



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 3

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

PSICÓLOGO

DATA: 14/12/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - Este caderno (**TIPO 3**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 3) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.***OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
- Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
- No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, já que é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- Para cada uma das questões, são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
- Reserve os 30 (trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados.
- Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
- O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h (três horas)** do início da respectiva prova.
- O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIAS UESPI – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA - PSICÓLOGO
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



Nº DE INSCRIÇÃO					



QUESTÕES GERAIS

- 01.** De acordo com a Resolução RDC nº 63/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os serviços de saúde devem organizar-se com base em um conjunto de boas práticas fundamentadas na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Essa resolução se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

São boas práticas para os serviços de saúde constantes nessa resolução:

- I. Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.
- II. O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas.
- III. As rotinas administrativas e assistenciais devem estar atualizadas, porém não há necessidade de registro documental, desde que as práticas sejam conhecidas pelas equipes.
- IV. Os dados que compõem o prontuário pertencem ao serviço de saúde, de modo que os pacientes e familiares não podem ter acesso às informações registradas nesse dispositivo.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

Texto para as questões **02** e **03**.

A Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Essa resolução tem como objetivo promover e apoiar a adoção de práticas seguras, a prevenção de incidentes e a melhoria contínua da qualidade nos processos assistenciais. Uma das atribuições do NSP é a vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

- 02.** Nesse contexto, os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em:

- a) até 24 horas a partir do ocorrido.
- b) até 48 horas a partir do ocorrido.
- c) até 72 horas a partir do ocorrido.
- d) até 7 dias a partir do ocorrido.
- e) até 60 dias a partir do ocorrido.

- 03.** Compete ao NSP:

- I. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente, deixando o monitoramento dos seus indicadores a cargo dos líderes de áreas dos serviços de saúde.
- II. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.



- III. Compartilhar e divulgar de forma restrita à direção do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos, a fim de preservar o sigilo institucional.
- IV. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

04. O protocolo de Identificação Correta do Paciente foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2013. Para esse documento legal, a identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Quais ações são necessárias para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados?

- a) Usar pelo menos três identificadores em pulseira branca padronizada, colocada no leito do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- b) Usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- c) Usar pelo menos o nome completo do paciente em pulseira padronizada pelo serviço, podendo ser de qualquer cor, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- d) Usar pelo menos dois identificadores em pulseira padronizada pelo serviço, podendo ser de qualquer cor, colocada no leito do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- e) Usar pelo menos três identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.

Texto para as questões **05, 06 e 07.**

A administração de medicamentos é um processo complexo e essencial à segurança do paciente, que envolve de forma integrada diferentes profissionais de saúde. Cada etapa, desde a prescrição, dispensação, preparo, até a administração e o monitoramento dos efeitos, requer comunicação eficaz, responsabilidade compartilhada e atuação colaborativa entre as equipes, a fim de assegurar práticas seguras e resultados terapêuticos adequados. (Cruz; et al, 2024).

05. A prescrição segura de medicamentos envolve:

- a) A identificação do paciente, podendo abreviar essa identificação, quando o nome do paciente for extenso.
- b) A identificação do prescritor, que deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura.



- c) A utilização de abreviaturas, tornando o processo de prescrição mais eficiente, aumentando sua qualidade.
- d) A utilização de unidades de medidas métricas e não métricas para expressar a dose desejada.
- e) O uso de impressão frente e verso da prescrição, para a redução do consumo de papel, agregando valor às práticas de sustentabilidade ambiental no serviço de saúde.

06. A dispensação segura de medicamentos envolve:

- a) A entrega de medicamentos para as unidades assistenciais por ordem verbal da equipe.
- b) Análise das prescrições por qualquer profissional da farmácia, antes do início da separação dos medicamentos.
- c) A identificação padronizada dos medicamentos dispensados, sem diferenciação entre os medicamentos.
- d) A conferência final da prescrição com o resultado da dispensação.
- e) Intervenções farmacêuticas realizadas sempre que necessário e de forma verbal.

07. A administração segura de medicamentos envolve:

- a) Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente.
- b) Administrar medicamento por ordem verbal, quando solicitado pelo médico.
- c) Preparar os medicamentos em até 01 hora antes da administração.
- d) Evitar a comunicação ao paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
- e) Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura uma vez por semana, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.

08. De acordo com o protocolo de Cirurgia Segura, do Ministério da Saúde, muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, o referido protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Essa lista divide a cirurgia em três fases: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia.

No que tange às boas práticas antes da indução anestésica, é uma ação de checagem presente na lista de verificação:

- a) A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.
- b) A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
- c) A revisão do risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas e histórico de reação alérgica.
- d) A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
- e) A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.



- 09.** A demarcação do sítio cirúrgico é uma prática obrigatória prevista no protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, sendo incorporada pelas instituições de saúde no Brasil como medida de prevenção de erros cirúrgicos. A demarcação deve ser realizada antes da cirurgia, preferencialmente com a participação do próprio paciente, utilizando métodos visíveis e duradouros que identifiquem de forma inequívoca o local a ser operado.

Qual profissional deve realizar a demarcação do sítio cirúrgico?

- a) Médico membro da equipe cirúrgica.
- b) Enfermeiro responsável técnico pelo Centro-Cirúrgico.
- c) Circulante da sala cirúrgica.
- d) Enfermeiro da unidade de origem do paciente.
- e) Maqueiro responsável pelo transporte do paciente.

- 10.** O protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde foi elaborado com a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

A avaliação do risco de queda para os pacientes internados em serviços de saúde deve:

- I. Ser feita no momento da admissão do paciente.
- II. Ser repetida a cada 03 dias até a alta do paciente.
- III. Avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda.
- IV. Utilizar a escala de Morse, independente do perfil de pacientes da instituição.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

Texto para as questões **11 e 12.**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado no Brasil por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, tem como objetivo fortalecer a qualidade do cuidado em saúde e reduzir a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde. O programa está alinhado às prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme deliberado na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, e busca promover práticas seguras em todos os estabelecimentos de saúde do país.

- 11.** Constitui-se estratégia de implementação do PNSP:
- a) Promoção de processos de capacitação de gerentes em segurança do paciente, sem incluir os demais profissionais e equipes de saúde.
 - b) Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente, aplicáveis a todos os estabelecimentos de saúde.



- c) Implementação de campanhas de comunicação social sobre segurança do paciente, voltadas aos profissionais que atuam em serviços de saúde, não contemplando os usuários ou a sociedade.
- d) Promoção da cultura de segurança centrada na responsabilização individual dos profissionais.
- e) Implementação de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, restringindo o acesso às informações à gestão central.

12. A definição de cultura de segurança constante no PNSP apresenta como característica operacional:

- a) Promoção da culpabilização dos envolvidos na ocorrência de incidentes.
- b) Priorização de metas financeiras.
- c) Limitação da notificação de incidentes.
- d) Responsabilidade pela segurança restrita à gestão do serviço.
- e) Promoção de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

13. De acordo com Barbosa; et al (2013), no Brasil, em 1999 foi instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que teve como justificativa: agregar a eficiência técnica e científica a uma postura ética que respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, aceitando os limites de cada um e a convivência com o desconhecido e o imprevisível. Em 2003, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios teóricos e metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Amplia-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção a saúde. A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Uma gama de conceitos norteia o trabalho dessa Política.

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas é o conceito de:

- a) Acolhimento.
- b) Gestão participativa.
- c) Ambiência.
- d) Clínica ampliada.
- e) Valorização do trabalhador.

Texto para as questões **14 e 15.**

A RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais, com o objetivo de assegurar assistência segura, eficaz e de qualidade aos pacientes críticos. A resolução define critérios relacionados à organização, estrutura física, equipamentos, recursos humanos, processos assistenciais, protocolos de segurança, controle de infecções e gestão de riscos, além de estabelecer padrões para planejamento, monitoramento e melhoria contínua da assistência em UTIs.

