental presentes no caso, conforme o capítulo 7 (Cunha, 2007):

Linguagem (de causa predominantemente psíquica): A paciente apresenta logorreia. O candidato deve descrever que se trata de um fluxo incessante de palavras com comprometimento da coesão lógica, cuja velocidade do pensamento ultrapassa as possibilidades de expressão. "Sua fala, marcada por um tom alto e uma velocidade incessante, revelou um fluxo de ideias intenso, chegando a perder o nexo lógico de seu discurso."

Pensamento

Conteúdo do Pensamento: A paciente apresenta delírios (especificamente delírios de perseguição, de influência/control e de grandeza). O candidato deve apontar que isso se manifesta na convicção inabalável de J.S. de que o chefe do RH a persegue e hipnotiza à distância para controlar sua mente e seus projetos e a certeza de que querem prejudicá-la (perseguição e influência). Também afirma que "todos se incomodam com seu brilho" (grandeza).

Curso do pensamento: fuga de ideias (aceleração do pensamento com exuberância e incontinência verbal).

Juízo: Alterado, pois J.S. não possui crítica quanto ao seu adoecimento.

Sensopercepção: J.S. apresenta alteração patológica da sensopercepção por meio de alucinação auditiva: "as paredes desta sala estão sussurrando o meu nome e me avisando que...."

Atenção: A paciente apresenta atenção espontânea exagerada / hiperprosexia. O candidato deve descrever que essa alteração se manifesta quando o foco atencional da paciente é facilmente desviado ou exacerbado de forma inconstante por estímulos latentes ou internos, evidenciado no texto quando é falado que: qualquer ruído externo ou interno era suficiente para desviar sua atenção, comprometendo suas respostas.

Afetividade/humor: A paciente apresenta hipertímia (expansiva/eufórica) associada à inadequação do afeto (incongruência afetiva). O candidato deve descrever que o humor se mostra patologicamente expansivo e eufórico ("rindo de maneira expansiva", sentimento de "brilho" pessoal), manifestando-se de forma completamente inadequada e sem sintonia com a gravidade do conteúdo relatado (o fato de ter sido demitida e estar sofrendo uma suposta perseguição). A sua apresentação pessoal (roupas chamativas, de cores berrantes, com muitos acessórios e maquiagem carregada), além de sua atitude de abraçar a psicóloga efusivamente em um primeiro encontro, podem ser sinais de alterações da afetividade/humor.

Questão 02 (3,0 pontos)

A resposta deve delimitar os marcos cronológicos e diferenciá-los teoricamente segundo o Capítulo 6:

Início da História Clínica: A História Clínica de J.S. inicia-se exatamente há um ano, logo após a dissolução do seu noivado de longa data.

Justificativa: O candidato deve explicar que, conforme Cunha, a História Clínica pretende caracterizar o momento exato da eclosão e a evolução dos sintomas ou das mudanças comportamentais que romperam um ajustamento global regularmente bom. No caso de J.S., os sintomas graves e incapacitantes (colapso, isolamento, insônia e automutilação) eclodiram há um ano em decorrência desse fator estressante.

Diferenciação da História Pessoal: O candidato deve diferenciar explicitamente que, enquanto a História Clínica foca no curso da patologia corrente a partir do evento precipitador, a História Pessoal (Anamnese) exige uma reconstituição global e normativa de toda a vida da paciente (desde o período pré-natal, passando pela infância e adolescência). A História Pessoal funciona como o marco referencial de desenvolvimento e ajustamento pré-mórbido no qual a problemática atual se enquadra para ganhar significação dinâmica (familiar refere que J.S. apresentava, antes de "entrar em colapso", uma boa base, com bom desempenho acadêmico e boa interação com os amigos).

Questão 03 (3,5 pontos)

A resposta deve abranger a definição de avaliação dinâmica segundo Cunha (2007, cap. 6) e o candidato deve fundamentar sua resposta por meio do caso apresentado.

Segundo Cunha (2007) a avaliação dinâmica é realizada geralmente integrada com a história, buscando-se uma relação entre a pessoa com seus problemas específicos atuais e as experiências de sua vida passada. Deve-se colocar a questão atual numa perspectiva histórica, que permita compreender o transtorno dentro de um processo vital, em um contexto temporal, afetivo e social, com base num quadro referencial teórico. A partir do quadro atual do paciente, pode-se levantar uma série de hipóteses etiológicas, com base em pressupostos teóricos, o “que deve ser justificado por dados históricos”. A autora refere que neste processo “partimos de queixas, identificamos conflitos, pesquisamos causas, interrelacionamos conteúdos, reunindo e integrando informações que embasam o entendimento dinâmico no fluxo da história do paciente.” (Pág. 64).

O caso apresentado permite levantar algumas hipóteses, tais como: J.S. teve uma base boa, com bom desempenho acadêmico e boa interação com os amigos, mas há 1 ano, após a dissolução de um noivado de longa data, ela "entrou em colapso". J.S., provavelmente, apresentou uma fase depressiva devido à ruptura de um vínculo afetivo muito importante para ela. Há praticamente 10 anos, sua mãe faleceu de forma súbita, representando mais uma perda significativa, que também deve ter lhe impactado muito. Pode-se inferir que se trata de um quadro de transtorno bipolar com sintomas psicóticos, provavelmente decorrente de fatores hereditários (sua mãe foi internada em hospital psiquiátrico várias vezes), aliado ao fato de que J.S. passou por perdas muito importantes (sua mãe e seu noivo) que também podem ter influenciado a eclosão da doença mental. O conteúdo de seu delírio (coisas importantes são tiradas dela); a euforia; a expansividade dos afetos; a extrema autoconfiança e sua fala “todos se incomodam com seu brilho” podem ser sinais de um movimento psíquico compensatório, de mecanismos defensivos atuando frente à sua impotência, vulnerabilidade e fragilidade diante de tudo o que ocorreu em sua vida. A automutilação também pode representar sua defesa psicológica para conter o seu intenso sofrimento psíquico.