Estratégia CONCURSOS

Aul

Provas de Psicologia Comentadas

Professor: Alyson Barros

CURSO DE PROVAS DE **PSICOLOGIA** COMENTADAS



FGV, IADES, CESPE, FCC, CESGRANRIO, FUNRIO, AOCP

PROFESSOR
ALYSON BARROS

Aula 00

Considerações Iniciais **2**

Prova 1 – CESPE – TCDF – 2014 **6**

Conteúdos do Edital *6*

Questões *8*

Questões Comentadas e Gabaritadas *15*

Considerações Finais **38**

Estratégia CONCURSOS

Observação importante: este curso é protegido por direitos autorais (copyright), nos termos da Lei 9.610/98, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Grupos de rateio e pirataria são clandestinos, violam a lei e prejudicam os professores que elaboram o curso. Valorize o trabalho de nossa equipe adquirindo os cursos honestamente através do site Estratégia Concursos.

Considerações Iniciais

Um dos maiores problemas dos concurseiros de psicologia tem sido encontrar bons materiais para estudo para as mais diversas bancas. Felizmente, com a nossa entrada no mercado, muita coisa mudou. Hoje temos centenas de concurseiros de psicologia em um nível profissional de domínio de bancas e de conteúdos. Porém, ainda faltava no mercado um curso de provas comentadas com comentários especializados sobre as questões e a forma de pensar da banca.

Foi pensando nisso que lancei[1] pelo **Estratégia Concursos** dois grandes cursos. Um com **1000 questões inéditas de psicologia comentadas** e outro de **Provas de Psicologia Comentadas**. Foram cursos com baixa vendagem quando lançamos em 2013. Pouco mais de 30 alunos compraram esses cursos no curtíssimo espaço de tempo em que abri para compra. Para minha felicidade, tivemos a confirmação da seriedade de nosso trabalho: os primeiros lugares dos grandes concursos que trabalhei também compraram esses cursos de questões inéditas e de provas comentadas!!!

Você tem em mãos agora o curso atualizado de **Provas de Psicologia Comentadas**, com muito mais provas e todas de 2013 e 2014. Aqui iremos direto ao ponto! Não tem metodologia revolucionária para os estudos nem informação escondida. O que temos para oferecer é **seriedade**, como sempre, na preparação de qualquer concurseiro que queira melhorar seu rendimento: muita questão, muito conteúdo apresentado de forma certa e muitas bancas. Nosso objetivo não é ensinar psicologia, mas ensinar a responder questões, pois é isso o que qualquer banca exige dos candidatos.

[1] Eu sou o **Professor Alyson Barros**, Analista do Planejamento e Orçamento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Trabalho com concursos de psicologia desde 2011. Não falarei de minha formação acadêmica, pois sei que você não está aqui por conta do meu mestrado, especialização ou publicações, mas pela sua vontade de entrar ser aprovado. Confira os resultados do meu trabalho no meu site: http://www.psicologianova.com.br/historias-ex-concurseiros/

Esse é um curso de **altíssimo nível** para alunos que querem chegar ao nível máximo de seus respectivos desempenhos. É um curso onde você terá a oportunidade de responder as questões de cada prova, ver a correção de um profissional na área dos concursos (Professor Alyson Barros) e entender como cada banca pensa! É um curso **original** e **único** no Brasil.

Ao longo de 25 dias sequenciados nós trabalharemos as seguintes provas:

Provas	Banca	local	ano	Data
1	CESPE	TCDF	2014	20/ago
2	CESPE	CNJ	2013	21/ago
3	CESPE	MPU	2013	22/ago
4	CESPE	DEPEN	2013	23/ago
5	CESPE	TRT 8ª Região	2013	24/ago
6	CESPE	SESA/ES	2013	25/ago
7	IADES	EBSERH/Januário Cicco – P. Hospitalar	2014	26/ago
8	IADES	EBSERH/UFBA - Psicólogo Hospitalar	2014	27/ago
9	IADES	EBSERH/HUOL - Psicólogo Hospitalar	2014	28/ago
10	IADES	EBSERH/HUOL – P. Organizacional	2014	29/ago
11	IADES	Metrô - Psicólogo Organizacional	2014	30/ago
12	AOCP	EMPAER	2013	31/ago
13	AOCP	EBSERH/UFGD	2014	01/set
14	AOCP	EBSERH/HU-UFS	2014	02/set
15	FGV	DJ/RJ	2014	03/set
16	FGV	AL/BA	2014	04/set
17	FGV	TJ/AM	2013	05/set
18	FGV	MP/MS	2013	06/set
19	FCC	TRT 12ª Região	2013	07/set
20	FCC	TRT 18ª Região	2013	08/set
21	FCC	AL-RN	2013	09/set
22	FCC	TRT-PB	2014	10/set
23	FCC	DP/RS	2013	11/set
24	FUNRIO	INSS	2013	12/set
25	CESGRANRIO	BNDES	2013	13/set

São 25 provas especiais para qualquer excelente preparação. Visite meu canal no **Youtube** e confira as entrevistas dos nossos alunos recentemente aprovados.

Praticamente todos tiveram acesso ao primeiro curso de provas comentadas do ano passado.

Você ainda tem acesso ao nosso fórum no Estratégia Concursos, para enviar questões diretamente para mim. Como o período de venda do curso é curto, o seu período de acesso também será, por isso, siga o nosso ritmo!

Assim como desse lado da aula farei o trabalho mais sério e honesto possível, quero que você também cumpra o seu papel como concurseiro de alto nível. Nosso curso pode ser dividido em até 10x sem juros. Sai R$ 15,00 por mês. Sim, nos esforçamos ao máximo para reduzirmos os rateios e para privilegiarmos os concurseiros **honestos**. Poderia discorrer horas sobre o comportamento cultural de ratear e de catalogar exageradamente informações, assim como também poderia falar durante muito tempo sobre a "coincidência" de todos os aprovados nos concursos que trabalhamos terem se comprometido honestamente com o nosso trabalho através de suas matrículas e participação no nosso fórum. Não farei isso, prefiro utilizar uma tecnologia mais madura e assertiva (SQN) para lidar com a malandragem e as salvaguardas (vide Adler). Eis que apresento a vocês o **vodu do Rateio**!



Qualquer um pode marcar com caneta no desenho, mas o efeito só serve para quem estiver rateando!

Brincadeiras a parte, o curso dá um trabalho enorme para ser elaborado e eu, como profissional, gosto de ter o meu trabalho respeitado. Não é um curso caro. Veja concorrentes lançando cursos ~~inúteis~~ ~~inferiores~~ ~~fracos~~ aquém do óbvio a R$ 800,00! Fizemos o máximo para termos um preço razoável para o aluno. Aproveite!

Essa é a nossa aula demonstrativa, espero que goste da nossa prova e saia dominando, a cada dia, cada prova trabalhada.

Vamos começar?

Professor Alyson Barros

Prova 1 – CESPE – TCDF – 2014

Essa será a nossa primeira prova trabalhada. A seguir, apresentarei os conteúdos pedidos e a prova para você responder.