14. No tocante à organização da UTI, a unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:

- a) Elaboradas pelos setores gerenciais e entregues para a unidade executar.
- b) Aprovadas e assinadas pela Direção do Hospital.
- c) Revisadas a cada cinco anos ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias.
- d) Disponibilizadas para todos os profissionais da unidade
- e) Disponibilizadas de forma restrita para a gestão da unidade.



15. São consideradas boas práticas com relação aos processos de trabalho dentro da unidade:

- I. Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados dentro da unidade, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.
- II. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.
- III. A assistência prestada pelos profissionais de saúde deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional.
- IV. O paciente, mesmo quando consciente, não deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos. Essa informação deve ser repassada aos familiares.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

16. A Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023 “Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão”, publicada em 28 de agosto de 2023, atualiza a versão anterior de 2017 e orienta os serviços de saúde quanto à avaliação de risco, protocolos de prevenção, notificação e monitoramento de lesões por pressão. Tem como destaques a nova definição, nomenclatura e classificação dos estágios das lesões por pressão, além de maior ênfase às práticas de segurança para prevenção destes eventos adversos em Serviços de Saúde. Diante do exposto, esta nota técnica objetiva: 1) orientar gestores e profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde para as medidas gerais de vigilância e monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência, incluindo lesão por pressão; 2) orientar profissionais do NSP e da assistência em serviços de saúde na promoção das práticas de segurança para a prevenção de lesão por pressão; e 3) reforçar as informações e ações referentes à vigilância, monitoramento e notificações de eventos adversos relacionados à assistência, em especial das lesões por pressão, às instâncias que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As práticas de segurança para evitar a ocorrência de lesão por pressão no contexto da assistência dos serviços de saúde envolvem critérios bem estabelecidos para a prática assistencial, como por exemplo:

- a) Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, de todos os paciente admitidos, e acompanhamento semanal do risco destes pacientes durante todo o período de internação.
- b) Reposicionamento de todos os pacientes com ou sob risco de lesões por pressão a cada 02 horas.
- c) Evitar a posição sentada fora da cama, mesmo que por tempo limitado.
- d) Na mudança de decúbito, é permitido o posicionamento sobre uma lesão por pressão existente.
- e) Realização de pequenas mudanças periódicas na posição do corpo para indivíduos gravemente enfermos e/ou hemodinamicamente instáveis, a fim de manter um cronograma regular de reposicionamento.



- 17.** No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. O IOM define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Nesse contexto, segurança do paciente é:

- a) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
 - b) Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
 - c) Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
 - d) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
 - e) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- 18.** Erro é definido na International Classification for Patient Safety (ICPS) como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Incidente relacionado ao cuidado de saúde, no contexto da taxonomia tratado apenas por incidente, é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: near miss, incidente sem dano e incidente com dano (leve, moderado, grave e óbito). (BRASIL, 2017).

Face ao exposto, uma técnica de enfermagem, ao preparar uma infusão contínua de noradrenalina para uma paciente, percebeu que a farmácia havia dispensado adrenalina. A mesma entrou em contato com o setor de farmácia e fez a troca dos medicamentos. Esse incidente é classificado como:

- a) Incidente com dano leve.
 - b) Incidente com dano moderado.
 - c) Incidente com dano grave.
 - d) Incidente sem dano.
 - e) Near miss.
- 19.** Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento devem possuir NSP como, por exemplo, serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia, entre outros. Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo da norma. Também se encontram excluídos do escopo da RDC n°. 36/2013, os serviços de interesse à saúde, tais como, instituições de longa permanência de idosos, e aquelas que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Cabe destacar que os incidentes relacionados à assistência,



incluindo os eventos adversos, podem ocorrer em todos os serviços de saúde, e mesmo aqueles que não são obrigados a seguir as determinações da RDC n. 36/2013, envolvendo a estruturação de um NSP, podem instituir ações voltadas à segurança do paciente. (BRASIL, 2016).

Como deve ser constituído e implantado um NSP?

- I. O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.
- II. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros.
- III. A formalização, a comunicação formal e a intensa divulgação local da constituição do NSP são etapas da implantação dessa instância em um serviço de saúde e podem ser realizadas após o início de suas atividades.
- IV. Reuniões do NSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o Plano de Segurança do Paciente e devem estar devidamente documentadas (atas, memórias, lista de presença e outros). Essas reuniões são internas com a participação dos membros do NSP, não havendo a necessidade de envolver outros setores/profissionais do serviço.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

- 20.** O protocolo para a prática de higiene de mãos em serviços de saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde tem por finalidade instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. De acordo com o Protocolo de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde e da ANVISA, a técnica correta de higienização das mãos com preparação alcoólica (fricção antisséptica) deve seguir uma sequência de movimentos que garanta a limpeza de todas as superfícies das mãos.

A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica envolve:

- a) Aplicar pequena quantidade do produto e friccionar as palmas das mãos até o produto secar, sem necessidade de incluir punhos e unhas.
- b) Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos, friccionando palmas, dorsos, espaços interdigitais, unhas, polpas digitais, polegares e punhos até completa evaporação.
- c) A higienização das mãos com preparação alcoólica deve ser realizada por, no mínimo, 60 segundos, garantindo a ação antisséptica completa do produto.
- d) Aplicar o produto e aguardar a secagem natural sem friccionar, garantindo assim a ação antisséptica.
- e) Aplicar o produto e realizar fricção nos punhos e polpas digitais, locais de maior risco de contaminação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. A avaliação psicológica no contexto hospitalar difere da clínica tradicional devido à urgência, à complexidade do estado de saúde do paciente e à necessidade de comunicação com a equipe multiprofissional. Considerando as diretrizes para a prática da avaliação psicológica de Baptista (2021), assinale a alternativa que descreve a conduta ética **CORRETA** do psicólogo ao realizar uma avaliação nesse ambiente:

- a) O psicólogo deve compartilhar as informações estritamente necessárias e relevantes para o manejo e tratamento do paciente com a equipe multiprofissional, mantendo o sigilo das demais informações e garantindo a devolução dos resultados ao paciente de forma compreensível e adequada à sua condição.
- b) O psicólogo deve utilizar exclusivamente testes psicológicos padronizados para o contexto clínico, pois são os únicos instrumentos que garantem o sigilo absoluto e a validade dos resultados.
- c) O psicólogo está isento da responsabilidade de devolver os resultados da avaliação ao paciente e/ou familiares, visto que o foco da atuação hospitalar é a comunicação técnica com a equipe médica para auxiliar no plano de tratamento.
- d) Em situações de risco de vida iminente, o psicólogo deve priorizar a agilidade do processo, dispensando a obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente ou de seu responsável legal para a realização da avaliação.
- e) O registro documental da avaliação psicológica, incluindo o prontuário, é de propriedade exclusiva do hospital, e o psicólogo deve abster-se de manter qualquer registro pessoal ou de zelar pela guarda do material, delegando essa responsabilidade integralmente à administração.

22. Adoecimento e hospitalização representam para a maioria das pessoas enfermas um momento muito difícil pelas ameaças de perdas, como da autonomia, cujos desejos são delegados a outros ou substituídos por procedimentos médicos necessários à sobrevivência, à possibilidade de morte, entre tantos outros fatores.

