



Exame de Residência em Psicologia

IPUSP 2026

Área de concentração: Clínica e Política

### 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: **3 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 **25 questões objetivas**, com 5 alternativas cada, e **1 questão dissertativa**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha as folhas de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essas folhas **não serão substituídas** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução das folhas de respostas acompanhadas 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.

**01**

A respeito das políticas públicas de saúde no Brasil, da humanização e das equipes de saúde, de acordo com o documento “Clínica ampliada e compartilhada”, do Ministério da Saúde do Brasil, é correto afirmar:

- (A) O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do sistema único de saúde, priorizando a atenção hospitalar.
- (B) A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, de acordo com seus objetivos, aposta na dissociação entre clínica e política.
- (C) A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos não deve ser pensada como uma relação clínica.
- (D) As equipes de referência e apoio matricial surgiram como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, mas não devem alterar o poder gerencial no sentido de descentralizar sua responsabilização.
- (E) Por humanização, entende-se valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

**02**

No artigo “Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, os autores David e Vicentin (2020)

- (A) discutem a relação entre racismo e manicomialização, considerando que o manicômio, enquanto instituição, reproduz uma lógica de dominação racista que serviu (e ainda serve) para o encarceramento da população negra brasileira ao longo dos anos.
- (B) apresentam dados de revisão de literatura que embasam a relação entre população negra e loucura no Brasil, criticam o racismo científico brasileiro e demonstram que falta uma leitura decolonial à Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- (C) chamam de aquilombamento a implementação de práticas racistas na Rede de Atenção Psicossocial.
- (D) demonstram como, na construção da noção de raça, as ciências biológicas tiveram importante papel combatendo as justificativas raciais de que o(a) negro(a) é inferior.
- (E) consideram que, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi plena porque a Luta Antimanicomial coincide com a luta antirracista.

**03**

Uma equipe interdisciplinar de um Serviço de Saúde na Atenção Básica está em dúvida a respeito de qual caso escolher para ser discutido na reunião do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A indicação, nesses casos, é a de que sejam escolhidos usuários ou famílias que

- (A) estejam em situações mais graves ou difíceis.
- (B) apresentem quadros agudos.
- (C) demonstrem baixa adesão ao tratamento.
- (D) apresentem quadros crônicos.
- (E) possuam diagnóstico clínico ainda em aberto.

**04**

Segundo o Ministério da Saúde, é correto afirmar que a clínica ampliada

- (A) estabelece o diagnóstico para definir todo o tratamento do paciente.
- (B) atribui, de forma integral, a responsabilidade pelo tratamento aos usuários dos serviços de saúde.
- (C) busca ajuda em outros setores, ao que se dá nome de interconectividade.
- (D) reconhece a não existência de limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde.
- (E) assume um compromisso ético profundo, não reduzindo os usuários à doença.

**05**

De acordo com Paim e cols. (2011), a respeito do sistema de saúde brasileiro e de sua implantação, é correto afirmar:

- (A) Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde – SUS), com objetivo de prover uma atenção abrangente, universal e curativa, por meio da gestão e prestação centralizadas de serviços de saúde.
- (B) A reforma do setor de saúde ocorreu antes do processo de democratização, tendo sido liderada por governantes e representantes do poder militar.
- (C) A implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico.
- (D) Por causa das limitações políticas, o SUS ainda não conseguiu amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, nem atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, apesar dos grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.
- (E) Em última análise, os principais desafios enfrentados pelo SUS são de ordem técnica, pois não podem ser resolvidos na esfera política; só poderão ser solucionados com os esforços que dependem apenas da formação especializada de recursos humanos.

