



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2023
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE OUTUBRO DE 2022

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ Nº de Inscrição: _____

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: ONCOLOGIA – HUJBB/BELÉM/PA / PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DO IDOSO –
HUJBB/BELÉM/PA / PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
AO PACIENTE CRÍTICO – HUJBB/BELÉM/PA / PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL – SAÚDE DA MULHER E DA
CRIANÇA/HSAMZ/BRAGANÇA/PA / PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA – REDE DE
ATENÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ALTAMIRA/CAMPUS UFPA/ALTAMIRA/PA

PSICOLOGIA

04 DE DEZEMBRO DE 2022

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde à especialidade na qual você se inscreveu, conforme consta no seu cartão de inscrição e no cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Esse Boletim de Questões contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões de SUS e 35 (trinta e cinco) questões de Conhecimentos Específicos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 3 Confira se, além deste Boletim de Questões, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas, que será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 5 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul e não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 7 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h30 e término às 18h30, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.
- 8 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.

Boa Prova!



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 50.

SUS

- 1** A Atenção Básica corresponde a um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Em relação à Atenção Básica, considere as afirmativas seguintes.
- I. Trata-se da porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.
 - II. É coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
 - III. É ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
 - IV. É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Estão corretas

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

- 2** As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Quanto às atribuições específicas dos médicos que atuam na Atenção Básica, considere as afirmativas seguintes.
- I. Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), observadas as disposições legais da profissão.
 - II. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.
 - III. Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito.
 - IV. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e de endemias em conjunto com os outros membros da equipe.

Estão corretas

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



- 3** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. Sobre os princípios das RAS, assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.
- () Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional fomentando a transversalidade e a grupalidade.
 - () Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas.
 - () Compromisso com a hierarquização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde estimulando o processo de formação permanente.
 - () Construção de hierarquia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede SUS.
 - () Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

A sequência correta das afirmativas é

- (A)** V, V, V, F e V.
- (B)** V, V, F, F e V.
- (C)** F, V, V, V e V.
- (D)** F, F, F, F e F.
- (E)** V, V, V, V e V.

- 4** A equipe de saúde da atenção básica identificou que J.M.C, adulta, 47 anos necessita de atendimento especializado fora do município. Considerando que integralidade do atendimento é um princípio do SUS a ser garantido a todos os brasileiros; considerando que a região de saúde um é espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, a equipe, para tomada de decisão assertiva de encaminhamento de J.M.C na rede de atenção à saúde, deve saber que
- (A)** cada Região de Saúde deve ser aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde.
 - (B)** cada município só pode pertencer a uma região de saúde.
 - (C)** as ações de saúde em cada Região são de atribuição do Ministério da Saúde.
 - (D)** cada região precisa estar dentro do mesmo estado da Federação.
 - (E)** cada Região de saúde deve ser aprovada pelo Ministério da Saúde.



5 O Decreto nº 7.508/1990 define que a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde são serviços que fazem parte dos requisitos mínimos para que seja instituído(a) um(a)

- (A)** Mapa de saúde.
- (B)** Rede de atenção à saúde.
- (C)** Núcleo de saúde.
- (D)** Serviço especial de saúde.
- (E)** Região de saúde.

6 A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Sobre o PNSP, assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) nas afirmativas seguintes.

- () Promove e apoia a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.
- () Dano, segundo o PNSP, significa o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- () Uma das estratégias de implementação do PNSP é a exclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente.
- () O Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter normativo, tem a finalidade de definir normas e protocolos para a segurança do cuidado em saúde.
- () O Estado e o município instituirão incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A sequência correta é

- (A)** V, V, F, F e F.
- (B)** V, F, F, V e V.
- (C)** F, V, V, F e V.
- (D)** F, F, F, F e F.
- (E)** V, V, V, V e V.



- 7** Sobre o SUS e as RAS, coloque V para as afirmativas verdadeiras e F para as afirmativas falsas.
- () A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
 - () Na Rede de Atenção às condições crônicas, a atenção primária à saúde funciona como centro de comunicação, mas, na rede de atenção às urgências e emergências, ela é um dos pontos de atenção, não desempenhando o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessa rede.
 - () A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto, no puerpério e nos casos de abortamento, bem como à criança o direito a nascimento seguro e a crescimento e desenvolvimento saudáveis.
 - () A Coordenação do cuidado, ou seja, elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, através de uma relação vertical, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais é uma das diretrizes do SUS.

A sequência correta é

- (A)** V, V, F, V.
- (B)** F, V, F, V.
- (C)** V, F, V, V.
- (D)** V, V, V, F.
- (E)** V, V, F, F.

- 8** A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao processo de trabalho das equipes de saúde definido pela Política Nacional de Atenção Básica, analise as afirmativas seguintes.
- I. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.
 - II. A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica.
 - III. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
 - IV. A Equipe de Saúde da Família Ribeirinha desempenha parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessita de embarcações para atender às comunidades dispersas no território. Ela está vinculada a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