Respectivamente ao que o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2019) adverte sobre o cuidado voltado à experiência subjetiva de adoecimento e hospitalização, avalie as seguintes afirmações:

- I. A(O) psicóloga(o) desenvolve seu trabalho de acompanhamento psicológico prolongado familiar, seguindo o curso natural da doença e as possibilidades de cada *ser-em-situação/paciente/sofrente*.
- II. Cuidar da subjetividade humana presente na doença susta os processos de subjetivação associados à morbidade e à letalidade da doença.
- III. Doenças agudas podem se tornar crônicas, deixar sequelas definitivas e reais, além de sequelas significativas como cronicidade emocional com os ganhos secundários da doença.
- IV. O trabalho da(o) psicóloga(o) contrapõe os aspectos subjetivos e emocionais do adoecimento, assim como os desdobramentos relacionados a tratamento, recuperação, sequelas, cuidados paliativos e óbito.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



23. Um paciente em Cuidados Paliativos, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a uma doença ameaçadora à vida em estágio avançado, manifesta repetidamente à equipe o desejo de morrer. O paciente está lúcido e capaz de tomar decisões. Considerando os princípios da Bioética (Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça) aplicados a este cenário e, em consonância com as diretrizes de Cuidados Paliativos, assinale a alternativa **CORRETA** sobre a conduta ética da equipe.

- a) O princípio da Autonomia do paciente é absoluto e deve ser imediatamente atendido, de modo que a equipe deve providenciar a eutanásia ou o suicídio assistido para cessar o sofrimento, em respeito ao desejo expresso de morrer.
- b) O princípio da Beneficência exige que a equipe médica utilize todos os recursos disponíveis da UTI para prolongar a vida do paciente ao máximo, configurando a obstinação terapêutica, pois o dever de salvar a vida se sobrepõe a qualquer outro princípio.
- c) O princípio da Não-Maleficência impede a eutanásia, mas o respeito à Autonomia permite que o paciente recuse tratamentos que prolonguem o sofrimento (distanásia), devendo a equipe focar em medidas de conforto e controle de sintomas.
- d) O princípio da Justiça determina que, em um cenário de escassez de recursos na UTI, o paciente que expressa o desejo de morrer deve ter seu leito liberado para outro paciente com maior chance de cura, priorizando a alocação de recursos.
- e) A manifestação do desejo de morrer deve ser vista como um sintoma de depressão grave, e a equipe deve ignorar o pedido, mantendo o tratamento integral e solicitando uma avaliação psiquiátrica de urgência, desconsiderando a capacidade de tomada de decisão do paciente.

24. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) incluem formas de organização e comunicação nos diferentes pontos de atenção, primário, secundário e terciário, para estabelecer ações e serviços de saúde de forma integral, interdisciplinar e resolutive.

Nessa contextura de potente atuação de psicólogas(os) e com base nas *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS* (CFP, 2019), qual dos seguintes dispositivos é componente da atenção secundária da RAS?

- a) Centros de Referências Especializado de Assistências Social.
- b) Consultórios na Rua.
- c) Hospital Geral com leitos de saúde mental.
- d) Hospital Psiquiátrico.
- e) Unidade Básica de Saúde.

25. A história da psicologia hospitalar no Brasil é marcada por diversos marcos. De acordo com Baptista, Wosnes e Fonseca (2023) analise as afirmativas a seguir:

- I. As primeiras literaturas brasileiras da psicologia hospitalar surgiram a partir de 1990 focadas no bem-estar dos pacientes.
- II. A psicologia hospitalar principia suas atividades junto ao Serviço de Psiquiatria, com interações nas instituições de saúde com pacientes psiquiátricos.
- III. A consolidação da psicologia hospitalar no Brasil está relacionada à Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2003, que fortaleceu práticas voltadas ao acolhimento, à escuta qualificada e à continuidade do cuidado nos serviços de saúde.
- IV. A especialidade “Psicologia Hospitalar” foi reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) através da Resolução nº14/2000.



Assinale apenas a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) IV.
- d) I, II e IV.
- e) II, III e IV.

26. Considerando as especificidades da Psicologia Hospitalar, assinale a alternativa que descreve de forma **CORRETA** o *setting* terapêutico e a atuação do psicólogo nesse contexto.

- a) O psicólogo hospitalar deve manter o *setting* terapêutico tradicional do consultório clínico, garantindo sigilo e neutralidade absoluta, sem interferir nas dinâmicas institucionais.
- b) No contexto hospitalar, o *setting* terapêutico é fixo e delimitado, voltado principalmente ao atendimento individual do paciente, independentemente das demandas institucionais.
- c) O *setting* terapêutico no hospital é dinâmico e adaptável, podendo ocorrer em diferentes espaços e com distintos interlocutores, conforme as necessidades do paciente, da equipe e da instituição.
- d) A atuação do psicólogo hospitalar, devido à fragilidade do *setting* terapêutico hospitalar, deve realizar as intervenções de curto prazo e focadas na queixa imediata do paciente, desconsiderando os aspectos psicossociais e familiares.
- e) O *setting* terapêutico hospitalar é inadequado para a prática de intervenções grupais, de modo que a atuação do psicólogo deve priorizar o atendimento individual à beira do leito, como forma de simular o ambiente de consultório.

27. Na abordagem das intervenções psicológicas na intubação, Simonetti (2022) explica sobre três tipos de escuta: (1) escuta-analítica, (2) escuta-continente e (3) escuta-total. No tocante às especificidades desses tipos de escuta, é **CORRETO** afirmar que:

- a) O objetivo da escuta-analítica é criar uma sensação de acolhimento e de aceitação.
- b) A escuta-continente focaliza a identificação de conflitos psíquicos.
- c) A escuta-total tem uma pretensão maior, pois almeja revelar e colocar em destaque identificação de conflitos, recalques e sintomas psíquicos.
- d) A escuta-analítica caracteriza-se pela capacidade de conversar por meio de gestos, olhares, cartazes.
- e) Na escuta-continente, o máximo que o psicólogo vai fazer é convidar o paciente a pensar sobre seus recursos de enfrentamento que, por acaso, ele não esteja levando em conta no momento.

28. Sobre a atuação do psicólogo hospitalar nas visitas multidisciplinares, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O psicólogo deve manter postura neutra, intervindo quando solicitado pela equipe médica, a fim de não interferir nas decisões clínicas.
- b) A função do psicólogo durante as visitas restringe-se à observação do comportamento do paciente, sem envolvimento nas discussões interdisciplinares.
- c) O psicólogo busca favorecer na equipe multiprofissional um olhar para a singularidade do paciente, e sua presença nas discussões possibilita o acesso à história de vida e às vivências emocionais do paciente e de sua família.
- d) A participação do psicólogo nas visitas multidisciplinares é opcional e deve ocorrer em casos de pacientes com demandas psicológicas previamente identificadas.
- e) A presença do psicólogo nas visitas visa, prioritariamente, compartilhar as reações emocionais dos familiares diante de situações de óbito ou agravamento clínico.



29. A importância da família é vista como um fator que pode influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança, mediando os efeitos das complicações médicas ou potencializando seus riscos (Baptista, 2021). Relativamente à assistência psicológica na UTI Neonatal, avalie as afirmações a seguir:
- I. As intervenções variam de orientações a procedimentos de modelagem e modelação de repertórios específicos às práticas da internação hospitalar, além de treino de comportamentos maternos/paternos adequados aos cuidados de um filho RN.
 - II. A atuação psicológica tem o objetivo de avaliar a estabilidade emocional mãe-pai em situações de conflitos (internação do bebê em risco biológico).
 - III. A assistência psicológica busca alentecer as relações de cuidadores do recém-nascido (RN), a partir de um vínculo estruturado às condições de estimulação do desenvolvimento integral futuro dessas crianças.
 - IV. A hierarquização dos atendimentos psicológicos de seguimento dos casos já acompanhados e/ou avaliação de casos ainda não avaliados acontece mediante dois fatores preponderantes e conciliáveis: a ausência física do cuidador responsável pelo RN, na unidade naquele momento, e o prognóstico de internação do RN.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
 - b) II e III.
 - c) III e IV.
 - d) I e III.
 - e) II e IV.
30. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço permeado por múltiplos significados e fantasias frequentemente associados à ameaça e à vulnerabilidade. Nesse contexto, a visita estendida surge como uma estratégia que visa promover o cuidado integral ao paciente e aos seus familiares. Diante dessa perspectiva, assinale a alternativa **CORRETA** sobre a visita estendida em UTI.
- a) A visita estendida é uma prática que, embora promova o bem-estar familiar, não possui impacto significativo na recuperação dos pacientes intubados, sendo seu principal objetivo a humanização do ambiente hospitalar para os visitantes.
 - b) A implementação da visita estendida em UTI é padronizada e obrigatória em todas as instituições, independentemente do perfil do paciente ou da dinâmica da equipe de saúde, visando garantir o direito irrestrito à presença familiar.
 - c) A principal barreira para a visita estendida reside na falta de interesse dos familiares em permanecer por longos períodos na UTI, preferindo visitas curtas e focadas nas informações médicas.
 - d) A visita estendida contribui para o cuidado holístico ao permitir que os familiares participem ativamente do processo terapêutico, oferecendo suporte emocional e espiritual, o que pode influenciar positivamente a evolução clínica do paciente.
 - e) A visita estendida é uma medida exclusiva para pacientes em cuidados paliativos, com o objetivo de facilitar o processo de luto familiar, não sendo indicada para pacientes com prognóstico favorável ou em recuperação.



