



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Oncologia);
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Saúde do Idoso);
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico;
Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Mulher e da Criança

PSICOLOGIA

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Assinatura

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz
 - (A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
 - (B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
 - (D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui
 - (A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.
 - (B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.
 - (C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.
 - (D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
 - (E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)
 - (A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.
 - (B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.
 - (C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
 - (D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e média complexidade do sistema.
 - (E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

- 4.** Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
- (A)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
 - (B)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
 - (C)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
 - (D)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
 - (E)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.
- 5.** Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
- (A)** coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
 - (B)** realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
 - (C)** adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
 - (D)** monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
 - (E)** manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.
- 6.** Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
- (A)** União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
 - (B)** Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
 - (C)** duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento para os trabalhadores do SUS.
 - (D)** política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
 - (E)** políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.
- 7.** Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
- (A)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (B)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (C)** propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
 - (D)** promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
 - (E)** apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas
- (A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
 - (B) formar consórcios administrativos interestaduais.
 - (C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
 - (D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
 - (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.
9. Está correto afirmar que
- (A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
 - (B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
 - (C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
 - (D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartite.
 - (E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está
- (A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
 - (B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
 - (C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
 - (D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
 - (E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, as seguintes atividades:
- (A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
 - (B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

- 12.** A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como
- (A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
 - (B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
 - (C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
 - (D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
 - (E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- 13.** Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)
- (A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
 - (B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
 - (C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
 - (D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
 - (E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- 14.** O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)
- (A) municipal.
 - (B) municipal estadual e federal.
 - (C) municipal e estadual.
 - (D) estadual e federal.
 - (E) municipal e federal.
- 15.** A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é
- (A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
 - (B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
 - (C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
 - (D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
 - (E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

ÁREA ESPECÍFICA

- 16.** De acordo com Rudnicki (2014), a Psicologia da Saúde é
- (A) diferente da psicologia clínica, pois seu foco é a saúde física relacionada a aspectos comportamentais e emocionais.
 - (B) semelhante à psicologia clínica, pois a intervenção prioriza algum transtorno psicológico.
 - (C) uma denominação equivalente à Psicologia Hospitalar, pois o foco de ambas restringe-se ao ambiente do hospital.
 - (D) diferente da psicologia clínica, pois seu foco são os transtornos psicológicos no ambiente hospitalar.
 - (E) semelhante à psicologia clínica, pois a intervenção é voltada para os transtornos psicológicos relacionados à saúde física.
- 17.** Segundo o modelo biopsicossocial em saúde (Straub, 2014), pode-se afirmar que o tratamento das doenças deve levar em consideração conjuntamente o(a)
- (A) equilíbrio entre quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma.
 - (B) interação entre os fatores genético, atitudinal e contexto social.
 - (C) equilíbrio entre o corpo microcósmico e o mundo macrocósmico.
 - (D) interação entre a abordagem de fatores individuais e corporais.
 - (E) interação entre fatores genéticos e psicossomáticos.
- 18.** Em anos recentes, a psicologia descobriu que fatores psicossociais podem influenciar a saúde não apenas negativamente, mas também positivamente (Straub, 2014). Assim, uma pessoa diagnosticada com câncer tem maior probabilidade de respostas positivas com relação à sua saúde e à qualidade de vida se a intervenção psicológica estimular
- (A) maior envolvimento social, menor curiosidade em relação à doença maior senso de controle com relação ao tratamento e baixa crença de ser capaz de realizar as ações necessárias ao tratamento.
 - (B) maior envolvimento social, maior curiosidade em relação à doença, menor senso de controle com relação ao tratamento e elevada crença de ser capaz de realizar as ações necessárias ao tratamento.
 - (C) menor envolvimento social, menor curiosidade em relação à doença, menor senso de controle com relação ao tratamento, e elevada crença de ser capaz de realizar as ações necessárias ao tratamento.
 - (D) maior envolvimento social, maior curiosidade em relação à doença maior senso de controle com relação ao tratamento e elevada crença de ser capaz de realizar as ações necessárias ao tratamento.
 - (E) menor envolvimento social, menor curiosidade em relação à doença, menor senso de controle com relação ao tratamento e baixa crença de ser capaz de realizar as ações necessárias ao tratamento.
- 19.** Se o epidemiologista deseja saber quantas pessoas apresentam doença coronariana, de um modo geral, ele deve examinar as taxas de _____. Entretanto, se ele quiser determinar a frequência com a qual a doença coronariana é diagnosticada, deve verificar as taxas de _____. Os termos que completam as lacunas do enunciado são, respectivamente,
- (A) mortalidade e morbidade.
 - (B) prevalência e incidência.
 - (C) morbidade e mortalidade.
 - (D) incidência e prevalência.
 - (E) prevalência e morbidade.
- 20.** As ações adotadas para identificar e tratar a doença ou deficiência ainda no começo são exemplos de _____, enquanto as ações adotadas para conter ou retardar danos, uma vez que a doença já tenha progredido além de seus estágios iniciais, são exemplos de _____. As expressões que completam as lacunas do enunciado são, respectivamente,
- (A) prevenção primária e prevenção terciária.
 - (B) prevenção primária e prevenção secundária.
 - (C) prevenção terciária e prevenção primária.
 - (D) prevenção secundária e prevenção primária.
 - (E) prevenção secundária e prevenção terciária.