Em relação ao tema exposto, estão corretas as assertivas

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



- 9** M.J.C., 62 anos, foi admitida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com sinais de síndrome respiratória aguda (SRAG) e relatando que seu esposo testou positivo para COVID-19. O médico iniciou o manejo clínico. Em relação ao manejo clínico, é correto afirmar que
- (A)** idosos com SRAG associada a disfunção neurológica e renal deverão ser internados em leito de terapia intensiva.
 - (B)** a internação hospitalar deve ser aplicada a idosos com insuficiência respiratória, sendo prioritária em relação aos adultos jovens e de meia-idade.
 - (C)** deverão ser encaminhados para terapia intensiva idosos com hipoxemia (PaO_2 abaixo de 80 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial acima de 95%.
 - (D)** deve ser iniciado, em idosos, o uso de oseltamivir em até 48 horas quando se tem o diagnóstico de COVID-19.
 - (E)** pacientes graves sem diagnóstico ou com diagnóstico negativo deverão ser internados, e o exame repetido após 7 dias desde o primeiro teste negativo.
- 10** T.M.C., 65 anos, evoluiu com quadro febril e procurou assistência com profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Para um atendimento adequado existem algumas recomendações para pessoas com 60 anos ou mais. Em relação à infecção por COVID-19, orienta-se aos profissionais da APS que
- (A)** priorizem o atendimento domiciliar aos idosos fisicamente ativos.
 - (B)** priorizem o deslocamento de idosos vulneráveis e acamados às Unidades Básicas de Saúde (UBS).
 - (C)** informem aos idosos e familiares que devem praticar atividades de convívio social.
 - (D)** fiquem atentos aos idosos, principalmente aos que restringem suas atividades de convívio social.
 - (E)** orientem as formas de contágios em ambientes compartilhados, como em moradias coletivas.
- 11** A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde está organizada em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Cada dimensão contempla um conjunto de ações específicas. Assinale a ação correspondente à Regulação do Acesso à Assistência.
- (A)** Avaliação da produção assistencial.
 - (B)** Cadastramento de prestadores de serviços de saúde.
 - (C)** Financiamento dos Sistemas de Saúde.
 - (D)** Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências.
 - (E)** Vigilância epidemiológica.
- 12** As ações da regulação do acesso são operacionalizadas pelo Complexo regulador, uma estrutura da área técnica da regulação do acesso. Assinale a alternativa correspondente a atribuição do Complexo Regulador.
- (A)** Cadastramento de usuários do SUS.
 - (B)** Elaboração dos critérios de classificação de risco.
 - (C)** Avaliação das condições sanitárias.
 - (D)** Processamento da produção ambulatorial
 - (E)** Ouvidoria em saúde.



- 13** A.L.V. decidiu buscar informações sobre como poderia participar e atuar na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa que **NÃO** corresponde à resposta que ela encontrou.
- (A)** Representando um segmento social e participando da Conferência de Saúde que se reúne a cada quatro anos.
 - (B)** Atuando no Conselho de Saúde como uma representante da comunidade.
 - (C)** Sendo uma representante dos usuários do SUS no Conselho de Saúde.
 - (D)** Sendo uma representante do governo, dos prestadores de serviço ou profissionais de saúde no Conselho de saúde.
 - (E)** Sendo representante entre os 10% dos usuários do SUS que compõem os Conselhos de Saúde e Conferências em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- 14** É considerada princípio norteador das diretrizes para o desenvolvimento das ações dos serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) a
- (A)** oferta de acesso aos serviços de saúde na atenção básica e o acesso aos níveis terciários, conforme a disponibilidade de recursos.
 - (B)** omissão das informações às pessoas assistidas sobre sua saúde pelos profissionais.
 - (C)** concentração da rede de serviços de saúde nas capitais das unidades federativas.
 - (D)** equidade da assistência à saúde, sem preconceitos e estabelecendo privilégios à população idosa e às crianças.
 - (E)** a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- 15** A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde é a responsável por auxiliar o Ministério da Saúde nas atividades relacionadas à incorporação, à exclusão ou à alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, além da constituição ou mudanças nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. É considerada(o) diretriz da CONITEC a(o)
- (A)** equidade, aplicando a maior parte dos investimentos em nível terciário, visando ao melhor conhecimento técnico-científico neste nível de atenção em saúde devido à gravidade dos pacientes.
 - (B)** proteção aos profissionais de saúde, respaldando estes quanto à escolha de assistência sem prática baseada em evidência, em casos de pandemia.
 - (C)** incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade.
 - (D)** estabelecimento da atuação de sanitaristas.
 - (E)** integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS com base no melhor conhecimento popular disponível.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16** De acordo com os Cadernos de Psicologia (2014), em seu capítulo 5 – “O Diagnóstico em Psicologia” –, ao refletir sobre os tipos de diagnóstico, destaca que um dos diagnósticos “procura o mais-além dos fenômenos”. Trata-se do diagnóstico
- (A) psicodinâmico.
 - (B) psiquiátrico.
 - (C) psicanalítico.
 - (D) fenomenológico.
 - (E) comportamental.
- 17** Segundo a obra “Sobre a Morte e o Morrer”, de Elisabeth Kubler-Ross (1992), a autora define 05 (cinco) estágios no Luto. A correta ordenação dos estágios, conforme a referida autora, é
- (A) Negação e Isolamento; Raiva; Depressão; Barganha; Aceitação.
 - (B) Raiva; Negação e Isolamento; Depressão; Raiva; Aceitação; Barganha.
 - (C) Raiva; Depressão; Negação e Isolamento; Barganha; Depressão; Aceitação.
 - (D) Negação e Isolamento; Raiva; Barganha; Depressão; Aceitação.
 - (E) Raiva; Depressão; Negação; Barganha; Aceitação.
- 18** Na obra “Sobre a Morte e o Morrer”, de Elisabeth Kubler-Ross (1992), em se tratando dos estágios diante da morte e do morrer, a autora reflete sobre as nossas reações de trabalho que se refletem no comportamento dos pacientes. Em seguida, ela afirma que “estarmos propensos a olhar honestamente dentro de nós mesmos é uma contribuição para nosso crescimento e amadurecimento. Para tanto, não recomendo nenhum outro trabalho senão o de lidar com pacientes idosos, muito doentes ou às vésperas da morte”. As reflexões acima tratam do Estágio
- (A) Raiva.
 - (B) Barganha.
 - (C) Negação e isolamento.
 - (D) Depressão.
 - (E) Aceitação.
- 19** Trata-se do estágio menos conhecido, segundo Kubler-Ross (1992), na obra “Sobre a Morte e o Morrer”. Sobre esse estágio, a referida autora complementa: “se no outro estágio não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez possamos ser bem-sucedidos nesta fase, entrando em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável”. Estamos falando do Estágio
- (A) Raiva.
 - (B) Negação e isolamento.
 - (C) Depressão.
 - (D) Aceitação.
 - (E) Barganha.