31. Em consonância com os aportes de Dias, Pereira e Rodrigues (2018) no livro *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: intervenções em situações de urgência subjetiva*, avalie as afirmações a seguir.

- I. O adoecimento de um filho e sua consequente repercussão no narcisismo dos pais podem deflagrar situações de urgências subjetivas que causam obstáculos no campo do tratamento médico e ruídos no âmbito institucional.
- II. O trabalho em torno das defesas narcísicas em jogo com o não reconhecimento do adoecimento é preliminar para levar o paciente a lidar com o adoecimento e com as perdas narcísicas que decorrem daí.
- III. É indispensável a oferta de escuta ao que o sujeito tem a dizer, com ênfase na função de acolhimento do sofrimento do paciente.
- IV. Levar o sujeito a desarmar barreiras defensivas que dificultam o reconhecimento do adoecimento, promove melhora significativa na elaboração dessa condição; embora persistam barreiras para consentir com o tratamento.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

32. No livro *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*, Baptista (2021) apresenta propostas de abordagens a pacientes psicóticos internados. A respeito desse tema, avalie as afirmações a seguir.

- I. Psicoeducação (orientação familiar): administração de informações para maior esclarecimento a paciente e familiar sobre aspectos da doença e do tratamento.
- II. Terapia cognitivo-comportamental: para promover a modificação de padrões de comportamento por meio da análise de comportamentos disfuncionais, com marcante responsabilização do paciente na eclosão dos padrões disfuncionais.
- III. Tratamento de comorbidades que podem estar presentes com o quadro psicótico, tais como doenças psiquiátricas (p. ex., transtornos da personalidade, transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas).
- IV. Treinamento de habilidades comunitárias assertivas: de interação com outras pessoas, modificando modelos de comportamento social, buscando estabelecer relações mais satisfatórias.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



- 33.** Um psicólogo hospitalar, atuando em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é solicitado a atender um paciente de 55 anos, internado há 10 dias com quadro de insuficiência respiratória grave. O paciente, que antes da internação era o principal provedor e cuidador de sua família, apresenta-se ansioso, irritado e com dificuldades para aderir ao tratamento, manifestando verbalmente a preocupação com o futuro financeiro e o bem-estar de seus dependentes. O psicólogo decide iniciar uma intervenção de Psicoterapia Breve Focal (PB-Focal), considerando a natureza da crise e o tempo limitado de internação.

Com base na abordagem da Psicoterapia Breve Focal, conforme os pressupostos teóricos e técnicos apresentados por Holanda e Sampaio (2012), assinale a alternativa que descreve a estratégia de atuação mais adequada do psicólogo neste contexto.

- a) O psicólogo deve focar na investigação das causas inconscientes da ansiedade do paciente, explorando a história de vida e os conflitos emocionais subjacentes à sua necessidade de controle, para promover uma reestruturação da personalidade.
- b) A estratégia principal deve ser a delimitação de um foco que se relacione com a crise atual (a preocupação com o papel de provedor e a interrupção da vida ativa), visando o restabelecimento do equilíbrio homeostático e a promoção de uma postura proativa do paciente diante da situação, em um processo de tempo limitado.
- c) O foco da intervenção deve ser o sintoma de irritabilidade e a não-adesão ao tratamento, utilizando técnicas de relaxamento e sugestão para eliminar rapidamente a manifestação do sofrimento, o foco psicodinâmico é secundário.
- d) O psicólogo deve priorizar o atendimento familiar, pois a PB-Focal no contexto de crise deve focar primariamente na dinâmica familiar e na comunicação da equipe de saúde, deixando o trabalho com o paciente para intervenção posterior.
- e) A intervenção deve ser limitada a uma escuta não-diretiva e de apoio, pois a PB-Focal exige a capacidade de associação livre e um *setting* terapêutico estável, o que nesse contexto de UTI é inviável para pacientes em crise aguda.

- 34.** Baldini e Krebs (2010) explicitam que a “síndrome da UTI” ocorre com frequência em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), especialmente naqueles incapazes de se adaptar ao estresse da hospitalização ou com psicopatologia pré-mórbida.

Em conformidade com os aportes supramencionados, assinale a alternativa **CORRETA** que descreve em que consiste a “síndrome da UTI”:

- a) Síndrome orgânica cerebral, marcada por medo, ansiedade, depressão.
- b) Síndrome reativa de piora cognitiva e emocional, associada ao medo de morrer.
- c) Síndrome astênico-emocional, semelhante a estados neuróticos e depressivos.
- d) Síndrome psicoorgânica aguda, marcada por pensamentos desorganizados e perda de contato com a realidade.
- e) Síndrome psiquiátrica aguda, marcada por agitação, heteroagressividade e sintomas psicossomáticos.



35. Puérpera, 25 anos, foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva há 3 dias após parto cesáreo de emergência por eclâmpsia. Nas últimas 12 horas, apresentou alteração aguda do comportamento, assinalada por agitação, desorientação, discurso incoerente e alucinações visuais (“diz ver o bebê chorando ao lado da cama”). Também, tem apresentado períodos de sonolência, alternando com inquietação intensa. Nega uso de álcool ou drogas. Sem histórico psiquiátrico prévio. A amamentação foi suspensa em virtude do uso de medicações na UTI.

Considerando-se os preceitos de Botega (2012) no livro *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*, é **CORRETO** afirmar que o caso acima descrito trata-se de:

- a) Depressão grave.
- b) Depressão pós-parto.
- c) Delirium.
- d) Psicose aguda.
- e) Psicose puerperal.

36. Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pacientes idosos que sofreram quedas frequentemente demandam uma abordagem psicológica especializada, que envolve avaliação e intervenção. Considerando a complexidade desse cenário, assinale a alternativa **CORRETA** sobre as atuações psicológicas com esses pacientes.

- a) A avaliação psicológica inicial deve focar nos déficits cognitivos decorrentes da queda, desconsiderando aspectos emocionais e sociais para não sobrecarregar o paciente.
- b) A intervenção psicológica primária consiste em garantir que o paciente aceite todas as condutas médicas, visando a adesão ao tratamento.
- c) A participação da família no processo de avaliação e intervenção psicológica é secundária, pois o foco principal deve ser a autonomia do idoso, mesmo que ele apresente limitações de comunicação.
- d) O acompanhamento psicológico pós-queda na UTI é restrito ao período de internação, não havendo necessidade de orientações para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.
- e) O psicólogo deve atuar na identificação de fatores psicossociais que podem influenciar a recuperação, como ansiedade, depressão, risco de *delirium*, suporte familiar e estratégias de enfrentamento, integrando essas informações ao plano de cuidado multiprofissional.

