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 2021

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome:_____ **N.º de Inscrição:** _____

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

PSICOLOGIA

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTES.

1 **Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e 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**, 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 14h e término às 18h**, 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.

13 DE JANEIRO DE 2021

Boa Prova!

SUS

1 J.A.M. buscou compreender melhor sobre a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo, J.A.M. compreendeu como se dá o campo de atuação deste sistema. Quanto ao conhecimento adquirido por J.A.M., é correto afirmar:

(A) A vigilância sanitária é o campo de atuação que busca prevenir, extinguir ou reduzir riscos à saúde do trabalhador por meio de medidas adotadas, considerando os problemas decorrentes dos fatores socioeconômicos.

(B) A vigilância epidemiológica é o campo de atuação que tem como princípio fundamental a prevenção, a eliminação ou a redução dos riscos à saúde, considerando os problemas decorrentes do meio ambiente.

(C) A saúde do trabalhador é o campo de atuação que busca a recuperação e a reabilitação da saúde do trabalhador, para tratar indivíduos com disfunções providas do período ocioso.

(D) As ações que identificam os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva para direcionar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos são provenientes do campo de atuação da vigilância epidemiológica.

(E) A oferta de procedimentos terapêuticos em domicílio, ambulatório e hospital é um campo de atuação da vigilância sanitária.

2 A.P.E. necessitou de serviço de saúde privado e buscou os contratados no Sistema Único de Saúde (SUS). A disponibilidade deste serviço foi possível por seguir o princípio

(A) de imperícia para resolver os serviços de assistência em todos os níveis de assistência.

(B) organizacional dos serviços privados, promovendo a duplicação do que é ofertado no serviço público para a mesma finalidade.

(C) de universalidade, o qual permite acesso aos diferentes serviços de saúde, mesmo quando não oferecidos no serviço público.

(D) de imperícia para resolver os serviços de assistência nos níveis de atenção básica.

(E) de inflexibilidade dos recursos financeiros da União para fins de prestação de serviços privados de assistência à saúde da população.

3 Em relação aos recursos financeiros disponíveis para a área da saúde, os gestores municipais e estaduais precisam compreender que

(A) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera municipal, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.

(B) é necessário existir um Conselho de Saúde, com composição paritária.

(C) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera estadual, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.

(D) tais recursos são independentes da contrapartida de recursos voltados para a área da saúde em seu respectivo orçamento.

(E) é dispensável o controle da aplicação dos recursos por meio de relatórios da gestão.

4 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC atua na elaboração e na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Contudo, em casos que não existem minutas de PCDT em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, necessita-se constituir um Comitê Gestor que terá como atribuição designar um Grupo Elaborador que irá

(A) definir o escopo dos PCDT sem levar em consideração a integração com o Comitê Gestor.

(B) verificar as evidências para formulação da recomendação e discuti-la no Comitê Gestor.

(C) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para atualização dos PCDT.

(D) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para elaboração dos PCDT.

(E) verificar as evidências para formulação de recomendação desconsiderando a opinião do Comitê Gestor.

5 Recentemente, tem sido observado um aumento no número de profissionais da área da saúde infectados com Síndrome Gripal, quadro clínico inicial da COVID-19. Neste sentido, é considerada uma orientação aos profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, para evitar o contágio, é

(A) o uso de contenção respiratória com máscara cirúrgica quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.

(B) a lavagem das mãos com frequência, associada à desinfecção dos objetos e superfície tocados com frequência.

(C) o uso de contenção respiratória com máscara “Peças Faciais Filtrantes 2” (PFF2) em qualquer ambiente, independentemente se os procedimentos terapêuticos produzem aerossóis.

(D) o uso de óculos, luvas, protetor facial, máscara PFF2 e jalecos descartáveis por profissionais que atuem na recepção/triagem, mesmo que mantenham mais de dois metros de isolamento.

(E) que o uso de contenção respiratória não é necessário quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.

6 N.A.J., após atendimento no Sistema Único de Saúde, observou a possibilidade de ocorrerem eventos adversos relacionados à saúde. Contudo, os profissionais que realizaram seu atendimento o alertaram para a existência de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que contribui para qualificar o cuidado em saúde. N.A.J. foi instruído sobre os objetivos específicos do PNSP e compreendeu que

(A) durante as ações de segurança do paciente, os pacientes e os seus familiares devem estar envolvidos.

(B) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de gestão de risco, existem Núcleos de Segurança do Paciente para implantar iniciativas.

(C) as informações relativas à segurança do paciente são de exclusividade dos profissionais da saúde.

(D) durante as ações de segurança do paciente, os familiares não precisam se envolver por haver acompanhamento direto de uma equipe de saúde.

(E) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de Núcleos de Segurança do Paciente, existe gestão de risco para implantar iniciativas.

7 A incorporação de tecnologia em saúde no sistema de saúde público vigente é atribuição do Ministério da Saúde, contando com a assistência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação a esta Comissão, é correto afirmar que

(A) contará com a participação de 1 (um) representante especialista em cada área da saúde, indicado pelo seu respectivo conselho profissional federal.

(B) deverá elaborar um relatório desconsiderando as evidências científicas.

(C) deverá elaborar um relatório considerando a prática clínica dos profissionais de saúde, indicados pelo seu respectivo conselho profissional federal.

(D) no relatório deve ser elaborada uma nova proposta, desprezando o custo-efetividade das tecnologias já incorporadas.

(E) deve ser realizada comparação do custo-efetividade das tecnologias já incorporadas com as novas propostas com base em evidência científica.

8 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) atua na inclusão, na modificação e na retirada de tecnologias em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, compete ao CONITEC

(A) emitir relatórios sobre a composição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de realizar alterações necessárias.

(B) avaliar os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, buscando ofertar assistência psicológica remota aos profissionais da área.

(C) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção terciária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.

(D) retirar tecnologias em saúde que possuem o custo-efetividade por técnicas experimentais, visando à inovação tecnológica no SUS.

(E) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção secundária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.

9 De acordo com a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), são atribuições do Complexo Regulador:

(A) Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação.

(B) Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde.

(C) Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde.

(D) Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência.

(E) Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.

10 Conforme os fundamentos da Rede de Atenção à Saúde, quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, alcança-se a

(A) aceitabilidade dos serviços de saúde.

(B) economia de escala.

(C) qualidade dos serviços de saúde.

(D) suficiência dos serviços de saúde.

(E) comodidade dos serviços de saúde.