- 20** Ao tratar da família do paciente, no capítulo IX da obra “Sobre a morte e o morrer”, de Elizabeth Kubler-Ross (1992), a autora destaca as mudanças no lar e efeitos sobre a família. Com base nessa reflexão, analise as seguintes assertivas:
- I. No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, embora suas reações pouco interfiram na reação do paciente.
 - II. Se entram em jogo visitas ao hospital, é necessário providenciar condução e alguém que tome conta das crianças na sua ausência.
 - III. Aos transtornos e preocupações com o marido, acrescidos da responsabilidade e do trabalho, vêm se juntar uma solidão maior e, com frequência, um ressentimento.
 - IV. Devemos exigir a presença constante de qualquer um dos membros da família.

Estão incorretas

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

- 21** Ao afirmar que a ansiedade no ambiente hospitalar é intensa, Rudnick (2019) aponta para o que cabe ao profissional psicólogo produzir neste ambiente. Com base nessa reflexão, analise as afirmativas seguintes:
- I. Cabe ao profissional psicólogo produzir um atendimento clínico com base na psicoterapia.
 - II. Cabe ao profissional psicólogo produzir uma mudança cognitiva dos pensamentos e crenças do paciente.
 - III. O objetivo da atuação do psicólogo é a mudança emocional e comportamental frente às mudanças e necessidades geradas pela doença.
 - IV. Por se tratar de uma escuta à beira do leito, o profissional psicólogo não precisa definir um método de tratamento.

Estão corretas:

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

- 22** Sobre a Terapia cognitiva proposta por Rudnick (2019), analise as seguintes assertivas:
- I. É uma linha de psicoterapia breve, proposta e desenvolvida pelo psicólogo americano Aaron T. Beck.
 - II. Fundamenta-se no princípio básico de que o fato determina o que as pessoas pensam.
 - III. É breve, semi-estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais.
 - IV. Outra aplicação potencial da terapia no tratamento de pacientes com doença física é abordar os comportamentos relacionados com a doença.

Estão incorretas

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



23 Ao refletir sobre as Estratégias de Intervenção na Prática Hospitalar, Rudnick (2019) destaca a singularidade do trabalho do psicólogo em hospital, que se diferencia dos demais espaços de atuação. Com base nessa reflexão, analise as seguintes assertivas:

- I. O trabalho do psicólogo hospitalar é marcado pelo ambiente agitado, pouca privacidade para o atendimento psicológico e domínio médico.
- II. O tempo do atendimento varia de acordo com a situação do paciente no hospital.
- III. As estratégias de intervenção psicológica na prática hospitalar não diferem quanto à modalidade de atendimento, tais como enfermaria, quartos e ambulatório.
- IV. A privacidade não é mantida, dados os espaços coletivos nos hospitais.

Estão corretas

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

24 De acordo com Rudnick (2019), em sua obra “Psicologia da Saúde: a prática da terapia cognitivo-comportamental”, ao enfatizar a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a autora explica que tal terapia trabalha com três níveis de pensamento: o pensamento automático, as crenças intermediárias ou subjacentes e as crenças centrais. Dentre as características abaixo, a que NÃO corresponde ao primeiro nível, pensamento automático, é

- (A) configurar-se pela presença de pensamentos espontâneos e dependentes de deliberação ou raciocínio.
- (B) configurar-se pela presença de pensamentos que fluem a partir dos acontecimentos do dia-a-dia.
- (C) configurar-se pela presença de pensamentos que podem ser ativados por eventos externos e internos.
- (D) corresponder ao nível mais superficial da nossa cognição.
- (E) corresponder a ideias a respeito de nós mesmos e do mundo.

25 De acordo com o Manual do Hospital Sírio Libanês (2020), NÃO é um dos princípios norteadores para uma adequada prática de cuidados paliativos (MATSUMOTO, 2009)

- (A) iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento em cuidados paliativos, junto a tratamentos modificadores da doença.
- (B) reafirmar a vida e sua importância.
- (C) compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la.
- (D) oferecer o melhor suporte ao paciente, focando na sua melhora da qualidade de vida, poupando, inicialmente, a família.
- (E) promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto.

26 Sobre a Angústia Espiritual, de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês (2020), as angústias espirituais mais comuns incluem vários sentimentos (CHERNY, 2015). A esse respeito, o sentimento que NÃO é apontado pela literatura sobre o assunto é

- (A) a desesperança.
- (B) a falta de sentido.
- (C) o remorso.
- (D) a depressão.
- (E) a ansiedade de morte.



27 No artigo “Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis” (WEINTRAUB *et al.*, 2015), os autores refletem que a atuação em emergências e desastres insere-se na lógica da ajuda humanitária. Acerca disso, podemos afirmar que

- (A) a ajuda humanitária forma-se como campo de intervenção a partir da criação de organismos e legislações nacionais.
- (B) essa lógica de intervenção tem como princípios, ao menos em sua base, a atuação parcial, independente e neutra.
- (C) as ações de ajuda humanitária podem ser descritas por meio da existência de contradições inerentes ao seu discurso, tais como: a desigualdade e a compaixão.
- (D) tem como grande entidade humanitária os Médicos Sem Fronteiras e a OMS.
- (E) a psicologia brasileira tem reunido poucos esforços para refletir sobre o tema, com a realização do 1º e 2º Seminários Nacionais de Psicologia das Emergências e dos Desastres em 2016 e 2019.

28 No capítulo 3 – “Cuidando de quem cuida: considerações para a equipe de saúde” do “Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês” (2020), afirma-se que “para existir um cuidado efetivo e conexão com as necessidades do paciente, são necessárias mais atitudes que palavras (HUGHES, 2011). Com base nessa reflexão, analise as seguintes atitudes que norteiam os cuidados paliativos:

- I. Aceitar a história do indivíduo com os sentimentos, mas sem as dificuldades comportamentais que ele possui.
- II. Ser empático.
- III. Aprender a ouvir, acolher e respeitar valores dos pacientes/familiares que sejam diferentes dos seus como profissional.
- IV. Expressar todas as emoções, de forma desconectada, buscando prazer na relação com o cuidado.