37. O aborto provocado é uma daquelas perdas inexprimíveis que as pessoas preferem esquecer (Worden, 2013, p.145). Cômico dessa conjuntura, avalie as seguintes afirmações:

- I. Em nossa sociedade, embora o aborto provocado seja visto como uma perda socialmente negada, muitas mulheres procuram aconselhamento pós-aborto.
- II. Uma mulher que não processa a perda associada ao aborto provocado pode vivenciar o luto em alguma perda subsequente.
- III. Um dos caminhos para lidar com o luto relacionado com o aborto provocado é realizar aconselhamento mais completo antes do aborto em si.
- IV. Adolescentes em situação de enlutamento após o aborto provocado, com frequência, não podem recorrer a seus pares, devido ao estigma particular ligado à gravidez em idade tão precoce. Assim, um dos meios comumente adotados por elas no manejo do luto é a evitação de gravidez subsequente.



Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

38. Um psicólogo de orientação psicanalítica atua em um Hospital Geral, e é acionado para realizar um atendimento de urgência a um paciente que acabou de receber um diagnóstico de doença crônica grave. O paciente encontra-se em estado de choque e angústia intensa, e a equipe médica solicita uma intervenção para "acalmá-lo e fazê-lo aceitar o tratamento".

Considerando a atuação do psicólogo hospitalar psicanalítico, que, segundo Baptista, Wosnes e Fonseca (2023), atua na intersecção entre a vertente clínica e a vertente institucional para possibilitar a inclusão da subjetividade no contexto de crise, assinale a alternativa **CORRETA** que descreve a estratégia de atuação mais coerente com essa abordagem.

- a) A estratégia principal deve ser a abertura de um espaço de escuta para a singularidade do paciente, acolhendo a angústia e o choque como manifestações da crise subjetiva deflagrada pelo diagnóstico, visando incluir a dimensão do sujeito e do trauma psíquico no discurso hegemônico da doença orgânica.
- b) O psicólogo deve priorizar a comunicação com a equipe de saúde, traduzindo o sofrimento do paciente em termos de não-adesão e dificuldade de manejo, para que o tratamento médico seja ajustado.
- c) O psicólogo deve atuar como mediador da crise, focando em técnicas de manejo de estresse e psicoeducação sobre a doença, para que o paciente possa racionalizar a situação e retomar o controle emocional, conforme a demanda objetiva da equipe.
- d) O psicólogo deve realizar um psicodiagnóstico completo e uma avaliação da estrutura de personalidade do paciente, para só então iniciar um processo de Psicoterapia Breve, pois a urgência subjetiva exige um conhecimento aprofundado do caso antes de qualquer intervenção.
- e) Nesse caso, o trabalho psicanalítico deve ser realizado com a equipe de saúde, para que esta possa lidar com a contratransferência despertada pelo paciente em crise.

39. De acordo com Holanda e Sampaio (2012), a PB-processo (PBP) constitui uma modalidade de Psicoterapia Breve que objetiva o desenvolvimento de mudanças psicodinâmicas duradouras.

Assinale a alternativa **CORRETA** que contém exemplos de quadros psicopatológicos para os quais a PBP é indicada para o tratamento.

- a) Esquizofrenia, Transtorno Depressivo Grave, Transtorno Afetivo Bipolar.
- b) Distímia, Fobia Social, Autismo.
- c) Síndrome do Pânico, Distímia, Reação a Estresse Grave.
- d) Transtornos Alimentares, Transtorno Depressivo Moderado, Autismo.
- e) Transtornos de Personalidade, Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar.

40. Relativamente ao que o Conselho Federal de Psicologia (2019) explica sobre as ações desenvolvidas pela(o) psicóloga(o) em UTI Neonatal, avalie as seguintes afirmações:

- I. Acolhimento psicológico aos familiares dos pacientes internados e aos profissionais, através da oferta de uma escuta diferenciada.
- II. Acolhimento da mãe puérpera no reconhecimento do contexto e na sua apresentação aos profissionais da unidade.
- III. A qualidade do acolhimento à mãe puérpera dependerá, por exemplo, do acompanhamento ou da possível assistência psicoterápica posterior.
- IV. O acompanhamento psicológico na UTI Neonatal visa a localização das potencialidades, da resiliência, do manejo da ansiedade e dor, se transformando em um atendimento psicoterápico.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) III e IV.
- d) II e III.
- e) II e IV.

41. A intubação é um procedimento médico invasivo e de alta complexidade, frequentemente realizado em situações de emergência para salvar a vida de um paciente. Essa natureza crítica gera uma carga emocional significativa não apenas para o paciente e seus familiares, mas também para a equipe médica responsável. No livro "Intervenções psicológicas na intubação" (2022), o capítulo "A angústia de quem intuba" descreve os sentimentos da equipe médica durante os procedimentos de intubação. Dos itens abaixo, qual alternativa apresenta os aspectos emocionais e psicológicos presentes nesse tipo de procedimento?

- I. Angústia e Identificação com o Paciente: A equipe experimenta uma angústia intensa, que pode ser agravada pela identificação com o paciente — ao projetar nele um familiar ou a si mesmo, a carga emocional do procedimento e o medo da perda se tornam ainda mais significativos.
- II. Fadiga de Compaixão e Esgotamento: A exposição contínua a situações de alto sofrimento, como intubações de emergência, pode levar à fadiga de compaixão. Esse estado de esgotamento emocional e físico diminui a capacidade do profissional de sentir empatia, resultando em um desgaste que vai além do cansaço comum.
- III. Apatia e Distanciamento Emocional: Para se proteger do sofrimento, a equipe desenvolve um mecanismo de defesa baseado na apatia e no distanciamento completo do paciente. Essas emoções são consideradas uma resposta adaptativa e esperada durante o procedimento.
- IV. A Necessidade de Cuidar de Quem Cuida: A intensidade emocional dos procedimentos evidencia a ausência de espaços institucionais para escuta e elaboração do sofrimento. A falta de suporte psicológico e de estratégias de autocuidado para a equipe reflete o paradoxo de um sistema que exige o cuidado do outro, mas negligencia quem cuida.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e III.
- b) I e IV.
- c) I e II.
- d) III.
- e) IV.



42. Especificamente à *Abordagem da Angústia Espiritual*, descrita por D'Alessandro *et al.* (2023), avalie as seguintes afirmações:

- I. O sofrimento espiritual do paciente poderá ser abordado em dois níveis de complexidade: pela equipe e pelo capelão.
- II. Sofrimentos relativos a ritos e dogmas religiosos devem ser referenciados pela equipe ou capelão ao sacerdote daquela tradição.
- III. A avaliação espiritual é um processo mais complexo e profundo, para ouvir o paciente e compreender melhor seus recursos e necessidades espirituais e, então, fazer um diagnóstico e plano de cuidado espiritual.
- IV. A avaliação espiritual é realizada por capelão ou algum profissional com treinamento específico em cuidado espiritual, com ênfase no proselitismo.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

43. Considerando a inserção relativamente nova do psicólogo na gestão hospitalar no Brasil, qual das seguintes competências ou áreas de atuação representa a contribuição estratégica mais alinhada com o escopo da Gestão Hospitalar?

- a) Acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo de pacientes internados e seus familiares, visando à adaptação à condição de saúde.
- b) Realização de psicodiagnóstico e intervenções em crise para a equipe de saúde, focando na prevenção de transtornos ocupacionais.
- c) Implementação de programas de humanização do cuidado e a gestão do clima organizacional, com foco na satisfação e bem-estar dos colaboradores.
- d) Desenvolvimento e aplicação de indicadores de desempenho psicossocial e organizacional, integrando a saúde mental dos colaboradores e a cultura de segurança do paciente aos resultados de gestão.
- e) Condução de grupos de apoio e orientação para o luto em unidades de terapia intensiva (UTIs) e cuidados paliativos.