11 A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece

(A) que a Atenção Básica é indicada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

(B) as diferenças nos conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, bem como recomenda o uso exclusivo do termo Atenção Básica.

(C) que a Estratégia Saúde da Família é a estratégia secundária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

(D) que a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde familiares e coletivas que envolvem exclusivamente ações de promoção e prevenção, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.

(E) que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.500 a 4.000 pessoas, localizada dentro do seu território.

12 Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, a Atenção Básica é orientada por diretrizes, conforme apresentadas na coluna I. Estabeleça a correta correspondência entre essas diretrizes e os significados/características apresentados na coluna II.

COLUNA I	**COLUNA II**
	( ) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo.
1. Coordenação do cuidado.	( ) Desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.
2. Longitudinalidade do cuidado.	( ) Centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.
3. Cuidado Centrado na Pessoa.	( ) Estimula a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.
4. Participação da Comunidade.	

A sequência correta é

(A) 3, 1, 2, 4.
(B) 1, 2, 4, 3.
(C) 1, 3, 2, 4.
(D) 2, 3, 1, 4.
(E) 2, 1, 3, 4.

13 Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, denomina-se

(A) Convênio com os serviços de saúde.
(B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
(C) Plano Diretor de Regionalização (PDR).
(D) Contratualização dos serviços de saúde.
(E) Transparência dos serviços de saúde.

14 Conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, relacione as colunas a seguir.

COLUNA I	**COLUNA II**
	( ) Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
	( ) Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.
1. Mapa da Saúde.	
2. Comissões Intergestores.	( ) Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.
3. Região de Saúde.	( ) Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.
4. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.	
5. Redes de Atenção à Saúde.	( ) É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos 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 das ações e serviços de saúde.

A sequência correta é

(A) 1, 5, 2, 4, 3.
(B) 1, 5, 4, 3, 2.
(C) 4, 1, 2, 3, 5.
(D) 5, 1, 2, 4, 3.
(E) 4, 1, 3, 2, 5.

15 No contexto da Política Nacional de Humanização, o termo que se refere à abordagem que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia, é denominado

(A) vínculo.
(B) clínica ampliada e compartilhada.
(C) humanização.
(D) acolhimento.
(E) ambiência.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16 De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005), em relação aos princípios de confidencialidade e sigilo profissional, é correto afirmar:

(A) Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Artigo 9º e as afirmações dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão em convicções políticas e morais.
(B) Em caso de quebra do sigilo previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo, o psicólogo poderá prestar quaisquer informações que forem solicitadas.
(C) É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional.
(D) Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas as informações pertinentes aos dados de identificação pessoais necessários para o cumprimento dos objetivos do trabalho.
(E) O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos, compartilhará informações detalhadas sobre o serviço prestado, ficando inteiramente sob a responsabilidade de quem as receber, a preservação do sigilo.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
PSICOLOGIA

17 A Resolução CFP nº 06/2019 institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela psicóloga no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Associe as duas colunas, relacionando-as às diversas modalidades de documentos emitidos pelos psicólogos.

I. Consiste em um documento que, por meio de uma exposição escrita, descritiva e circunstanciada, considera os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida, podendo também ter caráter informativo.

II. É um pronunciamento por escrito, que tem como finalidade apresentar uma análise técnica, respondendo a uma questão-problema do campo psicológico ou a documentos psicológicos questionados.

III. Consiste em um documento escrito que tem por finalidade registrar, de forma objetiva e sucinta, informações sobre a prestação de serviço realizado ou em realização.

IV. Consiste em um documento que certifica, com fundamento em um diagnóstico psicológico, uma determinada situação, estado ou funcionamento psicológico, com a finalidade de afirmar as condições psicológicas de quem, por requerimento, o solicita.

V. É o resultado de um processo de avaliação psicológica, com finalidade de subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda. Apresenta informações técnicas e científicas dos fenômenos psicológicos, considerando os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida.

a – Declaração.
b – Atestado Psicológico.
c – Relatório Psicológico.
d – Laudo Psicológico.
e – Parecer Psicológico.

A associação correta é

(A) I-c; II-e; III-a; IV-d; V-b.
(B) I-c; II-e; III-a; IV-b; V-d.
(C) I-a; II-b; III-c; IV-d; V-e.
(D) I-e; II-a; III-c; IV-b; V-d.
(E) I-d; II-e; III-a; IV-b; V-c.

18 De acordo com as referências técnicas para a atuação de psicólogos nos serviços hospitalares do SUS publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2019, julgue as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F).

( ) O *setting* terapêutico criado pelo psicólogo na atenção a pacientes hospitalizados e/ou seus familiares tem por princípio garantir um espaço para a escuta do sofrimento psíquico sem desconsiderar as interfaces com os processos biológicos e socioculturais que se apresentam naquele momento.

( ) O primeiro contato com o paciente deve acontecer mediante agendamento prévio do atendimento com a realização da entrevista inicial (Busca Ativa ou por solicitação de algum membro da equipe). O Psicólogo coloca-se à disposição numa atitude de interesse e pela resolução dos problemas apresentados naquele momento de fragilidade do paciente/família.

( ) A escuta clínica do psicólogo hospitalar é ampliada a três diferentes grupos de atenção: pessoa assistida, família e instituição. Esta tríade configura um diferencial importante do trabalho da Psicologia dentro das instituições de saúde, em contraponto com a atuação na clínica, pois o foco central no sujeito adoecido ou em sofrimento preconiza um olhar ampliado à família do paciente como extensão dessa dor emocional e uma necessidade de interação efetiva com a equipe de saúde que acompanha o caso.

( ) A rotina de trabalho do psicólogo deve situar a demanda do paciente e estabelecer rotinas nítidas, com protocolos de atendimentos com registros psicológicos escritos nos prontuários com coerência e indicativo do estado emocional, tipo de intervenção, ações junto à equipe e familiares e os resultados obtidos ou que se espera alcançar.

A sequência correta é

(A) V – F – F – V.
(B) V – V – F – F.
(C) F – F – V – V.
(D) V – F – V – F.
(E) V – F – V – V.

19 Embora a palavra *hospital* venha da mesma raiz da palavra *hospitalidade*, vários pacientes não consideram os hospitais como locais muito hospitaleiros. Sobre o processo de hospitalização, de acordo com Straub (2014), e em relação aos principais fatores que afetam a adaptação do paciente à hospitalização, é correto afirmar:

(A) A maneira como o paciente se adapta à experiência hospitalar depende de uma variedade de fatores, incluindo a natureza do problema de saúde, a idade do paciente, a presença de apoio emocional e o estilo cognitivo e as estratégias de enfrentamento do indivíduo.