**06**

No texto "Racismo e sexismo na cultura brasileira", Gonzalez (2020) afirma:

- (A) O mito da democracia racial nunca teve aceitação no Brasil.
- (B) O racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira.
- (C) O suporte epistemológico da Psicanálise de Freud e Lacan não serve à análise do problema das relações raciais.
- (D) O rito carnavalesco no Brasil, que eleva a mulata à condição de rainha, é um ato subversivo e antirracista.
- (E) As colocações do cientista social Caio Prado Júnior sobre o tema da escravidão são referência para a autora como bom exemplo para o enfrentamento do problema do racismo e do sexismo no Brasil.

**07**

No artigo "Psicanálise, grupo e teoria da técnica: conselhos ao jovem coordenador de grupos", Fernandes e Hur (2022) apresentam conceitos e passagens que mostram as referências para a análise dos discursos do grupo. São eles:

- (A) Dispositivo, enquadramento e tarefa.
- (B) Tática, estratégia e política.
- (C) Isso, Eu e Supereu.
- (D) Confusão de línguas, trauma e análise mútua.
- (E) Projeção, introjeção e identificação projetiva.

**08**

O texto de Rosa (2022), intitulado "Sofrimento Sociopolítico, Silenciamento e a Clínica Psicanalítica",

- (A) parte da premissa de que há modalidades de gestão política, controle e exploração que incluem em sua estratégia de dominação a promoção da experiência do sofrimento, seja composta pela angústia, culpa, vergonha ou humilhação social.
- (B) sublinha a importância dos novos protocolos de fortalecimento do Eu (resiliência) utilizados na clínica psicanalítica contemporânea para os casos nos quais o silenciamento é observado em determinadas modalidades de sofrimento, advindas do modo como as pessoas estão situadas no laço social.
- (C) apresenta o termo desamparo discursivo como um nome dado para o silenciamento que desavora o sujeito de seu lugar de fala, mas não deve ser confundido com o abalo narcísico, uma vez que este último levaria à eclosão da dimensão traumática.
- (D) localiza, no próprio sujeito, e não no psicanalista, o cerne da resistência à escuta do sofrimento advindo da desigualdade social.
- (E) afirma que escutar os sujeitos degradados pelo discurso social como sendo sujeitos atravessados pelo inconsciente, pelo desejo e pelo gozo implica não considerar a dimensão sociopolítica do sofrimento.

**09**

Santos e Schucman (2015) realizaram estudo qualitativo descritivo exploratório no qual investigaram a concepção de estudantes de Psicologia de uma universidade pública da região metropolitana de São Paulo sobre a categoria raça na compreensão da desigualdade e sobre a relevância das relações raciais na formação de psicólogo(as). A respeito da metodologia e dos resultados do estudo, é correto afirmar:

- (A) O estudo foi realizado predominantemente com estudantes de cor preta e parda.
- (B) A maioria dos estudantes aprovou a inclusão obrigatória de temas ligados a relações raciais que ocorreu no Brasil desde 2010, para os cursos de graduação em Psicologia.
- (C) Para os estudantes, a concepção de desigualdade não se resolve por meio das cotas na universidade pública.
- (D) A maioria dos estudantes demonstrou incômodo com a categoria raça, dando preferência à categoria cor da pele.
- (E) Apesar de conferirem importância ao tema das relações raciais na formação de psicólogo(as), a maioria dos estudantes discorda do aumento de cotas raciais como política universitária.

**10**

No livro "Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde", Moretto (2019) destaca frequentes narrativas de sofrimento observadas na clínica psicanalítica na atualidade. Dentre as narrativas que a autora destaca, estão:

- (A) Narrativa de sofrimento maniaca, narrativa de sofrimento hipocondríaca, narrativa de sofrimento do depressivo e narrativa de sofrimento melancólica.
- (B) Narrativa de sofrimento do informante, narrativa de sofrimento do fracassado, narrativa de sofrimento do ressentido e narrativa de sofrimento do adoecido.
- (C) Narrativa de sofrimento histérico, narrativa de sofrimento psicossomático, narrativa de sofrimento psicótico e narrativa de sofrimento obsessivo.
- (D) Narrativa de sofrimento depressivo, narrativa de sofrimento ansioso, narrativa de sofrimento fóbico e narrativa de sofrimento de performance.
- (E) Narrativa de sofrimento autista, narrativa de sofrimento do TDAH, narrativa de sofrimento de desempenho e narrativa de sofrimento por violência.