Estão corretas

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

29 De acordo com as Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids, um aspecto importante da formação e capacitação para trabalhar especificamente com HIV e Aids diz respeito aos princípios complementares aos princípios gerais do SUS, que foram propostos para respeitar os direitos das pessoas e atenuar preconceitos e estigmas. O princípio que tem articulação com as questões de sigilo profissional apontadas no eixo II do referido documento é a

- (A) voluntariedade.
- (B) publicização.
- (C) propalação.
- (D) notabilidade.
- (E) conspicuidade.



30 *Na 4ª série, eu voltava da escola andando e, um dia, algum amigo de meu pai me viu na rua segurando meu material escolar contra o peito, com os dois braços cruzados à frente. Quando meu pai chegou em casa, conversou comigo em tom de preocupação e um pouco de raiva ou impaciência. “Meninas” andavam daquele jeito. Não entendi. Eu não sabia o que eu tinha feito de errado (e quantos anos se passariam até eu aventar a possibilidade de não haver nada errado da minha parte). Me achava tão cuidadoso por carregar meu material no colo, para que nada caísse no chão e se sujasse. Cada vez mais fui ouvindo coisas parecidas na escola. Nessa época, aprendi o que significava chamar um homem de “viado” ou “bicha” e foi assim que fui apresentado à tragédia da homossexualidade. O importante, para mim, era passar despercebido, conseguir que ninguém me notasse, porque eu chamava a atenção pelos motivos errados. A fraternidade masculina de que tanto se fala, de que tanto se vangloria o patriarcado, é uma relíquia entregue apenas aos homens cujo comportamento corresponde a uma masculinidade de rigidez brutal (CRUZ, 2018, p. 80).*

(CRUZ, Felipe. *Você nunca fez nada errado*. São Paulo: Monomito Editorial, 2018)

O excerto acima foi retirado do livro “Você nunca fez nada errado”, do escritor paraense Felipe Cruz. Nesta obra suas reflexões apontam para as discriminações vivenciadas em uma sociedade patriarcal e cisheteronormativa. Levando-se em conta o compromisso da psicologia no enfrentamento às discriminações de gênero, considere as afirmativas abaixo:

- I. A orientação sexual não pode ser reduzida às variáveis biológicas e nem às indicações de algumas teorias psicológicas e pedagógicas, que induzem à conclusão de que esta seja natural e universal.
- II. A reprodução sexual e do trabalho expressam-se nas relações de gênero. Assim, estabelecem as “diretrizes” das relações entre os homens e entre as mulheres, que, nas sociedades contemporâneas, propiciam o estabelecimento de relações assimétricas e desiguais.
- III. Não há uma subjetividade, personalidade ou comportamento que seja isolado do contexto social.
- IV. A(o) psicóloga(o) deve atuar de forma ativa na eliminação das violências, discriminações, opressões, dentre outras, indicando nitidamente que a postura ética da(do) profissional frente às LGBTFobias e aos preconceitos também muito atuantes na sociedade brasileira — como o racismo e o machismo — implica numa atitude ético-política de interdição, impedimento, bem como prevenção e intervenções educativas, na perspectiva de mudar concepções e preconceitos.

Considerando-se as afirmativas que são condizentes com as discussões realizadas e com as orientações das Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids é correto afirmar que

- (A) I, II, III, somente.
- (B) I, II, somente.
- (C) III, IV, somente.
- (D) Todas as alternativas estão corretas.
- (E) II, III, IV, somente.



31 Com base nas Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (2019), considere as afirmativas abaixo:

- I. O trabalho da(o) psicóloga(o) em hospitais do SUS se insere na chamada Atenção Terciária ou Atenção de Alta Complexidade ou alta densidade tecnológica.
- II. É importante destacar que historicamente no Brasil o cuidado hospitalar seguiu o modelo biomédico-hegemônico, centrado em procedimentos tecnológicos que produziam uma atenção fragmentada, desarticulada e organizada, em função da demanda espontânea. Tal modelo provocou, ao longo de décadas, o empobrecimento da dimensão cuidadora, gerando insatisfação dos usuários.
- III. A Clínica Ampliada é um modelo de atenção à saúde que tem ganhado cada vez mais espaço nas instituições públicas e privadas. Ela é baseada no conceito de saúde integral, que vê a qualidade de vida como o resultado de fatores biopsicossociais. Outro pilar do modelo é integrar a equipe de profissionais de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento, de acordo com cada caso, criando, assim, vínculo e diálogo com os usuários.
- IV. Pensar na promoção e recuperação da saúde no âmbito do SUS requer da(o) psicóloga(o), além de competência técnica, um compromisso ético e participação cidadã, com atenção especial às lutas pela mudança das condições sociais da população brasileira, através de participação política, para a garantia dos direitos da população, tendo como horizonte de atuação a defesa do SUS.

São condizentes com as discussões apresentadas nas Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (2019)

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

32 Segundo as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (2019) no campo da saúde, e particularmente na formulação de políticas e prestação de serviços de atenção e cuidado, conhecer a diversidade cultural dos povos representa um dispositivo disparador de alternativas e possibilidades, para auxiliar na solução de problemas e no atendimento das demandas da população. Com base nesta premissa, analise as afirmativas seguintes e assinale (V) para verdadeira e (F) para falsa:

- () A desqualificação do saber popular pelo saber técnico gera enorme desgaste, despotencializando os usuários, levando-os a desacreditar no sistema de saúde.
- () Há muitos grupos que conseguem ser acessados e cuja adesão ao serviço de saúde pode ser promovida através de manifestações culturais. Particularmente nos trabalhos voltados à saúde mental, é bastante comum o uso do teatro, dança, música e artesanato, como produtores de vínculos e restabelecimento de coesão social e comunitária.
- () Para realizar o trabalho em saúde é importante que haja, principalmente, reconhecimento do saber técnico dos trabalhadores, compreendidos como principais agentes do cuidado, secundarizando-se os saberes dos usuários, com base em seus contextos de vida.
- () No campo da Saúde Mental, a apropriação da noção de diversidade cultural representa ainda uma ruptura com caráter de resistência ao processo de medicalização/psiquiatrização que ocorre na área, pois significa que nem tudo o que é diferente, diverso ou desviante é patológico, tanto no aspecto das diversidades coletivas quanto individuais.