(B) Os pacientes hospitalizados, de uma forma geral, se adaptam com facilidade à rotina hospitalar, uma vez que devem obedecer rigidamente às regras do hospital, incluindo seus horários para comer, dormir e receber visitas, além de disponibilizar seus corpos para exames e tratamentos.

(C) Pacientes hospitalizados podem apresentar uma variedade de sintomas psicológicos adversos independentes de fatores relacionados à natureza do problema de saúde, à idade do paciente, à presença de apoio emocional e ao estilo cognitivo e às estratégias de enfrentamento do indivíduo.

(D) A visão pessoal da saúde e da doença, chamada de representação da doença, não se constitui como fator que afeta a adaptação do paciente à hospitalização.

(E) A maneira como o paciente se adapta à experiência hospitalar independe da natureza do problema de saúde diagnosticado pela equipe médica.

20 Quanto à avaliação psicológica em contextos de saúde e hospitalar, assinale a alternativa que apresenta o conceito de modelo de avaliação biopsicossocial, sobre o qual a psicologia da saúde se apoia.

(A) Modelo de avaliação que aborda os componentes afetivos, cognitivos e comportamentais no âmbito do paciente, da família, do sistema de saúde e do contexto sociocultural.

(B) Modelo de avaliação que aborda os componentes biológicos (ou físicos), afetivos, cognitivos e comportamentais no âmbito do paciente, da família, do sistema de saúde e do contexto sociocultural.

(C) Modelo de avaliação que aborda elementos como a idade, a raça, o sexo (e a identidade de gênero) e características físicas do paciente. Trata-se de obter uma análise o mais completa possível da compreensão dos sintomas fisiológicos atuais do paciente e de como eles são semelhantes ou diferentes dos sintomas prévios.

(D) Modelo de avaliação que aborda elementos dos vários contextos nos quais o paciente interage – por exemplo, a unidade familiar, o sistema de saúde, com seus vários cenários e provedores, e o ambiente sociocultural, inclusive rede social, bairro de residência (p. ex., se há envolvimento com a comunidade), situação ocupacional e aspectos relacionados à etnia e à bagagem cultural.

(E) Modelo de avaliação que aborda elementos relacionados aos componentes afetivos e aos componentes comportamentais. Os primeiros envolvem a compreensão do comprometimento de humor e afeto atuais, e os componentes comportamentais envolvem o que o paciente está fazendo e a maneira como ele o faz.

21 De uma forma geral, nossa sociedade lida com a morte por meio da tentativa de excluí-la do seu quotidiano. Essa estratégia também se repete no trabalho dos profissionais de saúde. Em muitos casos, o médico resiste em informar ao paciente o seu diagnóstico. Isso pode tomar uma forma explícita, na qual o profissional simplesmente não responde às perguntas dos pacientes, ou uma forma implícita, na qual o médico utiliza muitos termos técnicos que mais ocultam do que transmitem informações. Quanto às principais consequências acarretadas pela dificuldade e resistência em comunicar o estado do paciente, considerando principalmente a gravidade da condição deste, é correto afirmar:

(A) Vários autores destacam o fato de que a dificuldade e a resistência em comunicar o estado do paciente, considerando principalmente a gravidade da condição deste, não estão relacionadas ao medo da morte ou à exclusão das emoções.

(B) A omissão de informação ao paciente pode facilitar a terapêutica indicada nos casos mais graves, uma vez que o paciente acaba colaborando mais quando for necessário realizar tratamentos agressivos que exijam grandes sacrifícios de sua parte.

(C) Essa resistência em informar ao paciente sua verdadeira situação é justificada por uma postura ética dos profissionais de saúde que devem manter uma neutralidade científica, despojada de emoções, com o objetivo de preservar a saúde mental do paciente.

(D) Muitas vezes, para preservar a saúde mental do paciente, se faz necessário que a comunicação de um diagnóstico desfavorável ao paciente seja realizada de forma parcial, encobrindo informações que possam causar intenso sofrimento psíquico ao paciente e ao familiar.

(E) Quando se nega a informação correta ao paciente, não somente se está lhe cerceando um direito, como também promovendo dificuldades em sua terapêutica.

22 O luto antecipatório, por definição, é o processo de luto que ocorre antes da morte. É o que acontece quando, no processo de doença, as perdas já estão sendo vividas antes da morte, tanto pela pessoa quanto pelos familiares. Em pacientes gravemente enfermos, pode-se falar no luto de si próprio, a perda de si, perda da pessoa que se era. Dentro desse contexto, assinale a alternativa que apresenta as dimensões que podem ser consideradas nesse processo.

(A) Relacional; doença; idade; sexo; personalidade e relacionamento.

(B) Profissional; identidade; familiar; saúde; corporais; planos e projetos.

(C) Idade; sexo; personalidade e relacionamento.

(D) Apoio social; relacional; doença e personalidade.

(E) Planos; projetos; idade; sexo e personalidade.

23 A definição de cuidados paliativos evoluiu ao longo dos anos, à medida que o campo foi se desenvolvendo em vários países. Os cuidados paliativos foram definidos tendo como referência a avaliação de um provável diagnóstico e em relação às necessidades especiais da pessoa doente e sua família. Em relação à filosofia dos cuidados paliativos. Julgue as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F).

( ) Os cuidados paliativos visam atingir e manter um nível ótimo de dor, além de administrar os sintomas.
( ) Os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal.
( ) Os cuidados paliativos são aplicáveis no estágio final da doença.
( ) Os cuidados paliativos oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver de forma restrita até o momento da sua morte.
( ) Os cuidados paliativos visam aprimorar a qualidade de vida.

A sequência correta é

(A) V – F – F – V – V.
(B) V – V – F – V – V.
(C) V – V – F – F – V.
(D) F – F – V – V – F.
(E) F – F – V – V – V.

24 Para Bousso e Poles (2009), não há soluções mágicas para proporcionar o morrer com dignidade, mas caminhos a serem buscados. O cuidado ao paciente no fim da vida envolve diversos aspectos relacionados às dimensões física, psicológica, social, espiritual e familiar. Para que a morte digna ocorra, são necessários alguns fatores. Quanto aos fatores essenciais para proporcionar o morrer com dignidade, analise os itens seguintes.