44. João, 58 anos, contador, está internado há 12 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a um quadro de insuficiência respiratória grave, secundária a uma pneumonia bacteriana atípica. Seu estado clínico é estável, mas requer ventilação mecânica não invasiva intermitente e monitorização contínua. João está consciente e orientado, mas apresenta-se progressivamente mais ansioso e irritado. A equipe de enfermagem relata que ele tem chorado frequentemente, recusado a alimentação e demonstrado resistência aos procedimentos de higiene. Em uma das visitas da equipe multiprofissional, João verbaliza, com dificuldade: "Eu não aguento mais ficar aqui. Sinto que estou morrendo sozinho. Minha família só pode vir por 30 minutos, e eu não consigo falar o que preciso. Tenho medo de não sair daqui e de não ter me despedido."



A avaliação psicológica inicial identifica uma crise individual aguda, desencadeada pelo ambiente da UTI (privação sensorial, rotina invasiva, isolamento). De acordo com o quadro clínico e psicossocial de João e os princípios da Psicologia Hospitalar, avalie as seguintes proposições sobre a intervenção do psicólogo.

- I. A intervenção imediata deve focar na escuta ativa e acolhimento da angústia de João, utilizando a técnica de intervenção em crise para estabilizar o sofrimento emocional agudo e legitimar seus sentimentos de medo e desamparo.
- II. O psicólogo deve atuar como facilitador da comunicação entre João e sua família, mediando o contato (seja físico ou virtual, conforme protocolo da UTI) e auxiliando na expressão de sentimentos e na resolução de pendências, minimizando o sentimento de distanciamento.
- III. É fundamental que o psicólogo desvie o foco do medo da morte, incentivando João a se concentrar exclusivamente nos aspectos positivos da recuperação física, evitando discussões sobre prognóstico ou espiritualidade para não aumentar a ansiedade.
- IV. A intervenção deve incluir a identificação de fontes de controle que ainda são possíveis para João (como escolha de horários de higiene, música ambiente, ou decisões sobre o plano de cuidados), visando restaurar parcialmente sua autonomia e reduzir a sensação de desamparo.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e III.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.
- e) I, II e IV.

- 45.** A comunicação mais efetiva, empática e acolhedora é imprescindível nos processos de promoção de cuidados paliativos (D'Alessandro *et al.*, 2023).

Assinale a alternativa **CORRETA** que apresenta exemplo de frase pertinentes para uma comunicação empática.

- a) *“Eu sei o que você deve estar sentindo”.*
- b) *“Você não iniciou o tratamento quando deveria e por isso a doença está avançada”.*
- c) *“Minha experiência nos cuidados de pacientes com esta doença me ensinou que você está se sentindo inseguro e com medo agora”.*
- d) *“Você quer que seja feito tudo? Quer ser intubado?”.*
- e) *“O senhor já pensou em como seria ir para UTI e ficar intubado?”*

- 46.** Almendra (2018) apresenta importantes recomendações sobre os irmãos de bebês internados em UTI Neonatal. Nesse sentido, avalie as seguintes afirmações:

- I. A assistência psicológica deve auxiliar os pais a encontrar modos de reunir esforços para estarem disponíveis para os outros filhos.
- II. As visitas supervisionadas dos irmãos ajudam na compreensão de onde o bebê está; incentivam os irmãos a participarem ativamente na experiência familiar; baldam o desenvolvimento do vínculo entre irmão e bebê.
- III. A adaptação ao nascimento prematuro de um irmão instaura algo trabalhoso, pois possivelmente terão menos tempo com seus pais – seja por estes estarem ocupados com as visitas ao hospital ou por quererem intuitivamente protegê-los das tristezas e intercorrências da internação.



- IV. Os demais filhos costumam ficar angustiados diante da situação do bebê internado em UTI Neonatal, ao passo que sofrem mais com a experiência direta do que com suas fantasias.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

- 47.** *Ricardo, 28 anos, solteiro, sofreu um grave acidente de trânsito que resultou na necessidade de uma amputação traumática e de urgência de sua perna direita, acima do joelho. Ele é um jovem ativo, praticante de esportes e trabalha como entregador, dependendo totalmente da sua mobilidade. Ricardo está no pós-operatório imediato, confuso, com dor intensa e oscilando entre a negação e a raiva. Ele se recusa a olhar para o local da amputação, questiona a equipe médica e repete incessantemente: "Minha vida acabou. Eu não sou mais eu." Sua mãe, Lúcia, 55 anos, está em choque e se sente culpada por ter insistido para que ele trocasse o pneu do carro naquele dia. Ela chora silenciosamente ao lado da cama, sem saber como confortar o filho, e sua presença parece aumentar a irritação de Ricardo. Além do sofrimento emocional, Ricardo relata à enfermeira uma dor excruciante no pé direito que não existe mais, um fenômeno conhecido como dor do membro fantasma.*

A amputação de membro, mesmo sendo um evento cirúrgico, é psicologicamente vivenciada como uma perda que deflagra um processo de luto. Helena, psicóloga hospitalar, é acionada para iniciar o acompanhamento psicológico do paciente e da família.

Considerando o processo de luto e a atuação da psicóloga hospitalar Helena, analise as afirmações a seguir:

- I. O luto de Ricardo é pela perda da integridade corporal, da funcionalidade e da identidade, e a negação e raiva manifestadas são reações esperadas do luto pós-perda.
- II. Na mãe, Lúcia, a culpa e o choque são manifestações do luto pela perda da saúde e da imagem corporal do filho, sendo a intervenção da psicóloga essencial para validar seu sofrimento e orientá-la sobre como apoiar Ricardo.
- III. A dor do membro fantasma é um fenômeno exclusivamente neurológico e não deve ser objeto de intervenção psicológica, pois o foco da psicóloga Helena deve ser nas questões emocionais.
- IV. O luto antecipatório, embora mais comum em doenças crônicas terminais, pode ser identificado em Lúcia, a mãe, que já está vivenciando a perda da "normalidade" e do futuro idealizado do filho, antes mesmo do início da reabilitação.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.
- e) I, II e IV.



48. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Art. 5º do referencial normativo estabelece que os Cuidados Paliativos (CP) devem ser ofertados em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo as responsabilidades específicas de cada nível de atenção. A compreensão da integração e da complementaridade dessas ações é crucial para a gestão e a prática clínica em CP (D'Alessandro et al., 2023). Considerando as atribuições dos pontos de atenção na RAS para a oferta de Cuidados Paliativos, conforme o texto-base, assinale a alternativa **CORRETA** que descreve a articulação entre a rede:

- a) A Atenção Hospitalar é a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, enquanto a Atenção Básica atua no controle de sintomas que não são passíveis de controle em outros níveis de assistência.
- b) A Atenção Básica, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, e a Atenção Hospitalar deve ser voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência, atuando como retaguarda especializada.
- c) A Atenção Domiciliar é o principal *locus* de cuidado no período de terminalidade, e a Atenção Básica deve se restringir ao suporte do fim de vida, sem responsabilidade direta pelo cuidado longitudinal.
- d) Os serviços de Urgência e Emergência são responsáveis pela identificação precoce e avaliação correta, devendo ser o primeiro ponto de contato para o início dos Cuidados Paliativos, delegando o alívio dos sintomas agudizados à Atenção Hospitalar.
- e) A Atenção Ambulatorial tem a função de coordenar o cuidado e definir a modalidade de atenção domiciliar, enquanto a Atenção Hospitalar é a retaguarda para todas as demandas provenientes dos demais pontos da rede.

49. Baldini e Krebs (2010) atestam que o apoio ao paciente e a seus pais deve sempre ser considerado no atendimento global do paciente pediátrico em UTI. Com base nessa perspectiva, avalie as seguintes afirmações:

- I. Na experiência subjetiva da criança internada, o medo da perda da consciência, do controle da mente e dos acontecimentos ao redor, propiciam a regressão a de desenvolvimento emocional anteriores e primitivos, marcados pela dependência e necessidade de proteção da família.
- II. A perda da lucidez e do domínio dos procedimentos médicos representam grave ameaça para a criança. Assim, se o paciente infantil puder acompanhar o aparato que o cerca, sentirá a doença menos grave do que é na realidade.
- III. Além disso, a ruptura provocada pelo afastamento dos laços afetivos e protetores da família confere-lhe um profundo sentimento de fragilidade e vulnerabilidade. A separação da família geralmente suscita o temor do abandono e a fantasia de reconhecer-se muito má a ponto de ser castigada com a doença e internação.
- IV. Frequentemente observa-se que quanto mais grave o estado do filho, maior é a disponibilidade de apoio dos pais, devido ao grau de estresse e ansiedade em que se encontram.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.