A sequência correta é

- (A) V, V, F e V.
(B) F, V, V e V.
(C) F, V, F e V.
(D) V, F, V e V.
(E) V, V, F e F.



- 33** Conforme as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (2019), a Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política transversal ao SUS. É o reflexo de uma luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos os cidadãos e que assegure serviços de qualidade para promover a saúde integral. A opção que aponta um princípio da PNH com o qual a(o) psicóloga(o) deve operar em suas práticas é
- (A) a valorização da realidade objetiva nas práticas de atenção e gestão do SUS.
 - (B) o fortalecimento do trabalho individualizado.
 - (C) a construção de ações verticalizadas, visando maior eficácia.
 - (D) a corresponsabilidade dos sujeitos nos processos de atenção e de gestão.
 - (E) o estabelecimento de vínculos unilaterais e participação circunscrita no processo de gestão e cuidado.
- 34** Segundo as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (2019), o processo de comunicação precisa ser competente, apropriado e eficaz no contexto hospitalar. É preciso atentar-se para uma prática dialogada, com uma comunicação adequada e eficaz, que privilegie a dignidade da pessoa assistida, a inclusão da família como participante do tratamento e, finalmente, que privilegie a atenção ao estado emocional de todos os envolvidos no processo. Dentre os diversos tipos de comunicação discutidos na referida política, destaca-se a
- (A) comunicação como verticalização de ações.
 - (B) comunicação como partilha de significados.
 - (C) comunicação como interposição de sentidos.
 - (D) comunicação como disposição eficaz.
 - (E) comunicação como ingerência de ações.
- 35** De acordo com as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) com Povos Tradicionais (2019), a Psicologia, historicamente, construiu pressupostos teóricos e metodológicos, tendo como base um modelo de humanidade pretensiosamente universal, branco, patriarcal e eurocentrado. Diante das intervenções e demandas dos movimentos sociais, a Psicologia brasileira tem sido interpelada a rever sua construção científica clássica, bem como o modo de se realizar como psicologia crítica. Dentre as opções abaixo descritas, a opção que se coaduna com o imperativo ético-político de revisão da Psicologia em uma perspectiva crítica é
- (A) fomentar o paradigma da ciência moderna, que pressupõe a construção do conhecimento por meio de racionalidades abstratas, para serem aplicadas sobre realidades diversas.
 - (B) focar na ação técnica, distanciando-se da luta pela expansão de serviços e programas de saúde, educação e assistência social, para que sejam estendidos e fortalecidos nos interiores do país.
 - (C) realizar intervenções, a partir de uma leitura individualizada dos sujeitos.
 - (D) unificar a multiplicidade de cosmovisões e interfaces com os sistemas simbólicos, para atuar junto às vivências dos povos e comunidades tradicionais.
 - (E) traçar percursos possíveis para uma leitura crítica, na relação com os conhecimentos e narrativas de povos de terreiro e com a população negra, com propostas de afrocentrar os saberes produzidos.



- 36** Tendo como base as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) com Povos Tradicionais (2019), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução n.º 18/2002, que estabelece normas de atuação para as(os) psicólogas(os) em relação ao preconceito e à discriminação racial. A opção que assinala formas de enfrentamento à discriminação racial, conforme apontado na referida norma técnica é
- (A)** mover o olhar da concepção de saúde compreendida em sua processualidade, multideterminada por condicionantes e marcadores sociais, e operar a partir de uma racionalidade instrumental técnica, centrada na produção de subjetividades individualizadas.
 - (B)** fazer conexão do trabalho em Psicologia com as comunidades tradicionais, comunidades de terreiro de Candomblé, Umbanda, Batuque, Jurema, Terecô, Casas de Xangô, Tambor de Mina, Xambá, Reinados, Congadas, Marujadas, Caboclinhos, Quilombolas, Indígenas, Extrativistas, Ribeirinhas, dentre outras.
 - (C)** atuar como ciência e profissão, pautando-se em princípios de neutralidade e objetividade na construção de saberes.
 - (D)** unificar as cosmovisões que orientam os modos de vida dos povos tradicionais.
 - (E)** circunscrever o debate sobre a formação étnico-racial da sociedade brasileira a uma única disciplina, nos componentes curriculares dos cursos de graduação em Psicologia.
- 37** De acordo com as Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids, é consenso que os Programas de IST/HIV e Aids não podem ser dissociados de outras ações do setor público, incluindo-se as do próprio setor de saúde. As ações relacionadas com a gestão do trabalho devem, portanto, ser pautadas por princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) abaixo descritos, **EXCETO**:
- A)** a integralidade e a interdisciplinaridade das ações, a partir das quais compreende-se que o Estado precisa garantir ao cidadão uma concepção ampliada de saúde (incluindo-se ações de prevenção e promoção da saúde).
 - B)** a universalidade da atenção, princípio por meio do qual a saúde é entendida como direito de todas e todos os cidadãos.
 - C)** a centralização das ações, a fim de organizar o número de atores institucionais envolvidos na responsabilização das ações do SUS.
 - D)** a participação e o controle social, com o objetivo de garantir a participação da sociedade no cotidiano dos serviços e na formulação do SUS em todos os níveis da política.
 - E)** a regionalização e hierarquização, com objetivo de organizar os equipamentos e serviços disponíveis, conforme a complexidade e o grau de especificidade das demandas por saúde nos territórios.
- 38** De acordo com seus conhecimentos sobre teoria psicológica do envelhecimento, é correto afirmar que
- (A)** o paradigma mecanicista compreende teorias psicológicas que correlacionam estágios de desenvolvimento, na vida adulta e na velhice, a operações mecânicas de transição etária.
 - (B)** o paradigma organicista nega a possibilidade de desenvolvimento na vida adulta e na velhice.
 - (C)** o paradigma organicista enxerga o desenvolvimento como processo permanente de conciliação entre determinantes inatos-biológicos, individuais-psicológicos, culturais-psicológicos e naturais-ecológicos.
 - (D)** o paradigma de curso de vida assegura que a trajetória de desenvolvimento é presidida por processos simbólicos, expressos em normas etárias e de gênero, em interação com eventos de transição.
 - (E)** o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*) integra a noção mecanicista, segundo a qual as mudanças evolutivas têm base ontogenética, com as ideias dos paradigmas de velhice bem-sucedida e de curso de vida.