**11**

Os serviços de atenção psicossocial devem atuar no território, desenvolvendo relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. De acordo com Amarante (2007), tais estratégias respondem ao princípio de

- (A) intersetorialidade.
- (B) integralidade.
- (C) universalização.
- (D) territorialidade.
- (E) descentralização.

**12**

De acordo com Pichon-Rivière (2006), é correto afirmar que, no campo da saúde mental,

- (A) o grupo necessita ser administrado com técnicas operacionais focadas em discussões sobre diferentes ideologias científicas.
- (B) a tarefa a alcançar é uma adaptação ativa do paciente à realidade onde o sujeito, na medida em que muda, muda a sociedade que, por sua vez, age sobre ele em um jogo dialético.
- (C) a tarefa deve estar voltada para a doença mental, sendo o principal objetivo tornar o paciente adaptado à sua realidade, mesmo que seja de forma passiva.
- (D) os grupos de trabalho devem centrar-se nos fatores que condicionam a saúde mental como valor superior e absoluto.
- (E) saltos dialéticos transformam qualidade em quantidade, já que a saúde mental se mede sobretudo em termos de quantidade de comportamento social adequado do paciente.

**13**

Acerca do trabalho grupal, Fernandes & Hur (2022) referem que o discurso de seus membros se estabelece como uma associação livre estimulada pela tarefa proposta, cabendo aos sujeitos construírem o discurso da maneira que lhes convier. Segundo esses autores, na condução do grupo, o profissional pode adotar intervenções de caráter

- (A) retificativo dos conceitos do paciente sobre sua situação.
- (B) sugestivo de determinadas atitudes e mudanças a título de experiência.
- (C) interrogativo, a respeito de algo que possa ter ficado ambíguo ou em falta.
- (D) diretivo de certos comportamentos, com objetivo de prescrição.
- (E) informativo, sendo pertinente esclarecer aos pacientes sobre determinados conteúdos emocionais.

**14**

Teixeira (2003) refere que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional dos serviços de saúde, pois se trata de

- (A) uma atividade particularizada, que realiza combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde e tende a sofrer deslocamentos com o tempo.
- (B) uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário possui, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.
- (C) uma estratégia de reorganização da assistência, sendo um dispositivo operacional básico do modelo technoassistencial.
- (D) uma espécie de protocolo geral de atendimento ao usuário. Assim, não se refere a uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial.
- (E) um plano das práticas, assim como construções discursivas, que levam em conta as soluções inventadas no fazer cotidiano dos serviços.

**15**

Em relação à saúde mental, Amarante (2007) afirma que

- (A) o modelo científico dualista-racionalista possibilita ferramentas para lidarmos com os problemas relacionados à saúde mental.
- (B) qualquer tentativa de sua categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social.
- (C) representa um estado mental sadio, um bem-estar mental, a sanidade mental do indivíduo que não apresenta desordens mentais.
- (D) corresponde à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social.
- (E) atualmente é um campo definido, deixando de ser complexo na medida em que conta com a classificação de doenças mentais existente nos manuais de DSM e CID.

**16**

De acordo com Rosa (2022), sobre o trabalho psicanalítico na clínica-política, é correto afirmar:

- (A) A falta de uma demanda de intervenção psicanalítica, que é substituída por demandas voltadas para as carências materiais, inviabiliza o trabalho psicanalítico.
- (B) Face ao sofrimento e desamparo do sujeito diante de suas carências materiais, o trabalho baseia-se no suporte psicológico para aplacar sua ansiedade e dor.
- (C) Objetiva o resgate da posição discursiva do sujeito, lhe possibilitando a resistência psíquica e social diante das condições que geram o sofrimento sociopolítico.
- (D) Visa construir estratégias clínicas que auxiliem o sujeito a adaptar-se aos processos de enredamento e alienação ao discurso social e ideológico.
- (E) A ética e a política da escuta podem propiciar maior sentido à experiência do sujeito, transmitindo-lhe assim maior dignidade ao seu sofrimento.