- 21.** As lições mais importantes da Psicologia da Saúde (Straub, 2014) dizem que
- (A) comportamentos/hábitos, fatores sociais e psicossociais interferem na saúde; a saúde é basicamente responsabilidade do governo e dos profissionais de saúde; é mais fácil prevenir do que mudar estilos de vida insalubres; aprender a manejar o estresse é essencial para o bem-estar físico, psicológico e emocional.
 - (B) saúde e doença não são simples questões de genética; a saúde é basicamente de nossa própria responsabilidade; é mais fácil mudar estilos de vida insalubres do que preveni-los; aprender a manejar o estresse é essencial para o bem-estar físico, psicológico e emocional.
 - (C) saúde e doença não são simples questões de genética; a saúde é basicamente responsabilidade do governo e dos profissionais de saúde; é mais fácil mudar estilos de vida insalubres do que preveni-los; o estresse está nos olhos de quem o vê.
 - (D) comportamentos/hábitos, fatores sociais e psicossociais interferem na saúde; a saúde é basicamente de nossa própria responsabilidade; é mais fácil prevenir estilos de vida insalubres do que mudá-los; aprender a manejar o estresse é essencial para o bem-estar físico, psicológico e emocional.
 - (E) comportamentos/hábitos, fatores sociais e psicossociais interferem na saúde; a saúde é basicamente de nossa própria responsabilidade; é mais fácil mudar estilos de vida insalubres do que preveni-los; o estresse está nos olhos de quem o vê.
- 22.** A eficácia dos diferentes tratamentos para a dor – farmacológico, estimulação elétrica, cirurgia, terapia física e terapia cognitivo-comportamental - depende do problema. Porém, as investigações na área (Straub, 2014) demonstram que, para o controle da dor crônica funciona(m) melhor
- (A) a terapia cognitivo-comportamental, já que a dor é de natureza mais subjetiva.
 - (B) a combinação de terapia cognitivo-comportamental com analgésico e terapia física.
 - (C) os fármacos, pois a dor é de natureza essencialmente física.
 - (D) as terapias físicas, a fim de que o paciente não fique viciado em analgésicos.
 - (E) a combinação de analgésico com terapia física.
- 23.** De acordo com o modelo transacional de Lazarus, a avaliação cognitiva é um fator fundamental no estresse (Straub, 2014). Desta forma, é correto afirmar que, na reavaliação, a pessoa
- (A) avalia suas capacidades de enfrentamento para determinar se serão adequadas.
 - (B) começa a ver o evento de um modo mais positivo.
 - (C) avalia qual o tipo de evento, se é irrelevante, benigno ou desafiador.
 - (D) atualiza sua percepção do sucesso ou fracasso ao enfrentar um desafio ou ameaça.
 - (E) avalia os recursos de enfrentamento disponíveis para enfrentar o desafio.
- 24.** Estudos que começam com a identificação de um grupo de participantes saudáveis e com testes e re-testes desses indivíduos durante um período de tempo, para estabelecer se determinada condição, como vida sedentária ou dieta com teor elevado de gordura, está relacionada com uma consequência posterior para a saúde, tal como o câncer ou doenças cardiovasculares, são exemplos de
- (A) estudos de caso.
 - (B) estudos de caso-controle.
 - (C) estudos prospectivos.
 - (D) estudos sobre o curso de vida.
 - (E) estudos de levantamento.
- 25.** A terapia cognitiva é um dos recursos de manejo do estresse e consiste em
- (A) aumentar a capacidade fisiológica e psicológica para enfrentar o estresse.
 - (B) ajudar pessoas a enfrentarem a dor por meio de sugestões.
 - (C) mudar a forma de pensar a respeito do ambiente, para reduzir o nível de estresse.
 - (D) auxiliar o indivíduo a pensar de forma mais positiva, aumentando os recursos físicos, cognitivos e sociais das pessoas.
 - (E) utilizar técnicas de relaxamento para facilitar a utilização de estratégias de enfrentamento positivas.