I. Controle efetivo da dor e dos sintomas de desconforto físico (fadiga, dispneia, problemas gastrointestinais).
II. Preparo do paciente e da família para a morte.
III. Tomada de decisão baseada na visão da equipe e não do paciente e da família, considerando que são os profissionais de saúde que possuem conhecimento técnico-científico.
IV. Melhoria da qualidade de vida durante o processo de morrer.
V. Oferecimento de perspectivas de esperança ao paciente e à família sobre o prognóstico e tratamento, mesmo que a gravidade da condição do paciente seja desfavorável.

Estão corretos

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

25 Cassorla (2009) apresenta o seguinte paradoxo do suicídio: por que o ser humano que vive aterrorizado pela consciência de sua finitude pode buscar, conscientemente, a morte? A incompreensão que certas pessoas que tentam suicídio recebem em unidades de saúde, sendo hostilizadas e ridicularizadas por equipes de saúde despreparadas, indica que estas equipes captam o componente agressivo e por vezes manipulativo do ato, ignorando sua complexidade e o fato de que o paciente está, de alguma forma, pedindo ajuda. Quanto aos comportamentos variados que levam à morte, analise as afirmativas seguintes.

I. As pessoas que falam que vão se matar ou que tentam chamar atenção, uma vez que não há uma busca convicta pelo fim da vida.
II. Comportamentos variados que levam à morte, muitas vezes, são sentidos como sedutores em certos indivíduos: uso de álcool e drogas, velocidade e perigo, colocar-se em situações arriscadas, sexo sem cuidados, riscos à saúde e à vida.
III. Em alguns casos, os comportamentos variados que levam à morte são fruto da necessidade de o ser humano negar sua fragilidade, imaginando-se tão poderoso que pode desafiar a morte e derrotá-la.
IV. O fato de as pessoas, por vezes, buscarem a morte através do suicídio nos obriga a pensar que, na verdade, não é a morte (aniquilamento) que elas procuram, mas sim uma fuga do sofrimento insuportável. E o suicida se mata para escapar desse sofrimento insuportável.
V. Não é recomendado falar sobre suicídio com pessoas que apresentam comportamentos variados que levam à morte, pois isso pode aumentar o risco.

Estão corretas

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

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
PSICOLOGIA

26 Na prática hospitalar, a intervenção psicológica junto ao paciente internado se diferencia de outros espaços onde o psicólogo atua. Quanto às características pertinentes ao trabalho do psicólogo em hospitais, é correto afirmar:

(A) O atendimento psicológico junto ao paciente hospitalizado não tem como objetivo principal levar o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e ao alívio de seus sintomas, uma vez que a intervenção psicológica é direcionada para o atendimento das questões emocionais que envolvem estritamente a doença e a internação.

(B) Uma característica importante é o tempo disponível para atendimento, visto que o paciente internado só poderá receber alta após a finalização do tratamento psicológico. Esse tempo varia com a duração da internação, que pode ser dias, semanas ou meses, dependendo da gravidade e/ou da cronicidade do caso.

(C) Na prática hospitalar, a intervenção psicológica junto ao paciente internado cumpre objetivos específicos. Primeiramente, busca viabilizar uma passividade no processo de hospitalização, oferecendo ao enfermo melhores condições para aliviar a relação com a doença; minimizar ansiedades, medos e expectativas irreais frente à enfermidade, quando existem.

(D) No ambiente hospitalar, o psicólogo se deparará com espaço físico agitado, domínio médico; ambiente onde, dificilmente, existe privacidade para um atendimento psicológico, não só pelo número de pacientes internados nas enfermarias, como também pelas frequentes interrupções de outros profissionais que seguem com sua rotina.

(E) A relação dos pacientes com a hospitalização, os componentes envolvidos e o modo como ela irá acontecer dependem principalmente dos recursos da própria instituição hospitalar, mais do que do repertório de recursos pessoais que trazem de suas próprias vivências, como visão de mundo, história de vida, estrutura familiar, religiosidade, espiritualidade, entre outros.

27 Segundo Simonetti (2016), o termo “paciente difícil”, tão comum nas enfermarias dos hospitais, não se refere a um paciente cuja doença exija tanto da equipe médica quanto da técnica; esse se denomina, na verdade, um caso grave, e designa o paciente que tem problemas de relacionamento, seja porque está sempre de cara fechada, não querendo conversar com ninguém, seja porque é muito crítico ou sarcástico com os que cuidam de sua saúde, como médicos, enfermeiras ou familiares. O paciente difícil é protótipo da pessoa na posição de _____, embora alguns pacientes na posição de _____também possam receber esse rótulo.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

(A) Enfrentamento; revolta.

(B) Negação; depressão.

(C) Revolta; negação.

(D) Depressão; revolta.

(E) Revolta; depressão.

28 Sobre *delirium*, considera-se uma ampla variação nas estimativas de prevalência e de incidência, dessa síndrome. Fato este que acontece devido à própria dificuldade na identificação dos casos. Porém, nos últimos anos, ocorreu uma crescente melhora na qualidade das pesquisas, dado o emprego crítico de critérios para diagnóstico. Quanto à temática, é correto afirmar:

(A) O *delirium* em instituição residencial é pouco frequente, visto que nestes locais pouco são utilizadas medicações deliriogênicas ou não acolhem paciente com doença grave.

(B) Estudos sobre paciente com *delirium* em Pronto-Socorros chamam a atenção para o subdiagnóstico frente à necessidade do treinamento do corpo clínico dessas instituições.

(C) Referentemente à avaliação e ao consequente diagnóstico do paciente com *delirium* em unidade de terapia intensiva, direcionam-se a pacientes que não estão em uso de ventilação mecânica.

(D) Nos pacientes em pós-operatório imediato de transplante de órgãos, talvez por influência de sua preparação rigorosa para ser submetido à abordagem, a incidência de *delirium* é baixa.

(E) Em indivíduos idosos que no período pré-operatório se achavam sem prejuízo cognitivo, *delirium* pós-operatório não será associado a um pior prognóstico.

29 Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu mais recente documento Suicide Prevention: a global imperative, o suicídio é o ato deliberado de tirar a própria vida (WHO, 2014). De acordo com Shneidman (1985), existem fatores que necessitam ser combinados para que haja suicídio, que são:

(A) Restrição das tarefas do dia a dia, sensação de isolamento intenso, desesperança ou sentimento de dor intolerável.

(B) Fácil acesso a métodos suicidas, desesperança ou sentimento de dor intolerável, história familiar de suicídio ou outros transtornos psiquiátricos.

(C) Restrição de tarefas do dia a dia, doença psiquiátrica, tentativa prévia de suicídio.

(D) Sensação de isolamento intenso somado com doença psiquiátrica, tentativa prévia de suicídio.