**17**

Vieira & Castanho (2022) propõem interfaces entre os elementos constitutivos das consultas terapêuticas de Winnicott e a prática do apoio matricial. As consultas terapêuticas, assim como as intervenções no SUS,

- (A) se configuram como uma intervenção pontual, sem continuidade de contato entre o profissional, o paciente e/ou suas famílias.
- (B) são conduzidas exclusivamente pelo profissional responsável, não existindo cooperação interprofissional e abertura para outros saberes profissionais.
- (C) consideram o paciente, por estar fragilizado pelo seu sofrimento, impossibilitado de ser sujeito de seu próprio diagnóstico e projeto terapêutico.
- (D) são pensadas em conexão com a família e o contexto sociocomunitário, como a escola e outras agências sociais.
- (E) fundamentam-se, prioritariamente, em uma clínica baseada na lógica queixa-conduta, delimitada por ações técnico-científicas.

**18**

Acerca do termo “diagnóstica”, Dunker (2015) refere que se trata

- (A) do reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas de doenças, síndromes, quadros ou distúrbios psicopatológicos.
- (B) do campo específico de autoridade, ação e influência, ocorrendo no interior de um sistema de possibilidades predefinidas.
- (C) de um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular.
- (D) da condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos. Opera reconhecendo e nomeando as diversas classificações das doenças mentais.
- (E) da expansão de estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico, objetivando a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma.

**19**

Segundo as recomendações do Projeto Terapêutico Singular (PTS), durante uma anamnese ampliada é necessário fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas também é preciso dar espaço para as ideias e as palavras do usuário. Uma história clínica colhida de forma mais completa tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que

- (A) propicia um efeito catártico ao usuário, ou seja, uma descarga emocional de afetos que se encontram no seu inconsciente.
- (B) situa os sintomas na vida do usuário e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a sua própria situação.
- (C) permite ao usuário, prioritariamente, entender seus sintomas físicos e certificar-se como deve seguir as prescrições dos profissionais.
- (D) assegura ao usuário a manifestação de seus conteúdos inconscientes que podem estar lhe causando sofrimento psíquico.
- (E) garante o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre o usuário e o profissional, sendo esse o objetivo principal de uma anamnese ampliada.

**20**

No texto “A importância da escuta do sofrimento na formação e nas práticas de cuidado em saúde” (Moretto, 2023), a autora

- (A) parte da premissa de que é necessário que consideremos a relevância e a pertinência da categoria conceitual de sofrimento para a sustentação da escuta nas práticas de cuidado em saúde, desde uma perspectiva psicanalítica.
- (B) afirma que o adoecimento é um acontecimento na vida de uma pessoa que, por ser disruptivo, se transformará em uma experiência traumática.
- (C) alerta para o risco de o profissional de saúde transformar um quadro clínico em um caso clínico.
- (D) ressalta a diferença entre ouvir e escutar, indicando que este último é uma condição inata.
- (E) nota que o fato de dar voz a uma pessoa define o modo como ela será escutada.