26. As campanhas de saúde são divididas em programas de bem-estar no local de trabalho, campanhas de educação e intervenções comportamentais. Sobre a campanha de educação para saúde (Straub, 2014), é correto afirmar que

- (A) são intervenções planejadas envolvendo a comunicação, que promovem o aprendizado de comportamentos mais saudáveis.
- (B) as campanhas educacionais “dose única” normalmente são eficazes para a mudança de hábitos de saúde.
- (C) envolve a oferta de incentivos, como descontos em seguro de saúde, bônus financeiro ou outros prêmios.
- (D) aumentam a probabilidade de que uma pessoa mude suas crenças, quando utilizam mensagens amedrontadoras.
- (E) utilizam as técnicas de modelagem e economia de fichas para favorecer a adesão ao tratamento.

27. O modelo bioecológico proposto por Bronfenbrenner (Cerqueira-Silva et al., 2011) constitui uma das alternativas promissoras para investigação do processo de saúde-doença, uma vez que

- (A) analisa e compreende os diferentes contextos de vida, incluindo a diversidade de trajetórias do indivíduo no curso de vida.
- (B) considera o hospital como um macrosistema de desenvolvimento.
- (C) enfatiza a relação unidirecional entre pessoa e ambiente, as características da pessoa e o tempo histórico e cultural.
- (D) os processos de desenvolvimento são considerados em sua natureza individual.
- (E) os ruídos, as informações da televisão, a disposição do mobiliário, as cores em um ambiente podem favorecer o desenvolvimento de patologias.

28. De acordo com Almeida e Malagris (2011), a Psicologia Hospitalar

- (A) estuda os aspectos psicológicos em torno do adoecimento, resgatando a singularidade do paciente, suas emoções, crenças e valores.
- (B) estuda as relações assistenciais e seu foco é a terapêutica.
- (C) é a especialidade médica das enfermidades etiologicamente determinadas por fatores emocionais.
- (D) entende que uma grande parcela das doenças que afetam o homem decorre, principalmente, de comportamentos disfuncionais.
- (E) tem como principal objetivo de estudo as relações humanas no contexto médico.

29. O grande desafio da Psicologia da Saúde no século XXI é ajudar as pessoas a adotar e manter mudanças em seu estilo de vida, de tal forma a prolongar a vida com qualidade. Segundo Straub (2014), quatro tendências principais em saúde pública, psicologia e medicina contribuíram para moldar este desafio. São elas:

- (A) crescimento da mortalidade; aumento de doenças resultantes de infecções virais ou bacterianas; necessidade de um modelo psicossocial; rápido aumento nos custos dos serviços de saúde.
- (B) aumento na expectativa de vida; aumento de doenças resultantes do estilo de vida; necessidade de um modelo mais abrangente de saúde/doença; rápido aumento nos custos dos serviços de saúde.
- (C) aumento na expectativa de vida; aumento de doenças resultantes de infecções virais ou bacterianas; necessidade de um modelo mais abrangente de saúde/doença; redução nos custos dos serviços de saúde.
- (D) aumento na expectativa de vida; aumento de doenças resultantes do estilo de vida; necessidade de um modelo psicossocial; rápido aumento nos custos dos serviços de saúde.
- (E) crescimento da mortalidade; aumento de doenças resultantes do estilo de vida; necessidade de um modelo mais abrangente de saúde/doença; redução nos custos dos serviços de saúde.

30. O enfrentamento refere-se às formas cognitivas, comportamentais e emocionais de administrar situações estressantes. De acordo com Straub (2014), o enfrentamento focalizado no problema consiste em

- (A) transformar o evento estressor em algo positivo.
- (B) mudar a maneira como o estressor é avaliado ou negar informações desagradáveis.
- (C) enfrentar o estresse através de uma visão otimista do evento.
- (D) enfrentar diretamente a situação, reduzindo as demandas ou aumentando a capacidade de lidar com o estressor.
- (E) aliviar o estresse temporariamente a curto prazo.

31. Cerqueira-Silva et al. (2011) afirmam que as pesquisas futuras sobre a relação entre genética e ambiente no desenvolvimento humano devem ir além de simplesmente perguntar “se” e “quanto” os fatores genéticos influenciam o comportamento, porque

- (A) os genes não influenciam o comportamento.
- (B) os fatores contextuais têm supremacia.
- (C) os genes influenciam o comportamento.
- (D) ambos, fatores ambientais e genéticos, são insuficientes para explicar a relação saúde-doença.
- (E) ambos, fatores ambientais e genéticos, são fundamentais para a estruturação do ser humano.