(E) Sensação de isolamento intenso, doença psiquiátrica, restrição de tarefas do dia a dia.

30 Falar de morte com criança envolve uma compreensão sobre a faixa etária em que ela a mesma se encontra, bem como de que maneira será acessada essa informação. De acordo com a literatura, é na faixa etária de 5 a 7 anos que a criança adquire compreensão da ideia concreta de morte. Esta compreensão envolve 4 componentes, que são:

(A) Irreversibilidade (a morte não é temporária); universalidade/inevitabilidade (todos os seres vivos vão morrer); não funcionalidade (a morte cessa todo o funcionamento do corpo); causalidade (envolve o porquê de a morte ter ocorrido).

(B) Irreversibilidade (a morte não é temporária); vivência de todos (todos os seres vivos vão morrer); não funcionalidade (a morte cessa todo o funcionamento do corpo); lugar (envolve compreensão espiritual).

(C) Irreversibilidade (a morte não é temporária); universalidade/inevitabilidade (todos os seres vivos vão morrer); não funcionalidade (a morte cessa todo o funcionamento do corpo); lugar (envolve compreensão espiritual).

(D) Inevitabilidade (a morte não é temporária); universalidade (todos os seres vivos vão morrer); não funcionalidade (a morte cessa todo o funcionamento do corpo); lugar (envolve compreensão espiritual).

(E) Irreversibilidade (a morte não é temporária); vivência de todos (todos os seres vivos vão morrer); não funcionalidade (a morte cessa todo o funcionamento do corpo); causalidade (envolve o porquê de a morte ter ocorrido).

31 De acordo com Queiroz (2010), além de quadros clínicos de ansiedade ou angústia, pacientes diagnosticados com aids podem manifestar reação depressiva, reação com distúrbios predominantes de conduta e reação com distúrbios mistos de emoções e conduta. Em relação aos sintomas predominantemente observados no atendimento a pacientes em crise, é correto afirmar:

(A) A reação menos frequente é a depressiva, caracterizada por intenso sentimento de tristeza, baixa autoestima, pessimismo, desesperança, além de experiências de perda e abandono.

(B) Reações maniformes são aquelas em que os pacientes exteriorizam intensos sentimentos persecutórios, percebendo-se como alvo de maldições, azares, castigos e outros.

(C) A negação da realidade e a adoção de atitudes arrogantes, de desprezo e indiferença ao adoecimento e aos cuidados médicos são denominadas de reações paranoides.

(D) A possibilidade de sintomas mentais estarem acompanhados de síndromes neurológicas é pouco comum, uma vez que quadros clínicos psico-orgânicos ou organocerebrais ocorrem em menos de 10% dos pacientes diagnosticados com aids.

(E) Reações histeriformes podem ser observadas não somente com manifestações dissociativas e conversivas, mas também com raros estados crepusculares, sendo necessária a intervenção da psiquiatria.

32 Leia o texto a seguir, extraído de uma revista de circulação nacional, à época do surgimento da epidemia da aids.

> *[...] Sem causa esclarecida, a AIDS é uma avassaladora desordem do sistema imunológico às defesas do organismo. Enfraquecido, o organismo sucumbe a infecções. Além disso, a AIDS é sempre acompanhada de uma pneumonia grave ou de uma variedade de câncer. A maioria de suas vítimas, tanto nos Estados Unidos (1.071, ou 71,1% dos pacientes) como no Brasil (os três casos confirmados), são homossexuais — um grupo que, aqui como lá, prefere não admitir a doença. Parece ter sido o caso do estilista Markito.*
> (Revista IstoÉ, 15/06/1983)

A respeito da mudança de paradigma relacionado à infecção pelo HIV, é correto afirmar:

(A) A partir da introdução da terapia antirretroviral altamente potente, em meados dos anos 90, a doença aids modificou-se de uma enfermidade inevitavelmente mortal, conhecida como “peste gay”, para uma condição de saúde potencialmente crônica, incompatível com a vida.

(B) Apesar do advento das novas tecnologias, os pacientes hemofílicos continuam a figurar como grupo de risco para a infecção pelo vírus HIV.

(C) Nos últimos anos, observa-se a diminuição da taxa de transmissão do HIV entre as populações de faixa etária mais avançada, possivelmente, em virtude da piora na expectativa e na qualidade de vida da população idosa.

(D) Entre as modificações ocorridas no perfil epidemiológico da aids ao longo dos séculos, citam-se: heterossexualização e feminilização da doença, interiorização para regiões do país antes não atingidas e avanço da infecção entre indivíduos de baixa renda.

(E) Com o advento dos tratamentos altamente eficazes, o momento do diagnóstico positivo para HIV deixou de ser desencadeador de uma situação de crise.

33 De acordo com o CFP – Conselho Federal de Psicologia (2008), as ações desenvolvidas pelos profissionais psicólogos, no âmbito de atendimento a Pessoas que Vivem com HIV/aids(PVHA), devem:

(A) Ser pautadas não somente em aspectos técnicos e científicos da profissão, mas, sobretudo, em princípios ético-políticos que visem garantir a atenção à saúde, principalmente das pessoas mais vulneráveis.

(B) Ignorar a identificação de vulnerabilidades, violação, defesa e promoção dos direitos humanos.

(C) Respeitar a preservação da intimidade, sendo o profissional psicólogo responsável pela decisão de indicar quais informações devem permanecer em sigilo, para quem informar o diagnóstico de HIV/aids ou outros aspectos envolvidos no cuidado.

(D) Estar inseridas em duas dimensões: a atuação na formulação de políticas e programas e a avaliação e o acompanhamento das ações.

(E) Respeitar o direito de acesso à informação da pessoa sobre sua saúde, possibilitando o exercício da cidadania e a participação passiva no cuidado de si mesmo.

34 No que diz respeito às competências necessárias para o trabalho do profissional psicólogo no campo de IST/aids, é correto afirmar:

(A) A formação para trabalhar com PVHA deve ser pautada em capacitações teórico-práticas, sendo dispensável a inclusão de uma análise crítica a respeito do desenvolvimento da epidemia no país e no mundo, dos programas de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo das décadas.

(B) O profissional deve trabalhar com a noção de vulnerabilidade, tendo clareza de que não existem grupos de risco predispostos à infecção, mas comportamentos e situações de risco e vulnerabilidade, passíveis de serem praticados por qualquer pessoa.