- 39** De acordo com a teoria epigenética de Erik Erikson, o desenvolvimento humano consiste na vivência sequencial de crises psicossociais e de tarefas evolutivas que se desdobram ao longo de toda a vida. Segundo a teoria do autor, é correto afirmar que
- (A) a crise psicossocial da velhice é a da geratividade *versus* estagnação, sendo a transmissão de conhecimentos e valores à geração seguinte a tarefa evolutiva dessa fase.
 - (B) a crise psicossocial entre a integridade do ego e o desespero é característica da velhice, sendo a preocupação em deixar um legado espiritual e cultural uma das tarefas evolutivas dessa fase.
 - (C) a maturidade vivencia a crise entre a integridade do ego e o desespero, uma vez que é nessa fase que o ser humano vivencia o desenvolvimento de relações amorosas estáveis, que implicam conhecimento, respeito, responsabilidade e doação.
 - (D) a idade adulta vivencia a crise psicossocial geratividade *versus* estagnação, sendo nessa idade que ocorre a preocupação com a geração de filhos, além da transmissão de conhecimentos e valores à geração seguinte.
 - (E) a crise psicossocial intimidade *versus* isolamento é vivenciada na velhice, uma vez que é nessa fase da vida que o ser humano, por motivos como aposentadoria e diminuição da capacidade laboral, começa a se distanciar da participação social, o que pode gerar isolamento.
- 40** Em junho de 2022, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) divulgou o resultado do 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Conforme os dados da pesquisa, 33,1 milhões de pessoas não têm o que comer no Brasil. A pesquisa anterior, realizada em 2020, mostrara que a fome tinha voltado para patamares equivalentes aos de 2004. A pesquisa mais recente, divulgada em junho de 2022, revelou um acréscimo de 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome, em relação à pesquisa realizada em 2020, além de demonstrar que mais da metade da população do país vive em algum grau de insegurança alimentar (FONTE: <https://olheparaafome.com.br/>). De acordo com o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*), é correto afirmar que
- (A) a elevação da insegurança alimentar no Brasil pode ser classificada como uma influência normativa graduada por história, uma vez que se trata de um evento macroestrutural vivido pelos indivíduos de uma unidade cultural, sendo esta uma influência que varia sistematicamente em função da classe social, do gênero, da coorte e da etnia.
 - (B) a elevação da insegurança alimentar no Brasil corresponde a uma influência não normativa ou idiossincrática, já que seu caráter distintivo prende-se ao fato de não se aplicar, ao mesmo tempo, a todos os indivíduos de um grupo etário, ou seja, não está claramente ligada à ontogenia nem ao tempo histórico.
 - (C) a elevação da insegurança alimentar no Brasil não pode ser classificada de acordo com o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*), pois ela consiste em uma mudança imprevisível de caráter social.
 - (D) a elevação da insegurança alimentar no Brasil corresponde a uma influência não normativa ou idiossincrática, pois sua época de ocorrência é imprevisível e individual, tal como ocorre com a perda de um emprego, a ocorrência de um acidente ou um adoecimento grave.
 - (E) a elevação da insegurança alimentar no Brasil corresponde a uma influência graduada por idade, uma vez que a alimentação está diretamente relacionada ao desenvolvimento ontogenético.



- 41** A teoria da seletividade socioemocional foi formulada por Laura L. Carstensen para explicar o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. De acordo com essa teoria, é **INCORRETO** afirmar que
- (A)** a teoria de seletividade socioemocional é de natureza *life span*, na medida em que considera que a adaptação é delimitada pelo tempo e pelo espaço e que a fase do desenvolvimento vivida pela pessoa é um importante contexto ao qual ela deve se adaptar.
 - (B)** a teoria de Carstensen investiu na análise do comportamento emocional dos idosos, mostrando que, com o envelhecimento, as pessoas passam a experimentar e a demonstrar emoções com menos intensidade e a ter menor capacidade de decodificação de expressões emocionais.
 - (C)** a redução nos contatos sociais que caracteriza a velhice reflete uma seleção ativa, na qual as relações emocionalmente próximas são mantidas, porque são mais importantes para a adaptação do idoso.
 - (D)** na velhice as pessoas tendem a reorganizar suas metas e relações, priorizar realizações a curto prazo, preferir relações sociais mais significativas e descartar o que não cabe nesses critérios.
 - (E)** a teoria da seletividade socioemocional contradiz as três teorias sociológicas sobre o declínio nas interações sociais na velhice – quais sejam, a teoria da atividade, do déficit do desenvolvimento humano na velhice e das trocas sociais –, primeiramente porque não aceita que as pessoas simplesmente reagem ao contexto social, mas defende que constroem ativamente o seu mundo social.
- 42** A depressão e a demência constituem duas das enfermidades mais prevalentes em Geriatria. Ambas comprometem negativamente a qualidade de vida, o funcionamento global e a saúde física e mental dos pacientes. As duas morbidades encontram-se frequentemente associadas ou uma pode simular a outra, o que ocasiona grandes dificuldades diagnósticas. Considerando o que dispõe o *Tratado de Geriatria e Gerontologia – 4ª ed.*, é correto afirmar que
- (A)** o termo “pseudodemência” descreve quadros de alteração cognitiva presentes em transtornos psíquicos, especialmente depressão no idoso, que simulam muito um quadro demencial. Esse termo, embora adequado, não é mais utilizado, já que sua aceitação social carrega um peso discriminatório.
 - (B)** o idoso com depressão frequentemente se queixa de alteração cognitiva, corroborada por testes específicos para avaliação da memória, mostrando pior performance nos testes de memória episódica do que nos testes de atenção, de função executiva e de habilidade visuoespacial.
 - (C)** quando apresentam prejuízo na memória imediata e de evocação, os pacientes com depressão não conservam a informação aprendida, ao contrário daqueles com demência, particularmente a doença de Alzheimer (DA), que, apesar de apresentarem prejuízo mais acentuado da memória recente, conservam a informação ao longo do tempo.
 - (D)** com relativa frequência, apesar dos vários recursos disponíveis para estabelecer um diagnóstico diferencial entre depressão e demência, pode ainda haver incerteza diagnóstica, justificando, então, prova terapêutica com antidepressivos. Aqueles portadores de depressão responderão favoravelmente, ao contrário dos portadores de demência.
 - (E)** a literatura gerontológica demonstra uma nítida distinção entre idosos com depressão de surgimento precoce recorrente em relação àqueles com depressão de surgimento tardio, sugerindo, ainda, que os primeiros geralmente evoluem para uma síndrome demencial.