32. A dor clínica, aquela que requer alguma forma de tratamento médico, é um tópico complexo, pois tem natureza multidimensional, envolvendo questões objetivas e subjetivas. Clínicos e pesquisadores desenvolveram diversas maneiras de avaliá-la. Se um profissional de saúde observa sistematicamente um paciente durante procedimentos de rotina, buscando por sinais de dor, está usando medidas _____. Se aplica um questionário no paciente para identificar a intensidade de sua dor, está empregando medidas de _____. Os termos que completam as lacunas do enunciado são, respectivamente,

- (A) psicofisiológicas e de auto-avaliação.
- (B) comportamentais e psicofisiológicas.
- (C) psicofisiológicas e comportamentais.
- (D) de auto-avaliação e comportamentais.
- (E) comportamentais e de auto-avaliação.

33. A dificuldade dos pacientes para aderir aos tratamentos de saúde é um dos desafios importantes a ser enfrentado pelos profissionais, além de acarretar custos financeiros, sociais e, principalmente, para a própria saúde do paciente. Diversos fatores afetam a adesão ao tratamento. Nesse sentido, é correto afirmar, conforme Straub (2014), que:

- (A) características dos indivíduos, tais como expectativas otimistas, atrapalham a adesão ao tratamento.
- (B) a percepção que o paciente tem de estar no controle do tratamento aumenta a adesão, quer o tratamento ocorra em casa ou no hospital.
- (C) a habilidade do profissional para informar o paciente sobre o tratamento aumenta a chance de adesão.
- (D) o nível de complexidade do tratamento não interfere na adesão, pois esta depende do indivíduo.
- (E) a confiança do paciente no profissional é uma variável que não interfere na adesão ao tratamento.

RASCUNHO

- 34.** Entre as reações psicológicas que pacientes em pós-operatório podem manifestar, destacam-se a apatia e letargia. Quanto a este quadro, é INCORRETO afirmar que
- (A) essas reações podem ser atribuídas ao fato de o paciente, em sua tentativa de controlar o medo excessivo, inibir a função mental e cair em estado letárgico.
 - (B) esses quadros podem passar despercebidos pela equipe de assistência, mesmo em situações de apatia e letargia acentuadas.
 - (C) a apatia e letargia não se relacionam com fatores emocionais e são consideradas como eventos esperados após procedimentos cirúrgicos em alguns pacientes.
 - (D) quando o paciente retorna ao seu estado normal, mesmo que este seja irritado, queixoso, ansioso, a mudança é sempre percebida como alívio por parte da equipe.
 - (E) o paciente pode apresentar os movimentos e as conversas voluntárias podem ser mínimas, quando o quadro é mais profundo, e o paciente tende também a perder o interesse, mesmo por coisas básicas, como aparência, alimentação e diálogo.

35. Sobre a depressão no paciente em pós-cirúrgico, julgue as afirmativas a seguir verdadeiras ou falsas.

- I A depressão é considerada doença crônica grave e está presente na maioria dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de grande porte, necessitando de intervenção imediata do psicólogo.
- II A agressividade, da qual o paciente é muitas vezes inconsciente, está sempre presente e ativa nas depressões.
- III Um fator muito significativo para o desencadeamento de depressões reativas no paciente em pós-operatório são justamente os conflitos e as vivências experimentados no período que antecedeu o procedimento, isto é, no pré-operatório, como exemplo o estresse e a ansiedade do paciente.
- IV A melhor alternativa para evitar a depressão é o psicólogo atuar de modo preventivo, ainda nos atendimentos ambulatoriais, a fim de minimizar os efeitos do estresse e da ansiedade no paciente e favorecer a diminuição de reações depressivas no pós-operatório.
- V O objetivo principal no diálogo com esses pacientes é tratar a depressão crônica, auxiliando-os a descobrir, redirecionar e mobilizar sua agressividade para o objeto real.

A sequência que expressa o julgamento correto das afirmativas é

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

RASCUNHO

36. Uma das questões bioéticas mais importantes para a discussão sobre a assistência de pacientes gravemente enfermos, com doenças que ameaçam a vida, é a morte com dignidade. Quanto a esta questão, analise as afirmativas abaixo.