(C) O profissional deve ter conhecimento sobre as dificuldades psíquicas decorrentes e/ou que possam estar associadas à infecção pelo HIV, bem como daquelas relacionadas ao processo particular de estar no mundo, encaminhando o paciente ao psiquiatra para realização de diagnósticos diferenciais.

(D) O profissional deve ser facilitador do processo de protagonismo das pessoas, adotando atitudes de suspensão de julgamento dos conteúdos trazidos, principalmente valorações de cunho moral ligadas à sexualidade e à intimidade, exaltando a noção de que profissionais e pacientes são iguais em todos os aspectos da relação que estabelecem.

(E) O profissional tem como núcleo de atuação a psicoterapia, a avaliação psicológica e os grupos terapêuticos, não sendo sua responsabilidade atividades que incluem a prevenção e a promoção da saúde, tais como ações educativas.

35 Segundo o “Manual de Referências Técnicas para a prática do Psicólogo(a) nos Programas de DST e aids” (CFP, 2008), a prevenção pode ser dividida em três níveis de intervenção. Relacione os tipos de prevenção com as intervenções que podem ser desenvolvidas pelo psicólogo.

A. Prevenção Primária.	1. Aconselhamento pré e pós-teste.
B. Prevenção Secundária.	2. Intervenções na comunidade para o enfrentamento do preconceito e da discriminação.
C. Prevenção Terciária.	3. Escuta psicológica.

A associação correta é

(A) A-1, B-2, C-3.

(B) A-1, B-3, C-2.

(C) A-2, B-1, C-3.

(D) A-3, B-2, C-1.

(E) A-3, B-1, C-2.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
PSICOLOGIA

36 De acordo com Bartilotti (2007), uma das possibilidades de atuação do profissional de Psicologia em urgências diz respeito ao atendimento em situações de intercorrências no ciclo gravídico puerperal. Dentre elas, pode-se destacar o atendimento psicológico em óbito fetal. Acerca do assunto, marque verdadeiro (v) ou falso (F) nas afirmativas seguintes.

( ) Quando um óbito ocorre, as equipes de saúde geralmente adotam posturas que viabilizam a expressão do luto dos pais e/ou familiares, através de atitudes de aproximação, que auxiliam significativamente a assistência, tão essencial àqueles que estão em processo de elaboração psíquica de uma perda.

( ) Podem ser consideradas propostas terapêuticas para elaboração do luto dos pais determinadas atitudes da equipe, tais como: permitir que visitem o recém-nascido, toquem-no, caso queiram, sugerir que lhe atribuam um nome, que organizem um funeral e recolham o máximo de lembranças possíveis.

( ) É importante garantir a continuidade do acompanhamento psicológico materno em ambulatório após a ocorrência do óbito fetal, uma vez que há a possibilidade de esse evento desencadear diferentes quadros psicopatológicos.

( ) A intensidade e a duração da dor são proporcionais à convivência dos pais com a criança, portanto, se a perda gestacional ocorre logo no início, a angústia decorrente do óbito será atenuada, em virtude de o filho nunca ter estado efetivamente presente no cotidiano dos pais.

A sequência correta é

(A) F – F – V – V.
(B) F – V – F – V.
(C) V – F – F – F.
(D) F – V – V – F.
(E) V – V – V – F.

37 No que diz respeito ao atendimento psicológico de urgência/emergência no ciclo gravídico-puerperal (Chiattone, 2007), correlacione a primeira coluna com a segunda.

1. Transtornos Depressivos.	( )	Condição causadora de intensa angústia para pais, profissionais e familiares. O papel do psicólogo neste tipo de intercorrência é, essencialmente, o auxílio no reestabelecimento do vínculo entre mãe e bebê e dos pais com a equipe de saúde.
2. Disforia do pós-parto.	( )	Fenômeno bastante comum e essencialmente fisiológico, que geralmente não compromete o funcionamento social e a relação mãe-bebê. Os sintomas de remissão espontânea sugerem que não há necessidade de tratamento específico, cabendo ao psicólogo, entretanto, a avaliação individualizada, pois a persistência de sintomas pode ser sugestiva de possibilidade de agravamento do quadro.
3. Nascimento Prematuro.	( )	São especialmente frequentes em mulheres com antecedentes de perda gestacional, assim como história clínica de abortos espontâneos. No planejamento terapêutico, reações de luto normais ou de sintomatologia grave e antecedentes psiquiátricos devem ser considerados como fatores de risco.
4. Aborto.	( )	O atendimento psicológico envolve pais e bebês, objetivando a melhora da interação, auxilio na reaproximação, compreensão e discriminação de seu filho, além do trabalho no conflito entre o bebê real e o imaginário.
5. Má-formação fetal.	( )	Geralmente é visto pela sociedade como um luto injustificado, embora encontre-se vivo e presente na fantasia materna. O acompanhamento psicológico deve envolver três aspectos: acolhimento e escuta empática; ajuda na transformação de um projeto de vida numa lembrança saudável; auxílio na elaboração do sentimento de culpa.

A sequência correta é

(A) 3 – 2 – 1 – 5 – 4.
(B) 5 – 4 – 3 – 2 – 1.
(C) 2 – 3 – 4 – 5 – 1.
(D) 3 – 5 – 1 – 2 – 4.
(E) 5 – 2 – 3 – 1 – 4.

38 O puerpério, período que se inicia logo após o nascimento do bebê, é considerado uma fase bastante vulnerável à ocorrência de crises maternas, em virtude, possivelmente, das profundas mudanças desencadeadas pelo parto. De acordo com Rosenberg (2007), os transtornos psíquicos da puerperalidade podem ser classificados como:

(A) Baby blues, tristeza materna e disforia materna.

(B) Psicose puerperal, transtorno obsessivo-compulsivo e disforia materna.

(C) Depressão pós-parto, baby blues, ansiedade generalizada.

(D) Tristeza materna, depressão puerperal e psicose puerperal.

(E) Psicose puerperal, maternity blues, ansiedade social.

39 Em relação ao estigma e à adesão ao tratamento para HIV/aids, é correto afirmar:

(A) Os estigmas relacionados à infecção pelo HIV resultam em discriminação, preconceito e isolamento das pessoas que convivem com o vírus, podendo ser considerados fatores importantes na limitação de apoio social e na assistência ao indivíduo HIV Positivo.

(B) O medo de conhecer sua condição sorológica e as preocupações com o estigma envolvendo a aids ainda não influenciam na busca pela testagem para HIV nos serviços de saúde.

(C) Em virtude da eficácia das terapias antirretrovirais atuais, falhas terapêuticas deixaram de ser consideradas agravantes que prejudicam o tratamento.