Conteúdos do Edital

PSICOLOGIA: 1 Ética profissional: psicólogos clínicos e bioética na saúde. 2 Avaliação psicológica e psicodiagnóstico. 2.1 Fundamentos e etapas da medida psicológica. 2.2 Instrumentos de avaliação: critérios de seleção, avaliação e interpretação dos resultados. 2.3 Técnicas de entrevista. 2.4 Laudos, pareceres e relatórios psicológicos, estudo de caso, informação e avaliação psicológica. 3 Teorias e técnicas psicoterápicas. 3.1 Psicoterapia individual, grupal, de casal e de família, com crianças, adolescentes e adultos. 3.2 Abordagens teóricas: psicanálise (Freud, M. Klein, Winnicott, Lacan), cognitivo-comportamental (Skinner, Beck), humanista-existencial (Rogers, Perls), sócio-histórica (Vygotsky, Luria) e psicodrama (Moreno). 4 Psicologia do desenvolvimento. 4.1 A criança e o adolescente em seu desenvolvimento normal e psicopatológico. 4.2 Clínica infantil e do adolescente: teoria e técnica. 4.3 Violência na infância, na adolescência e na família. 4.4 Dificuldades de aprendizagem e crianças com necessidades especiais: dificuldade de leitura, escrita e matemática. 5 Psicopatologia. 5.1 Transtornos de humor. 5.2 Transtornos de personalidade. 5.3 Transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. 5.4 Transtornos de ansiedade. 5.5 Transtorno do estresse pós-traumático. 5.6 Transtornos depressivos. 5.7 Transtornos fóbicos. 5.8 Transtornos psicossomáticos. 5.9 Transtornos somatoformes. 5.10 Esquizofrenia. 5.11 Outros transtornos psicóticos. 5.12 Estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão). 6 Psicologia da saúde. 6.1 Psicologia hospitalar: ética em saúde e no contexto hospitalar. 6.2 Processo saúde-doença (doenças crônicas e agudas). 6.3 Impacto diagnóstico. 6.4 Processo de adoecimento. 6.5 Enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. 6.6 Teorias e manejos do estresse. 6.6.1 Teorias e manejo da dor. 6.6.2 Estilos de enfrentamento. 6.6.3 O impacto da doença e da hospitalização sobre o doente e a família. 6.7 Ações básicas de saúde: promoção. 6.7.1 Prevenção. 6.7.2 Reabilitação. 6.7.3 Barreiras e comportamentos de saúde. 6.7.4 Níveis de atenção à saúde. 6.8 Equipes interdisciplinares: interdisciplinaridade e multidisciplinaridade em saúde. 6.9 O papel do psicólogo na equipe de cuidados

básicos à saúde. 7 Intervenção psicológica em problemas específicos. 7.1 Terceira idade e violência. 7.2 O processo de envelhecimento e as doenças crônicas e degenerativas. 7.3 Tratamento e prevenção da dependência química: álcool, tabagismo, outras drogas e redução de danos. 7.4 Tratamento multidisciplinar da obesidade. 7.5 Outras demandas específicas de intervenção psicológica. 8 Psicologia institucional e comunitária. 8.1 Objetivos e níveis da higiene mental. 8.2 Promoção da saúde como paradigma reestruturante de intervenção: o papel do psicólogo nessa perspectiva e sua inserção na equipe multidisciplinar. 8.3 Objetivos, métodos e técnicas de intervenção do psicólogo no campo institucional.

Questões

Em relação à ética profissional do psicólogo clínico e à bioética na saúde, julgue os itens a seguir.

61 Na área da psicologia, em pesquisas que envolvam seres humanos, deve-se seguir um protocolo determinado por um comitê de ética, e o pesquisador deve ter o compromisso prévio de tornar público os resultados da pesquisa.

62 A relação existente entre a intervenção do psicólogo clínico e a bioética pressupõe uma visão de homem não dicotomizada, que trata o objetivo e o subjetivo, o geral e o particular da complexidade humana como forças complementares, e não excludentes.

63 Como referencial ético, o princípio da beneficência estabelece que os atos diagnósticos ou terapêuticos devam, além de não causar, evitar danos ao paciente, ao passo que o princípio da não maleficência pressupõe a oferta da melhor assistência possível ao paciente com o intuito de prevenir, remover ou evitar o malefício.

64 O princípio da autonomia, por pressupor a capacidade do indivíduo de entender e agir intencionalmente sobre o seu problema, assegura que o direito de consentir ou recusar o tratamento cabe ao paciente, ou à sua família caso o paciente seja incapaz de tomar decisões.