- I A escolha da forma de morrer torna-se um fator primordial para garantir a dignidade na morte e põe em pauta a discussão sobre eutanásia e distanásia.
- II A distanásia pode ser simbolizada na figura de um paciente com câncer terminal que se encontra na UTI com diversos aparelhos para manutenção da vida.
- III A ortotanásia é a condição em que há a intenção de minimizar o sofrimento com o apressamento da morte, por meio da benevolência e, portanto, do alívio da dor, caracterizando a morte digna.
- IV Sobre o encerramento da própria vida, a lei não tem o que dizer, pois é uma decisão de fórum íntimo, vinculado a determinantes pessoais e religiosos. Se pensarmos em assistência no processo de morrer, aí sim, se trata de questão legal, porque está envolvida uma proposta homicida, mesmo que com cláusulas piedosas.
- V O que se torna mais complicado no ambiente hospitalar não é a morte em si, mas a agonia e os dramas até que ocorra a morte de fato. É aí que mora a tentação de aliviar o sofrimento com a própria morte. Este fato pode estar diretamente relacionado às intervenções que prolongam a vida sem preocupações com sua qualidade.

Estão corretas as afirmativas

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

37. Sobre as perdas do paciente e da família e a comunicação nos momentos de morte e limite, julgue as afirmativas a seguir verdadeiras ou falsas, com base nas reflexões de Kovacs (2003).

- I A família é considerada como unidade de cuidado e também percorre alguns estágios de adaptação diante do diagnóstico de uma doença grave e fatal, sendo eles: choque, realização da situação e da possível perda e reorganização da vida em novos patamares.
- II Autores apontam que as famílias que passam por situações críticas, como o luto pelo adoecimento de um ente querido, podem apresentar problemas econômicos, dificuldades de comunicação, interdições e bloqueios, assim como brigas e confusões entre seus membros.
- III Um dos principais receios de familiares e equipe é em relação à notícia ao paciente do diagnóstico da doença e seu mau prognóstico, fato este que é minimizado por conduções apropriadas de conversas da equipe com a família, a fim de poupar o paciente de mais sofrimento.
- IV A “conspiração do silêncio” consiste no isolamento do paciente, pela família, quanto ao conhecimento de sua doença.
- V As crianças devem participar dos momentos difíceis enfrentados na família, seja como membro que está sofrendo a perda de um dos pais ou irmãos, seja ela quem está morrendo. Há uma tendência social de exclusão das crianças desses processos, o que geralmente ocasiona conflitos futuros.

A sequência que expressa o julgamento correto das afirmativas é

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

RASCUNHO

- 38.** O movimento de cuidados paliativos está fortemente conectado à busca da rehumanização do processo de morrer. Quanto a esse paradigma de cuidado, é INCORRETO afirmar que
- (A) entre seus princípios estão não apressar nem adiar a morte e integrar aspectos psicológicos, sociais e espirituais nos cuidados aos pacientes.
 - (B) os cuidados ativos são aqueles que têm como objetivo principal a cura e os paliativos que se iniciam quando os cuidados ativos são interrompidos porque a cura não é mais possível, por essa razão estes estão vinculados aos cuidados no fim da vida.
 - (C) vários fatores incentivaram o desenvolvimento dos cuidados paliativos pelo mundo, entre eles os sobreviventes e órfãos de guerra, que impulsionaram o trabalho com enlutados e as teorias sobre o luto.
 - (D) atualmente sente-se a necessidade de ampliação do escopo do atendimento em cuidados paliativos, como a idosos doentes, pacientes com AIDS e com outras doenças degenerativas.
 - (E) uma das principais limitações dos serviços ou programas de cuidados paliativos está relacionada ao atendimento de pacientes geriátricos, devido a suas comorbidades e sintomatologias diversas e de difícil trato, que acabam não sendo bem tratadas no hospital.

39. Quanto aos possíveis distúrbios psicopatológicos e de comportamento do paciente internado em CTI, analise as afirmativas a seguir.

- I É evidente as dificuldades das equipes de CTI para lidar com pacientes que apresentam distúrbios psicopatológicos e de comportamento neste ambiente e muitas intervenções acabam por agravar essas dificuldades, causando sérios problemas para equipe e paciente.
- II Os quadros que mais mobilizam a equipe são os que apresentam sintomas produtivos acrescidos de agitação psicomotora e torpor.
- III As psicoses exógenas são quadros gerados por mudanças metabólicas ou fisiológicas do corpo, que podem apresentar sintomas complementares, como alterações de comportamento, senso-percepção, humor, alterações de consciência do Eu, entre outros.
- IV As possíveis causas de psicoses exógenas no CTI podem ser quadros infecciosos, septicemias, obstrução hepática, entre outros.
- V Nos casos de alterações psicopatológicas e de comportamento no CTI, cabe ao psicólogo intervir apenas no diagnóstico diferencial para esclarecimento da equipe.