(D) A partir do entendimento de que o HIV pode ser considerado uma doença crônica, o preconceito e a discriminação em função do diagnóstico positivo tornaram-se praticamente inexistentes.

(E) Em relação ao impacto do diagnóstico sobre famílias, parceiros e/ou cuidadores, pouco se percebe a influência do estigma refletida na rejeição social por conviver com alguém que vive com aids e, quando acontece, essa condição cessa após o óbito da vítima.

40 Com base no documento “Referências Técnicas para a prática do Psicólogo nos Programas de DST e aids” (CFP, 2008), a respeito da sistematização das atividades desenvolvidas pelo Psicólogo em Centros de Referência em IST/aids, é correto afirmar:

(A) As principais intervenções do psicólogo na atenção primária são: Grupos de adesão ao tratamento; Avaliação Psicodiagnóstica; Acompanhamento Terapêutico; Trabalhos de interconsulta.

(B) No atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids na atenção terciária, a atuação do psicólogo difere da assistência que este profissional oferece aos demais pacientes internados em unidades de cuidados intensivos ou pronto atendimento.

(C) Na atenção secundária, o profissional deve estar apto a garantir à população a qualidade das ações de acolhimento, educação em saúde em sala de espera, aconselhamento, comunicação de parceiros sexuais e formas de utilização dos insumos de prevenção, sendo, portanto, estas atividades consideradas privativas do psicólogo.

(D) O mapeamento de grupos mais vulneráveis ao HIV faz parte das ações de prevenção às IST/aids, porém, é facultado ao profissional de Psicologia aptidão para colaborar com a sua execução.

(E) Trabalho de interconsulta, grupos de adesão ao tratamento, participação na elaboração do Plano Terapêutico Individual (PTI) e assistência em cuidados paliativos são ações consideradas interdisciplinares e multiprofissionais.

41 No que diz respeito às vulnerabilidades presentes no contexto de atendimento às pessoas vivendo com HIV (CPF, 2008), assinale V (verdadeiro) ou F (falso) nas afirmativas seguintes.

( ) a abordagem ao adolescente vivendo com HIV/aids deve objetivar, dentre outras estratégias: bom suporte psicológico no momento do diagnóstico, participação/apoio familiar e envolvimento do adolescente na construção de seu plano de tratamento.

( ) Parte das mulheres recebe o diagnóstico de HIV no decorrer do pré-natal ou através do adoecimento de seus filhos. Muitas vezes, a testagem é realizada sem aconselhamento e orientação, desconsiderando a necessidade da mãe em receber também cuidados adequados.

( ) Em casos de violência sexual, o centro de Referência em IST/aids deverá dispensar abordagem adequada para ISTs, bem como anticoncepcional de emergência, sendo garantido o atendimento psicológico durante e após a interrupção da gravidez, ou, se for o caso, no pré-natal da vítima.

( ) A maioria das mulheres diagnosticadas com HIV está em idade fértil, devendo ser assegurado a elas direitos sexuais e reprodutivos, bem como aconselhamento acerca das alternativas mais seguras de exercer o direito à gravidez.

A sequência correta é

(A) V – V – V – V.
(B) V – V – F – F.
(C) V – F – V – V.
(D) F – V – F – V.
(E) F – F – V – F.

42 Acerca do atendimento e da avaliação psicológica de pacientes em unidade de terapia intensiva e dos tipos de delirium, considere a seguinte descrição: “configura-se por episódios de hipersonolência, diminuição tanto da expressão motora quanto da afetiva, com prejuízo na realização do diagnóstico”. Essa descrição refere-se ao Delirium

(A) Hiperativo.
(B) Hipoativo.
(C) Misto.
(D) Grau I.
(E) Grau II.

43 Em relação à atuação com paciente comatoso, logo sem interação e comunicação verbal ou não verbal, o psicólogo possui atribuições claras sobre intervenção, como:

(A) Suporte psicológico diretamente com os familiares e equipe, frente à impossibilidade do diálogo com o paciente.
(B) Atuação com paciente durante a visitação com familiares (terapeuta-paciente; terapeuta-familiar).
(C) Atuação diretamente com o paciente de forma clara, acolhedora, trazendo informações seguras sobre o ambiente, bem como durante as visitas familiares e discussão em equipe da UTI.
(D) Atuação restrita aos familiares e apenas com paciente que tenha interação com o meio/outro.
(E) atuação voltada para grupos com familiares diante da impossibilidade de suporte ao paciente.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
PSICOLOGIA

44 A Psicologia Pediátrica, nome dado ao estudo de crianças e adolescentes pela ciência psicológica, encontra vários desafios diante da atuação hospitalar frente a demandas clínicas que interferem diretamente na abordagem e no seguimento do acompanhamento profissional sistemático. Diante dos desafios da Psicologia Pediátrica hospitalar, em relação à atuação do profissional psicólogo, é correto afirmar:

(A) A atuação do psicólogo hospitalar em pediatria ocorre em nível ambulatorial, de modo a manter sigilo profissional e proteção da criança diante das demandas que possam emergir.

(B) A atuação ocorre via ambulatorial e em unidades de internação, objetivando avaliar e acompanhar demandas associadas ao neurodesenvolvimento da criança antes da chegada ao hospital e seu adoecimento, desconsiderando o meio e interações ambientais que possam acontecer, para melhor intervenção e análise.

(C) A atuação psicológica pediátrica é direcionada à criança e aos seus familiares, anteriormente à avaliação do meio multiprofissional que acompanha o paciente, de modo a não ocorrer interferência externa na avaliação psicológica.

(D) A atuação no contexto hospitalar pediátrico perpassa pelo acompanhamento da criança e de seus familiares, com base na tríade tratamento, doença e hospitalização em que devem ser consideradas todas as etapas da avaliação no sentido de compreender manifestações psicológicas do paciente e identificar repercussões que interfiram nas relações com familiares e equipe de saúde.

(E) A atuação do profissional se direciona ao acompanhamento de crianças que estejam com desenvolvimento da linguagem preservado e em interação com o profissional psicólogo.

45 O acompanhamento psicológico com os cuidadores do paciente pediátrico se faz necessário para a melhor compreensão do adoecimento e seu sucesso ou insucesso do tratamento e suas implicações. De acordo com a OMS, existem determinantes no processo de adesão que se caracteriza por ser multidimensional, dentre elas encontram-se:

(A) Fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença; fatores do tratamento; fatores socioeconômicos; fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde.

(B) Fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença; fatores do tratamento; fatores sociais; fatores relacionados ao núcleo familiar.