**21**

De acordo com Dunker (2015), um possível conceito psicanalítico de sofrimento deve responder essencialmente a três condições. Entre essas condições, é correto afirmar que o sofrimento

- (A) deve envolver processos de indeterminação de sentido e de inversão de significação que conhecemos com o nome de negativismo, exprimindo-se como uma dialética entre o eu e o social.
- (B) deve ser estruturado como uma queixa, ou seja, ele exprime um processo de demanda do sujeito, que deve ser reconhecido num âmbito que transita entre os planos psíquico e social.
- (C) deve ser pensado no quadro de uma teoria do reconhecimento. Cada época define politicamente quanto e qual sofrimento pode ser suportado e qual deve ser incluído na esfera do patológico.
- (D) deve ser a representação do sujeito moderno que se depara com o conflito de ser senhor de sua história de vida, mas também escravo do luto por uma experiência que não consegue incorporar.
- (E) deve ser caracterizado como o paradigma mórbido da modernidade, do qual a psicanálise partilha e que caracteriza a subjetividade moderna como inventário de desencontros e promessas irrealizadas.

**22**

A respeito da proposta de Clínica Ampliada, apresentada em documento do Ministério da Saúde, é correto afirmar:

- (A) É a oportunidade de não só médicos, mas todos os demais profissionais de saúde que fazem clínica, trabalharem de modo integrado a partir da centralidade da noção de diagnóstico, aumentando as chances de mais adesão.
- (B) É um compromisso ético frente ao tratamento da doença, levando em consideração a amplitude das possibilidades terapêuticas e aumentando a chance de bons prognósticos.
- (C) Na clínica ampliada, o reconhecimento dos limites de conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas promove a busca de saberes em outro setor, o que se chama de intersectorialidade.
- (D) Apesar de reconhecerem que não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social, os profissionais de saúde não podem intervir nessas situações.
- (E) Na clínica ampliada, recomenda-se ao médico que faça a aferição de comportamentos no início da consulta.



**23**

No “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”, do Ministério da Saúde do Brasil, encontram-se alguns parâmetros para orientar a implantação de ações /dispositivos. Dentre eles, estão:

- (A) Na atenção básica, garantia de participação dos usuários em atividades de educação permanente em saúde, facilitando a cogestão.
- (B) Na atenção especializada, promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência.
- (C) Nos prontos-socorros, definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito.
- (D) Na atenção hospitalar, construção de dispositivos de visita não-aberta e restrição da presença de acompanhantes, em função do controle de infecção hospitalar.
- (E) Apenas os parâmetros para ações em Unidades de Terapia Intensiva devem ser associados à definição de indicadores capazes de monitorar as ações implementadas, respeitando os critérios de gravidade.

**24**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

**25**

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim e cols. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com a de outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.

## Questão dissertativa

Apresente um caso clínico ou uma situação clínica institucional por você conduzido(a), contendo os seguintes elementos: contextualização, problema, sua hipótese diagnóstica, sua intervenção, resultados e conclusões.

Utilize nome(s) fictício(s) para se referir ao(s) envolvido(s).

Discuta o caso ou a situação apresentada, justificando ética e teoricamente sua condução.

### 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 desrespeitem 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**

**Exame de Residência em Psicologia IPUSP 2026**

Gabarito	
01	E
02	A
03	A
04	E
05	C
06	B
07	A
08	A
09	D
10	B
11	A
12	B
13	C
14	B
15	B
16	C
17	D
18	E
19	B
20	A
21	C
22	C
23	C
24	D
25	B

**QUESTÃO DISSERTATIVA**

**CRITÉRIOS DE CORREÇÃO**

Item	Pontuação
Apresentação de caso clínico ou de situação clínica instituição com todos os elementos solicitados: contextualização, problema, hipótese diagnóstica, intervenção, resultados e conclusões.	3,0
Domínio, coerência, amplitude e profundidade da discussão	2,0
Capacidade de organizar as ideias com clareza, objetividade e perspectiva crítica	1,0
Apresentação de fundamentação teórica para abordar o caso ou a situação	1,0
Justifica eticamente sua condução	1,0
Coerência da hipótese diagnóstica	1,0
Raciocínio clínico claro e epistemologicamente articulado com abordagem teórica	1,0
<b>Total</b>	<b>10,0</b>