Estão corretas as afirmativas

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

RASCUNHO

40. O modo como se encara a morte traz informações importantes para a compreensão dos rituais e formas de seu enfrentamento. Estes aspectos são fundamentais na preparação do profissional de saúde que lida em seu cotidiano com esta realidade. Com relação aos diversos modos de lidar com a morte ao longo dos tempos, Kovacs (2003) apresenta os estudos do historiador Philippe Ariès. Com base nestes estudos, julgue as afirmativas a seguir verdadeiras ou falsas.

- I O historiador se detém a compilar a análise de documentos sobre as diversas formas de enfrentamento da sociedade ocidental diante da morte ao longo de séculos e como estes modos de enfrentamento são influenciados pelo tecido cultural de certas fases da história.
- II Na mentalidade da morte interdita, priva-se o homem do seu próprio processo de morrer naturalmente, desenvolvendo-se o estilo de morrer no hospital. A morte é vista como fracasso, acidente, sinal de impotência ou imperícia da equipe médica.
- III A não ocorrência de manifestações de sentimentos e expressão de emoções intensas, como o choro intenso, raiva ou medo, são características do período conceituado como “a morte domada”.
- IV A “conspiração do silêncio” aparece no cenário social analisado como um modo de enfrentamento característico da morte selvagem.
- V Recursos como embalsamento, maquiagem e arrumação dos corpos para que pareçam vivos são disfarces da morte que se apresentaram como modos de sua interdição com o principal objetivo de eliminá-la da superfície aparente.

A sequência que expressa o julgamento correto das afirmativas é

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

41. O hospital é uma instituição que, no geral, segue o modelo biomédico, curativo, adotado pela medicina tradicional. É neste contexto que o psicólogo hospitalar é chamado a intervir, atuando de forma particular e criando um novo paradigma ao ver o ser humano como um todo. Quanto à forma de atuação do psicólogo hospitalar, é INCORRETO afirmar que

- (A) procura entender e tratar os aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento.
- (B) trata o adoecimento no registro do simbólico, pela via da palavra do sujeito.
- (C) tem como objetivo fazer emergir a subjetividade do paciente, para que, a partir daí, possa ajudá-lo a atravessar o adoecimento.
- (D) tem como objetivo alcançar a cura do paciente.
- (E) utiliza a escuta analítica e o manejo transferencial como recurso técnico.

RASCUNHO

- 42.** Sobre avaliação e diagnóstico psicológico no ambiente hospitalar, Simonetti (2004) afirma que
- I o diagnóstico situacional aponta para uma visão panorâmica da vida do paciente, porém enfatiza as áreas diretamente relacionadas à doença, com o objetivo de mapear os pontos da vida diária do paciente que dificultam o enfrentamento da doença.
 - II a doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa que tudo o mais perde a importância ou passa a girar em torno dela e, a partir desse evento, o paciente passa a ser envolvido por posições específicas de negação, depressão, revolta e enfrentamento da situação vivida, posições que são dinâmicas e podem ser variáveis durante o processo.
 - III ao psicólogo hospitalar importa apropriar-se da condição orgânica do paciente sob seus cuidados, seja para favorecer maior aproximação ao abordar um tema que é o foco de sua atenção naquele momento seja para utilizar como dado na elaboração de diagnóstico diferencial.
 - IV o diagnóstico transferencial irá avaliar as relações que o paciente estabelece a partir de seu lugar no adoecimento, considerando que o adoecer é um processo psicológico, assim como é uma condição biológica.
 - V tanto a solicitação quanto a demanda de atendimento psicológico podem ser realizadas pelo próprio paciente, pela equipe de saúde e/ou pela família.

Estão corretas as afirmativas

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

43. De acordo com Simonetti (2004), em relação à terapêutica utilizada no contexto hospitalar é FALSO afirmar que

- (A) o paciente poderá simbolizar o sofrimento e dissolver a angústia pela via da palavra.
- (B) a estratégia está relacionada ao plano de ação e a técnica está relacionada à forma pela qual o psicólogo intervém e maneja as situações ocorridas no hospital.
- (C) tanto a estratégia quanto a técnica devem ser adequadas a cada situação clínica, compreendidas como instrumentos determinados, aplicados de fora sobre um objeto.
- (D) o psicólogo não pode ser responsabilizado pela reação do sujeito frente à doença e ao adoecimento, considerando-se que esta mudança depende do tempo de cada sujeito, o que é algo subjetivo.
- (E) o encerramento do tratamento psicológico no contexto hospitalar ocorre quando o motivo que gerou a demanda psicológica cessa.