(C) Fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença; fatores do tratamento; fatores familiares e; fatores relacionados à equipe de saúde.

(D) Fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença; fatores do tratamento; fatores socioambientais.

(E) Fatores relacionados ao paciente; fatores do tratamento; fatores sociais; fatores relacionados à equipe de saúde; fatores relacionados aos familiares.

46 O tempo de permanência na UTI pode gerar um conjunto de prejuízos na vida do indivíduo e dos familiares. Algumas alterações na esfera neurocognitiva podem ocorrer e ser consideradas como síndrome pós-UTI, ocasionando repercussões psíquicas graves que demandam um olhar diferenciado do profissional psicólogo. Assinale a síndrome que **NÃO** é exemplo dessas alterações.

(A) Estresse pós-traumático (TEPT), caracterizado por fuga de lembranças relacionadas ao evento traumático, pensamentos de humor negativo, comportamento autodestrutivo e distúrbio do sono.

(B) Ansiedade, caracterizada por sensação de tensão, medo de que algo aconteça, preocupações passadas e futuras e inquietação.

(C) Depressão com uma alta frequência em pacientes cirúrgicos, caracterizada por perda da vontade de realizar atividades habituais, ausência ou redução do sentimento de felicidade, lentificada e perda da expectativa de diversão.

(D) Qualidade do sono prejudicada, ocorrendo de 28% até 50% dos pacientes que saíram de uma internação em UTI após 12 meses de alta.

(E) Transtorno de humor relacionado à bipolaridade, com oscilações de polarização, alternando em mania e episódios depressivos após alta da UTI.

47 De acordo com o diagnóstico de delirium, faz-se de extrema importância a diferenciação entre esta e as demais alterações que podem confundir e dificultar esse diagnóstico. Quanto ao assunto, é correto afirmar:

(A) Demência e delirium compartilham de uma caracterização de distúrbio global das funções cognitivas, porém não podem coexistir no mesmo paciente, especialmente idoso.

(B) Delirium implica um prejuízo na memória de curta e longa duração associado com um distúrbio de pensamento e julgamento, com outros distúrbios das funções corticais superiores, ou com mudança de personalidade.

(C) Demência se configura uma desordem transitória, que raramente dura mais de um mês.

(D) Delirium é uma condição médica aguda, ou uma exacerbação aguda de uma doença física crônica ou toxicidade por droga, o que requer uma investigação imediata e um manuseio apropriado.

(E) O discurso do paciente com delirium tende a ser empobrecido, enquanto o do paciente com demência tende a ser incoerente e desorganizado.

48 Os cuidados paliativos têm como princípios oferecer qualidade de vida ao paciente, obtendo princípios norteadores para seu embasamento de aplicação. A atuação em cuidados paliativos também se faz presente em unidades de terapia intensiva, de acordo com a temática e o aspecto comunicação e reação equipe, familiar e paciente. Sobre a atuação do psicólogo, é correto afirmar que o profissional deve:

(A) Avaliar a condição clínica do paciente e se é válida a comunicação do prognóstico a este, de modo que não ocorra piora clínica e desistência da vida.

(B) Reconstruir novos valores do paciente na fase atual de vida vivenciado, bem como favorecer a aproximação com sua rede familiar e social extensa.

(C) Em casos de pensamentos de morte, manejar o discurso sobre estes, para que não tome proporções maiores e favoreça e abra espaço para falar sobre a vida e o viver.

(D) Avaliar e acolher decisões e dúvidas do paciente, para que ele se torne ativo no processo de tratamento e adoecimento; acolher medos e fantasias, bem como pensamentos sobre a morte.

(E) Aplicar os processos de cuidados paliativos diante do esgotamento das medidas curativas, proporcionando cuidados associados ao final de vida do paciente.

49 Luto e unidade de terapia intensiva são palavras associadas devido ao ambiente acolher e cuidar de paciente graves em que a morte se torna um medo real. O luto é considerado um sentimento de tristeza profunda, causada pela morte de alguém. Em relação ao luto, é **INCORRETO** afirmar:

(A) De acordo com Bowlby (1990), que fala sobre apego e formação de vínculo, o luto ocorre quando há o rompimento de um vínculo emocional, de um investimento afetivo existente entre a pessoa e o que se foi, ocasionando urgência no organismo e necessidade de um ajuste para o alcance da homeostase emocional.

(B) Horowitz (1980) diz que luto complicado é a intensificação do luto até o ponto em que a pessoa se sente sobrecarregada, recorre a um comportamento mal adaptado ou permanece interminavelmente em um estado de luto, sem progressão do processo em direção a seu término.

(C) Kenneth Doka (2002) refere que o luto não reconhecido é aquele em que as perdas não podem ser abertamente apresentadas, socialmente válidas ou publicamente pranteadas.

(D) O luto é uma vivência contínua frente a diversos eventos que impõem um ciclo de rompimento e de reconstrução ao longo da vida. Independentemente das especificidades de cada perda, o luto é um fenômeno multifacetado que envolve várias dimensões. Implica alteração do sono e do apetite, falta de ar, perda de interesse sexual, dentre outros.

(E) Entorpecimento, anseio e busca, desorganização e desespero e em seguida restituição da vida são etapas importantes de serem vivenciadas para a elaboração do luto, as quais acontecem de forma linear.

50 Um dos cuidados encontrados em unidades de terapia intensiva são o uso de ventiladores mecânicos (VM) como estratégia de promover as trocas gasosas e aliviar o trabalho da musculatura respiratório. Contudo, algumas implicações perpassam por essa temática. Quanto a essas implicações, é correto afirmar:

(A) A VM tem caráter de salvar vidas, mas também está associada a elevados níveis de ansiedade e de sofrimento, pois poucas experiências causam mais ansiedade que a dificuldade em respirar ou respirar insatisfatoriamente.

(B) Em casos de ventilação mecânica e uso de sedação, a atuação do psicólogo é destinada ao familiar durante as visitas, pois ocorre uma situação de crise ao ver o paciente intubado.

(C) Nesse momento de uso de ventilação mecânica, a permanência do familiar é imprescindível para gerar conforto e apoio, sendo avaliada pela equipe de forma benéfica nesses casos.

(D) O uso de sedação é prejudicial para a ansiedade diante do uso da ventilação mecânica, possibilitando fatores de risco para crises de ansiedade após extubação.

(E) Em uso de ventilação mecânica e procedimento invasivo de intubação, são restritas as medidas de intervenção farmacológicas como estratégias para minimizar a ansiedade.