- 43** O conceito da boa morte, no contexto dos cuidados no fim da vida, tem sido utilizado quando estão presentes determinadas características, tais como: morte sem dor, morte ocorrendo com os desejos do paciente sendo respeitados (verbalizados ou registrados nas diretivas antecipadas de vontade), dentre outras. A respeito desse conceito, é correto afirmar que
- (A)** fundamentada na ritualização das cenas de despedida, na busca de um sentido transformador da doença e dentro de um *ethos* cristão, a kalotanásia – a boa morte do moderno movimento *hospice* – apresenta-se como um modelo que pretende acolher, amparar, proteger e dar sentido ao processo de morrer do paciente no limiar de sua existência.
 - (B)** a boa morte caracteriza-se por um conjunto de ações e de intervenções que visam oferecer ao paciente com doença avançada ou terminal um processo de morrer que possa suavizar sua jornada de luta, com o desafio de fazê-lo em um ambiente que dispensa a medicina tradicional.
 - (C)** a boa morte caracteriza-se por um conjunto de ações e de intervenções que visam oferecer ao paciente com doença avançada ou terminal um processo de morrer que possa suavizar sua jornada de luta, com o desafio de fazê-lo em um ambiente médico adaptado à kalotanásia, isto é, que dispense o uso de alta tecnologia e práticas de intervenções obstinadas típicas do contexto hospitalar.
 - (D)** a boa morte do moderno movimento *hospice* apresenta-se como um saber-fazer adaptado ao modelo de morte rápida, suave e indolor, o que a aproxima da boa morte do movimento dos defensores da eutanásia e do suicídio assistido.
 - (E)** a kalotanásia consiste numa via de possibilidades a serem oferecidas nos cuidados no fim da vida. Essa via é a expressão da filosofia do moderno movimento *hospice*, cujo *ethos* está edificado em uma tripartição: na ritualização do processo de morrer; na compreensão da doença como busca de sentido; e nos princípios da religião budista, adaptados ao saber científico.
- 44** De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Nº 10.741 de primeiro de outubro de 2003, é correto afirmar que
- (A)** apenas à pessoa com idade igual ou superior a 70 (setenta) anos, internada ou em observação, é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
 - (B)** o direito a acompanhante é assegurado à pessoa idosa internada ou em observação, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério da equipe multiprofissional.
 - (C)** à pessoa idosa internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
 - (D)** a pessoa idosa internada ou em observação tem o direito a acompanhante assegurado pelo Estatuto do Idoso, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral ou parcial, conforme disponibilidade da família.
 - (E)** apenas à pessoa com idade igual ou superior a 80 (oitenta) anos, internada ou em observação, é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.



- 45** Em um atendimento psicológico ambulatorial no Complexo Hospitalar Universitário UFPA-EBSERH, a psicóloga residente responsável pelo atendimento ficou em dúvida sobre a prioridade de atendimento dos pacientes agendados. A dúvida dizia respeito ao direito de prioridade entre os pacientes na faixa etária de 60 a 90 anos de idade. A residente entrou em contato com seu preceptor para esclarecer a dúvida e recebeu a informação conforme o que dispõe o Estatuto da Pessoa Idosa. A alternativa correta, responsável por esclarecer a dúvida da residente, é a que considera que
- (A)** não há qualquer prioridade especial estabelecida pelo Estatuto da Pessoa Idosa dentro da faixa etária considerada pela residente, não havendo necessidade de fazer distinção entre pessoas idosas quanto à prioridade de atendimento.
 - (B)** dentre os pacientes acima de 60 anos, a residente deve dar prioridade aos maiores de 80 anos, já que o Estatuto da Pessoa Idosa dispõe que, em todo atendimento de saúde, os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência.
 - (C)** dentre os pacientes acima de 60 anos, a residente não deve dar prioridade aos maiores de 80 anos, já que o Estatuto da Pessoa Idosa dispõe que os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas apenas em casos de emergência, e não no atendimento a nível ambulatorial.
 - (D)** dentre os pacientes acima de 60 anos, a residente deve dar prioridade aos maiores de 70 anos, já que o Estatuto da Pessoa Idosa dispõe que, em todo atendimento de saúde, os maiores de 70 (setenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência.
 - (E)** dentre os pacientes acima de 60 anos, a residente não deve dar prioridade aos maiores de 70 anos, já que o Estatuto da Pessoa Idosa dispõe que os maiores de 70 (setenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas apenas em casos de emergência, e não no atendimento a nível ambulatorial.
- 46** De acordo com o livro de Maria Lívia Tourinho Moretto, *O que pode um analista no hospital?* (MORETTO, 2020), a alternativa correta, no que se refere ao manejo clínico com o paciente terminal, é aquela segundo a qual
- (A)** o analista nada pode fazer em relação ao paciente terminal, uma vez que a morte, na opinião de Freud, é inalisável.
 - (B)** o analista, ainda que o paciente terminal esteja próximo da morte, deve escutar sua demanda como demanda de análise, e não como demanda de apaziguamento de uma suposta angústia de morte.
 - (C)** a demanda do paciente terminal ao analista é a de apaziguar sua angústia de morte, o que pode ser conseguido a partir da relação imaginária entre analista e paciente, uma vez que é a função imaginária a responsável por reforçar a estrutura do Eu.
 - (D)** o que um analista pode fazer com um paciente à beira da morte e que sabe disto é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não toda.
 - (E)** o paciente terminal demanda um Outro que o escute enquanto morre, sendo função do analista intervir na dimensão real, já que é o real da fala que possibilita o apaziguamento da angústia de morte.