RASCUNHO

44. Verifica-se, no contexto hospitalar, uma necessidade cada vez maior do conhecimento básico acerca das medicações de que os pacientes fazem ou podem fazer uso durante o processo de hospitalização, sendo apresentadas várias justificativas, de acordo com Simonetti (2004), para defender a apropriação desse saber pelo profissional da Psicologia. Com base nessas informações, é FALSO afirmar que

- (A) a familiaridade do psicólogo com termos técnicos e jargões utilizados no hospital favorece a comunicação, integração e proporciona uma melhor inserção deste profissional junto aos demais membros da equipe de saúde.
- (B) a busca pelo conhecimento acerca das medicações utilizadas pelo paciente pode auxiliar na compreensão do processo psicológico do paciente, avaliando-se se determinado sintoma, por exemplo, pode ser resultado direto da doença, um traço da personalidade do paciente ou ainda do uso de determinada substância farmacológica.
- (C) a capacitação do profissional de Psicologia sobre farmacologia e sobre o vocabulário utilizado no ambiente hospitalar assumir a tarefa de explicar ao paciente acerca de interações medicamentosas e efeitos colaterais ocasionados pelo uso das medicações.
- (D) o conhecimento sobre a medicação utilizada pelo paciente permite a identificação de doenças psíquicas e/ou psiquiátricas, como surtos psicóticos, quadros depressivos, entre outras, facilitando a realização de diagnóstico diferencial.
- (E) a construção de um diálogo mais próximo com a medicina é favorecida pela apropriação, por parte do psicólogo, do conhecimento acerca das medicações utilizadas no tratamento do paciente, permitindo que este profissional possa sair do lugar externo, apenas da crítica ao modelo biomédico.

45. As unidades de tratamentos intensivos são locais que acolhem pacientes com vários tipos de patologias, que apresentam quadros clínicos, em geral, graves ou com risco de complicações e até de morte. Segundo Leal e Ribeiro (2011), pode-se afirmar que

- I o paciente crítico é aquele que possui comprometimento sistêmico que pode levar à falência de órgãos, que depende dos cuidados de unidades intensivas, cuja gravidade do quadro clínico requer cuidados especializados e ininterruptos, devido ao elevado risco de óbito.
- II a UTI é um local onde se busca o restabelecimento orgânico, mas que ao mesmo tempo pode desencadear o desequilíbrio psíquico devido à rotina intensa, à apreensão constante e ao risco de morte, fatores que afetam tanto o paciente quanto os familiares, assim como os profissionais que compõem a equipe de assistência à saúde.
- III considerando-se a UTI como o lugar onde a urgência fisiológica e a tecnologia superespecializada assumem a cena principal, o paciente, na UTI, vive, de forma recorrente, o desamparo, o medo do inesperado e da desestabilização. Diante deste cenário, surge a necessidade do trabalho desenvolvido pela Psicologia, que, a partir da escuta específica e diferenciada, dá lugar à expressão de desejos, angústias, fantasias, visando à reinstituição da pessoa à posição de sujeito.
- IV a possibilidade de estimular a equipe a perceber suas dificuldades em lidar com situações críticas, por meio do acolhimento interdisciplinar, em momentos paralisantes ou de grande angústia, visando ao fortalecimento emocional do profissional, está entre os objetivos do psicólogo na UTI.
- V o acolhimento psicológico, a psicoterapia breve e de emergência, a intervenção em crise, a avaliação psicológica, a clarificação e pontuação de sentimentos e percepções estão entre as técnicas utilizadas pelo psicólogo na UTI.

Estão corretas as afirmativas

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

46. Ao discorrer acerca da atuação da Psicologia, Gorayeb e Col (2015) discutem sobre o dano psicológico que atinge pacientes que vivenciam a experiência da internação em UTI, descrevendo sintomas que podem, inclusive, contribuir para que o tempo de permanência nessas unidades seja prolongado. Tais sintomas caracterizam a chamada “síndrome de cuidados intensivos”. De acordo com os autores, esta síndrome pode ser definida por

- (A) sentimento de desamparo diante da experiência de solidão provocada pelo isolamento e afastamento dos familiares, aos quais não é permitido a permanência como acompanhantes.
- (B) sensação de medo e ameaça diante de procedimentos invasivos e sons/ruídos recorrentes provocados por equipamentos de monitorização.
- (C) alterações de humor, de sono e de apetite.
- (D) flutuação dos níveis de consciência, desorientação, delírios, alucinações e alterações de comportamento.
- (E) sensação de morte iminente provocada pela proximidade de outros pacientes graves e pela observação de situações de emergência e de óbitos.