50. Em consonância com os aportes de Holanda e Sampaio (2012) sobre a Psicoterapia Breve-Focal (PB), é **CORRETO** afirmar que:

- a) A PB pauta a importância do que acontece no “passado recente”, elegendo e focalizando um determinado ponto bloqueador da capacidade do indivíduo de continuar no desempenho de suas funções existenciais no “aqui-e-agora”.
- b) A PB adota uma postura proativa, visando a promover um viver com qualidade em médio prazo, elegendo um determinado problema mais premente e focando os esforços na sua resolução.
- c) A *aliança terapêutica* na PB deve ser positiva, empática, sem ambiguidade, esclarecedora, onde terapeuta e paciente desempenham papéis ativos.
- d) O *foco* na PB compõe uma área central a ser trabalhada no paciente, expressão atual dos conflitos secundários, manifestando-se sob forma de sintomas.
- e) A PB trata-se de uma técnica caracterizada pela limitação de objetivos; manutenção do foco; baixa atividade do terapeuta e pela ênfase na intervenção imediata.

51. As resoluções nacionais de vigilância sanitária frequentemente não estabelecem uma idade mínima para visitação em UTI adulto, permitindo que alguns hospitais flexibilizem essa norma para adolescentes a partir de 12 anos. Contudo, é comum que crianças mais novas manifestem, por meio de seus familiares, o desejo de visitar pacientes com os quais possuem vínculo afetivo. Nesse cenário, o papel do psicólogo é fundamental para mediar essa experiência. Analise as afirmativas a seguir sobre a atuação do psicólogo na visita de crianças na UTI de acordo com **Baptista, Wosnes e Fonseca (2023)**:

- I. O psicólogo deve preparar a criança para a visita, explicando de forma lúdica e adequada à sua idade o ambiente da UTI, os equipamentos e a condição do paciente, a fim de minimizar medos e fantasias.
- II. É responsabilidade do psicólogo avaliar a capacidade da criança de compreender a situação e lidar com ela emocionalmente, bem como o vínculo e a qualidade da relação com o paciente, antes de autorizar a visita.
- III. O psicólogo atua na preparação do paciente em receber a visita, com o objetivo de garantir que o paciente não manifeste nenhuma emoção negativa que possa afetar a criança, controlando estritamente suas reações.
- IV. Após a visita, o psicólogo deve oferecer um espaço para a criança expressar seus sentimentos e dúvidas, auxiliando na elaboração da experiência e no enfrentamento de possíveis impactos emocionais.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e III.
- b) II e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II e IV.
- e) III e IV.

52. Conforme Botega (2012), o abuso sexual infantil é uma das formas mais graves de maus-tratos praticados contra a criança. Particularmente ao manejo de demandas correlatas no contexto hospitalar, avalie as seguintes afirmações:

- I. Apesar de frequentemente praticado com uso da força física, o abuso sexual pode não deixar marcas visíveis, dificultando sua comprovação. Daí, o relato da criança, especialmente as muito pequenas, poderá ser tomado como fantasioso.



- II. Na maior parte das vezes, as crianças abusadas sexualmente são trazidas ao serviço de emergência com outras queixas, muitas vezes conduzidas pelo próprio abusador.
- III. Como a maioria dos casos de abuso sexual é praticada por pessoas da família da criança ou próximas a ela, a revelação da violência pode ser precipitada.
- IV. A revelação do abuso e a possibilidade de a criança receber algum tipo de ajuda podem ser demoradas.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

53. Conforme a definição de Cuidados Paliativos (CP) adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e citada no Manual de Cuidados Paliativos (D'Alessandro *et al.* 2023), a abordagem visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Considerando a complexidade e a abrangência dessa definição, qual é a principal implicação conceitual para a atuação da equipe transdisciplinar no cuidado ao paciente e à família em Cuidados Paliativos?

- a) A atuação deve priorizar a dimensão física do sofrimento, delegando os aspectos psicossociais e espirituais a profissionais específicos, mantendo a autonomia de cada núcleo profissional.
- b) O foco central da equipe transdisciplinar deve ser a busca pela reversão da doença ameaçadora à vida, utilizando a abordagem paliativa como suporte em casos de insucesso terapêutico.
- c) A equipe transdisciplinar deve operar na integração de saberes e na interdependência de ações, buscando uma visão compartilhada do sofrimento e das necessidades do paciente e da família, superando a justaposição de intervenções disciplinares.
- d) A principal função da equipe é garantir a adesão do paciente aos tratamentos curativos, sendo a família um suporte secundário no processo de cuidado.
- e) A intervenção da equipe transdisciplinar deve ser iniciada apenas quando o paciente se encontra na fase final da vida, visto que a identificação precoce é prerrogativa exclusiva da equipe médica.

54. No livro *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (Bruscato; Benedetti; Lopes, 2004), Lima (2004) adverte que o ambiente de enfermaria pediátrica traz à tona intensa demanda de ordem psicológica e subjetiva, tornando fundamental o preparo técnico consistente para oferta de suporte adequado aos pacientes e respectivos familiares.

- I. A criança está em desenvolvimento sob várias óticas (física, mental, social). Portanto, apresenta um aparato psíquico ainda imaturo para lidar com as adversidades vividas no contexto de adoecimento e hospitalização.
- II. Há uma cobrança implícita pela perfeição materna. Por isso, muitas vezes, as mães priorizam se adequar às expectativas da equipe hospitalar em detrimento daquilo que realmente elas estão em condições de oferecer.
- III. Familiares e acompanhantes ficam vulneráveis emocionalmente ao testemunhar as limitações e o sofrimento impostos ao próprio filho e às demais crianças.
- IV. As intervenções assistenciais em enfermaria pediátrica, parcamente, apontam para aspectos relacionais entre a tríade paciente-família-equipe.



Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e III.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e II.
- e) II e IV.

55. O planejamento avançado de cuidados compõe relevante etapa nos cuidados paliativos. O ideal é que essa conversa seja feita enquanto o paciente ainda tenha capacidade para decidir sobre si. Mas, também pode ser feita com familiares ou representante legal, caso a pessoa não consiga mais responder. Respectivamente ao que o *Manual de cuidados paliativos*(D'Alessandro *et al.*,2023) preconiza sobre as etapas do planejamento avançado de cuidados, avalie as seguintes afirmações:

- I. Ao dar informações evitar eufemismos e usar termos técnicos: procurar ser claro e objetivo ao passar informações sobre o estado de saúde atual e quais escolhas ele poderá encarar no futuro.
- II. Deve-se perguntar para o paciente se ele quer ser envolvido nos processos de tomada de decisão ou se prefere que a equipe fale com um familiar; se for apropriado, estimular o paciente a chamar familiares para a conversa.
- III. É interessante que nesse processo se pergunte ao paciente também quem ele gostaria que fosse abordado sobre tomada de decisões de tratamentos, no caso de ele não conseguir falar por si.
- IV. Após ponderar os aspectos pessoais e técnicos envolvidos é que se constrói o planejamento de cuidados avançado, o qual deve ser compartilhado somente com a equipe de saúde, de maneira a garantir o sigilo das informações.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

56. De acordo com Almendra (2018), ao trabalhar com pais de bebês internados em UTI Neonatal, o psicólogo deve estar atento às questões dos genitores, assisti-los em seu processo de formação de vínculo afetivo saudável com o filho e focalizar possíveis perdas reais ou psíquicas que possam ocorrer. Nessa perspectiva, avalie as seguintes afirmações:

- I. O grupo de pais é potente para trabalhar perdas psíquicas que possam ocorrer, tais como o luto pelo filho real (vivo e hospitalizado), assim como o luto pelo filho imaginário e pelas situações imaginadas durante a gestação.
- II. O trabalho com grupo de pais pode auxiliar na elaboração psíquica ao redor da maternidade e da paternidade.
- III. O trabalho com grupo de pais em UTI Neonatal tem se mostrado muito profícuo, dispensando o acompanhamento individual do casal.
- IV. Em um grupo de pais com bebês internados na UTI Neonatal, ao escutarem a fala de outros participantes, os genitores podem reconhecer algo que lhes é próprio e, assim, será mais fácil sua aceitação.



Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e III.
- e) II e IV.

57. Considerando que a unidade psiquiátrica em hospital geral visa à intervenção integral e à estabilização de pacientes em crise, conforme preconizado por modelos de tratamento baseados em evidências segundo Mueser, 2004 (citado por Baptista 2021), as abordagens para usuários com transtornos mentais agudos devem ser multifacetadas. Nesse contexto, analise as propostas de intervenção abaixo e identifique aquela(s) que constitui(m) o tratamento adequado para essa população durante a internação.

- I. Intervenção Psicofarmacológica e Manejo Clínico: A prioridade inicial é a estabilização do quadro agudo por meio da administração e ajuste de medicamentos antipsicóticos. Esta abordagem inclui a avaliação clínica contínua para monitorar a eficácia, os efeitos colaterais e garantir a segurança do paciente, sendo a base para que outras intervenções possam ocorrer.
- II. Psicoeducação Familiar e Individual: A abordagem envolve orientar o paciente (à medida que seu estado clínico permite) e, fundamentalmente, seus familiares sobre o transtorno, os sintomas, a importância da adesão ao tratamento e os sinais de uma possível recaída. A psicoeducação capacita a rede de apoio e reduz o estigma, sendo um pilar para a continuidade do cuidado pós-alta.
- III. Implementação Imediata de Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicoses (TCCp) e Treinamento de Habilidades Sociais (THS): A equipe deve iniciar, já no primeiro dia de internação, sessões estruturadas de TCCp para reestruturar as crenças delirantes do paciente e de THS para corrigir déficits de interação social. Essas abordagens são consideradas a principal ferramenta para a remissão dos sintomas agudos, superando a eficácia da medicação.
- IV. Foco na Contenção e Observação, com Intervenções Verbais Mínimas: A prioridade do tratamento na internação é garantir a segurança do ambiente por meio de contenção (mecânica ou química) e observação contínua. As intervenções verbais e psicossociais devem ser minimizadas para não "ativar" os sintomas psicóticos, sendo o silêncio terapêutico a principal ferramenta de cuidado até a estabilização completa do paciente.
- V. Planejamento de Alta e Articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Desde o início da internação, a equipe planeja a alta, identificando as necessidades do paciente e articulando a continuidade do tratamento com os serviços territoriais de saúde mental (como CAPS). O objetivo é garantir uma transição segura e prevenir reinternações, promovendo a reinserção social.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I, II e V estão corretas.
- b) I, III e IV estão corretas.
- c) II, III e V estão corretas.
- d) IV e V estão corretas.
- e) V está correta.

- 58.** Analise o caso: João, 35 anos, foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) e encontra-se internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral Santa Maria. Após 48 horas de internação, a equipe médica, liderada pelo neurologista, levantou a suspeita de Morte Encefálica (ME) devido à ausência de reflexos de tronco cerebral e apneia. A família de João é composta por sua esposa, Ana (33 anos), e seus pais, Maria (60 anos) e Pedro (65 anos). Ana e Maria demonstram grande dificuldade em aceitar a gravidade do quadro. Elas se apegam ao fato de que o coração de João ainda bate e que ele está "respirando" com a ajuda dos aparelhos, o que gera uma intensa ambiguidade e negação da morte. O protocolo de diagnóstico de ME, que exige a realização de exames clínicos e complementares em um período de 3 a 5 dias, foi iniciado.

Considerando a complexidade do caso e a atuação do psicólogo hospitalar em situações de Morte Encefálica, analise as seguintes condutas que devem ser adotadas pela psicóloga Camila:

- I. Manter o acompanhamento contínuo da família durante todo o protocolo de ME (3 a 5 dias), oferecendo um espaço de escuta qualificada para a expressão das angústias e validando o sofrimento diante da ambiguidade da situação.
- II. Atuar na mediação da comunicação entre a equipe médica e a família, auxiliando na clarificação do conceito de Morte Encefálica como morte legal e irreversível, e diferenciando-o da manutenção artificial das funções cardiorrespiratórias.
- III. Adotar uma abordagem uniforme para todos os membros da família, visando neutralizar as reações emocionais distintas (raiva de Ana, choque de Maria e racionalização de Pedro) e acelerar o processo de aceitação do diagnóstico.
- IV. Após a confirmação da ME, abordar a possibilidade de doação de órgãos de forma direta e incisiva, aproveitando o interesse inicial de Pedro para garantir a concretização do processo em benefício de outros pacientes.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I está correta.
- b) I e II estão corretas.
- c) II e III estão corretas.
- d) III e IV estão corretas.
- e) II, III e IV estão corretas.

- 59.** Sobre atuação da equipe multidisciplinar ao abordar a dimensão espiritual do paciente e da família, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A equipe deve focar a intervenção espiritual da religião formal do paciente, pois o sagrado é encontrado por meio da religião, sendo esta a fonte mais comum de transcendência.
- b) A abordagem espiritual deve ser delegada ao profissional de assistência religiosa/capelanía, pois a espiritualidade, sendo pessoal e subjetiva, não é um domínio de competência dos demais membros da equipe transdisciplinar.
- c) A dimensão espiritual deve ser abordada pela equipe quando o paciente manifestar um sofrimento espiritual explícito, sendo irrelevante em fases iniciais do tratamento.
- d) A equipe deve reconhecer a espiritualidade como uma dimensão inerente ao ser humano, distinta da religiosidade, e atuar de forma a identificar as fontes individuais de sentido e propósito do paciente, integrando-as ao plano de cuidados de forma acolhedora e não-invasiva.
- e) O propósito da intervenção espiritual da equipe é sempre buscar a conversão ou a adesão do paciente a um sistema de crenças que promova o conforto e a aceitação da finitude.



60. Bellkiss Romano no livro *Psicologia hospitalar: desafios do cotidiano – da vida adulta à velhice* (2023), em sua análise sobre a inserção do psicólogo na gestão hospitalar, argumenta que a atuação profissional deve se alinhar às exigências da "Economia do Conhecimento". Neste contexto, o psicólogo transcende o papel clínico tradicional para se tornar um agente estratégico.

De acordo com essa perspectiva de gestão e resultados, qual é a principal implicação da "Economia do Conhecimento" para o escopo de trabalho do psicólogo na organização hospitalar?

- a) Priorizar a intervenção psicoterapêutica breve e focada em pacientes, reduzindo o tempo de internação e, consequentemente, os custos hospitalares.
- b) Reduzir o foco na gestão de pessoas, uma vez que a "Economia do Conhecimento" valoriza primariamente a tecnologia e os equipamentos de ponta.
- c) Transformar o conhecimento e as competências psicossociais em capital estratégico mensurável, por meio da criação e aplicação de indicadores de desempenho que impactam diretamente a qualidade e a produtividade.
- d) Limitar a atuação do psicólogo à área de Recursos Humanos (RH), concentrando-se em recrutamento e seleção de profissionais de saúde com alto grau de especialização técnica.
- e) Concentrar-se na humanização do ambiente hospitalar, desconsiderando a necessidade de alinhar as práticas psicológicas aos objetivos financeiros e de mercado da instituição.