- 47** De acordo com Simonetti (2016), a Situação Vital Desencadeante (SVD) diz respeito a um acontecimento de difícil assimilação por parte do sujeito, que deflagra ou ajuda a deflagrar o processo de adoecimento. Um exemplo de SVD é uma separação amorosa ou a perda de um emprego. Em relação à SVD, tal como a concebe Alfredo Simonetti (2016), é correto afirmar que
- (A)** em geral, a melhor estratégia para que o paciente possa “digerir” o acontecimento de difícil assimilação inclui aproximação gradual do tema, expressão das fantasias catastróficas ligadas ao assunto e elaboração de planos a respeito de como lidar com suas consequências.
 - (B)** no trabalho terapêutico com a SVD, é preciso que o paciente concorde que o problema associado a ela foi realmente responsável ou contribuiu para o desencadeamento da doença.
 - (C)** dentre as estratégias para lidar terapêuticamente com a SVD não está incluída a expressão de fantasias catastróficas ligadas ao assunto, uma vez que essa abordagem pode intensificar o humor rebaixado do paciente em internação hospitalar.
 - (D)** na abordagem terapêutica da SVD, a elaboração do acontecimento de difícil assimilação ocorre somente a partir do momento do insight do paciente, que associa o referido acontecimento a seu processo de adoecimento.
 - (E)** no trabalho terapêutico com a SVD, não é necessário que o paciente concorde que o problema associado a ela foi realmente responsável pelo adoecimento, mas sim que contribuiu para o desencadeamento da doença.
- 48** Conforme o livro *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (SIMONETTI, 2016), no que concerne às técnicas de que dispõe a psicologia hospitalar para realizar suas intervenções, é correto afirmar que
- (A)** uma das técnicas de que se vale a psicologia hospitalar é o manejo situacional, o qual reúne as intervenções básicas da psicologia clínica, tais como escuta, associação livre, interpretação e análise da transferência.
 - (B)** a escuta analítica, definida por Simonetti como uma das técnicas da psicologia hospitalar, compreende intervenções como análise institucional, controle situacional e mediação de conflito.
 - (C)** a mediação de conflito, o gerenciamento de mudanças e a psicologia de ligação são exemplos de ações específicas ligadas à psicologia hospitalar, ou seja, geralmente, o psicólogo não faz nada disso em seu consultório.
 - (D)** o manejo situacional engloba intervenções direcionadas à situação concreta que se forma em torno do adoecimento, tais como escuta, associação livre, interpretação e análise da transferência.
 - (E)** a principal técnica da psicologia hospitalar é a escuta analítica, que compreende as intervenções básicas da psicologia clínica, sendo o manejo situacional apenas um instrumento acessório, não constituindo uma técnica da psicologia hospitalar.



- 49** Considere o trecho a seguir: “O hospital é o lugar onde desde o começo se pretendeu que imperasse a ordem médica, e isso não poderia, sob hipótese alguma, ser diferente, pois o hospital é o lugar onde, ao transformar-se em templo moderno da Ciência, através das atividades básicas de assistência ao doente, ensino e pesquisa, se dão também os maiores avanços científicos concernentes à área médica” (MORETTO, 2020). Levando em conta o lugar privilegiado que a medicina ocupa no interior do hospital, no que concerne à distinção entre discurso médico e discurso psicanalítico, é correto afirmar que
- (A)** apesar de haver antinomia entre Psicanálise e Medicina, não se pode falar da Psicanálise que ela se constitui como avesso da Medicina, uma vez que a primeira nasce, ainda que por meio de um desvio, no interior da segunda.
 - (B)** a ordem médica impossibilita a entrada de outros discursos no hospital. Se há psicanálise no hospital, isto se deve à resistência ao discurso médico, pois este, bastando-se a si, produz apenas fenômenos tratáveis pela própria medicina.
 - (C)** diante do ser doente, o objeto de interesse do médico, além da doença, é também sua fala, pois é fato comprovado o papel da subjetividade na vivência e causação da doença orgânica.
 - (D)** o discurso psicanalítico precisa se apropriar do discurso do sujeito e transformar os significantes de sua fala em signos, em sinais psicanalíticos, em nome de uma pretendida objetividade científica e terapêutica.
 - (E)** o discurso médico tem uma função silenciadora, em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada, ao passo que o discurso psicanalítico tem uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito.
- 50** No livro *Sobre a morte e o morrer* (1992), a autora Elizabeth Kübler-Ross tece algumas considerações sobre o manejo terapêutico com doentes em fase terminal. De acordo com o pensamento da autora, é correto afirmar que
- (A)** quando a raiva, o ressentimento e a culpa se apresentam, a família do paciente em fase terminal entra numa fase de pesar preparatório. Nesta, não se deve estimular a família a desabafar o pesar da morte, ficando o início do trabalho de escuta desse pesar para depois da morte consumada.
 - (B)** é mais fácil falar sobre a morte e o morrer com um paciente portador de câncer do que com um cardíaco, já que este último nos preocupa, pois podemos assustá-lo, causando um enfarte, isto é, sua morte.
 - (C)** o tipo de doença terminal que o paciente apresenta não precisa ser levado em conta no manejo terapêutico, haja vista que a escuta do doente em fase terminal lida com a terminalidade, tema universal que abrange todos os seres humanos.
 - (D)** no momento em que o paciente em fase terminal atravessa um estágio de raiva, dificilmente os parentes próximos sentem a mesma reação emocional, sendo muito mais comum uma reação de serenidade por parte da família, pronta a dar suporte emocional ao paciente.
 - (E)** o manejo terapêutico com pacientes em fase terminal não requer do terapeuta certa maturidade, nem um exame detalhado de sua própria posição diante da morte e do morrer, uma vez que seu ofício constitui uma prática científica objetiva.