47. Os pacientes internados em centro de terapia intensiva, devido às especificidades do seu quadro crítico de saúde, geralmente apresentam limitação em sua capacidade de comunicação em razão do uso de analgesia, da sedação, da ventilação mecânica, entre outros, o que interfere significativamente no atendimento psicológico de formato tradicional. Entre os objetivos do atendimento psicológico de pacientes submetidos à terapia intensiva não está a

- (A) realização de avaliação, considerando-se aspectos como estado psicológico, compreensão do diagnóstico e prognóstico, reações emocionais diante da internação e da doença, adaptação à hospitalização e necessidades individuais durante a internação.
- (B) aplicação de testes psicológicos de personalidade, objetivando definir diagnóstico.
- (C) psicoeducação sobre equipamentos, dispositivos e doença.
- (D) psicoterapia.
- (E) facilitação da comunicação com familiares e equipe.

48. Quanto à definição de papel do psicólogo hospitalar junto à equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva, segundo Gorayeb e Col (2015), NÃO cabe ao psicólogo hospitalar a(o)

- (A) participação durante as visitas multidisciplinares ao leito.
- (B) realização de observações acerca de aspectos psicoafetivos dos pacientes e dos familiares, baseadas nas avaliações psicológicas de cada caso.
- (C) orientação da equipe sobre as melhores estratégias de interação com pacientes e familiares.
- (D) a proposição e a realização do acompanhamento psicológico continuado junto aos profissionais da equipe de saúde.
- (E) o fornecimento de material didático, em discussão de equipe, que aborde temas relacionados à humanização no atendimento, manejo de estresse profissional e interação interdisciplinar.

49. Sabe-se que o ambiente hospitalar é frequentado por inúmeros profissionais, de diferentes saberes, que trabalham buscando um único objetivo, qual seja o de recuperar a saúde do paciente, porém o espaço público e compartilhado muitas vezes se configura adverso para a prática da terapia psicológica. Considerando-se esse fator, é INCORRETO afirmar que

- (A) o psicólogo hospitalar, diante do modelo tradicional de assistência à saúde e da restrição de espaços físicos específicos nas instituições, não costuma dispor de lugar específico para realizar seus atendimentos, o que muitas vezes impossibilita uma assistência adequada ao paciente.
- (B) o tempo destinado ao atendimento psicológico irá depender das condições clínicas do paciente.
- (C) a realização do atendimento psicológico deve estar adequada às rotinas hospitalares, em relação às quais o psicólogo deve, na medida do possível, criar condições de privacidade, silêncio e ética.
- (D) o objetivo do atendimento psicológico hospitalar é específico, buscando-se auxiliar o paciente a lidar com os aspectos psicológicos que envolvem a doença.
- (E) o profissional da psicologia deve sair da postura passiva e receptiva, aguardando ser procurado pelo paciente, e ir em busca deste, onde ele estiver, colocando-se inclusive em constante interação e proximidade com a equipe multiprofissional, o que viabiliza o seu acionamento verbal para intervir.

50. Simonetti (2004) descreve o ato de diagnosticar um paciente como “o instante de ver, seguido pelo tempo de entender, que leva ao momento de intervir, não necessariamente nessa ordem, mas necessariamente interligados”. Considerando-se o conceito de diagnóstico defendido pelo autor, é INCORRETO afirmar que

- (A) na psicologia hospitalar o diagnóstico consiste no conhecimento da situação existencial e subjetiva do paciente e sua relação com a doença.
- (B) o psicólogo hospitalar deve realizar o diagnóstico do paciente tanto pela nomenclatura da doença quanto, principalmente, por uma descrição abrangente dos processos que influenciam e são influenciados pela doença.
- (C) o diagnóstico consiste na maneira de trabalhar as informações obtidas durante a relação terapêutica com o paciente, na construção de um mapa a partir desses dados para então analisá-lo e decidir qual melhor caminho a seguir como tratamento proposto.
- (D) o diagnóstico é uma hipótese de trabalho e não uma verdade absoluta.
- (E) na psicologia hospitalar a abordagem realizada com fins de formulação de um diagnóstico também já deve ser considerada uma intervenção terapêutica.

RASCUNHO