Um adolescente de quatorze anos de idade, analfabeto e com histórico de desmaios desde os seis anos de idade, após agredir o irmão com uma faca e posteriormente tentar suicídio, foi levado pela família ao serviço de psicologia clínica do hospital geral da cidade onde mora. O profissional que realizou o atendimento observou que o paciente apresentava dificuldades na fala e na compreensão de algumas perguntas, além de restrições motoras e sensoriais.

Considerando a situação hipotética apresentada acima, a avaliação psicológica e o psicodiagnóstico, julgue os seguintes itens.

65 Por considerar fatores como faixa etária, dificuldades motoras e verbais e nível de escolaridade do paciente, o teste Wais é indicado para esse paciente.

66 Na situação hipotética apresentada acima, a entrevista estruturada é o modelo

apropriado para ser realizado pelo psicólogo, pois lhe possibilita obter informações de modo profundo e padronizado e lhe proporciona uma grande aproximação com o paciente, o que resulta em uma grande eficácia na avaliação psicológica e no psicodiagnóstico.

67 Ao realizar uma entrevista sistêmica, o psicólogo poderá utilizar o genetograma, que consiste em um instrumento clínico de investigação inter- e transgeracional, para avaliar a estrutura e a psicodinâmica da família do paciente.

68 Na avaliação psicológica inicial, o psicólogo que atender a esse adolescente deverá priorizar a aplicação de testes a fim de verificar o grau de comprometimento cognitivo e motor do paciente.

No que se refere ao processo de avaliação psicológica, julgue os próximos itens.

69 Na avaliação psicológica, o objetivo da classificação nosológica é investigar as irregularidades ou inconsistências do quadro sintomático do paciente, para possibilitar a diferenciação das alternativas diagnósticas, os níveis de funcionamento ou a natureza da patologia do paciente.

70 Na emissão de um laudo psicológico, o psicólogo deverá respeitar o direito do indivíduo de conhecer os resultados da avaliação psicológica, as interpretações feitas por esse profissional e as bases nas quais se fundamentam suas conclusões.

71 Caso haja extinção do serviço de psicologia de determinado hospital, o psicólogo responsável pelo serviço deverá informar ao Conselho Regional de Psicologia e este providenciará a destinação correta dos arquivos confidenciais.

Acerca da intervenção do psicólogo, julgue os itens subsequentes.

72 Nos casos de pacientes em tratamento para cirurgia da obesidade, a anamnese realizada na avaliação psicológica pré-operatória busca identificar, entre outros fatores, a existência de padrões de compulsão alimentar, ansiedade e depressão.

73 As causas da obesidade são multifatoriais, e a eficácia do tratamento preconiza o trabalho multidisciplinar, no entanto são responsabilidades específicas do médico o diagnóstico e a indicação do tratamento.

74 Compete ao psicólogo forense o diagnóstico e tratamento de sintomatologias e patologias de forma a reduzir o sofrimento do indivíduo e diminuir as ocorrências de delitos.

75 O psicólogo que atua na comunidade deve abster-se de intervir em situações de crise, como divórcio parental e violência doméstica.

76 Se o psicólogo, na avaliação inicial, perceber sinais de violência contra o paciente idoso e constatar perigo iminente, deverá agir de forma a garantir a integridade e a segurança do paciente.

77 A Escala de Depressão Geriátrica é o instrumento mais conhecido para o diagnóstico da depressão em pacientes idosos, sendo o seu uso restrito a médicos e psicólogos.

Com relação ao tratamento e à prevenção da dependência química, julgue os itens que se seguem.

78 Uma das estratégias possíveis no tratamento da dependência química, pautada na redução de danos, é a terapia de substituição, que consiste na troca da droga por outra com a qual o usuário possa estabelecer um padrão de uso menos danoso.

79 A síndrome disfórica tardia é a primeira fase da síndrome de abstinência da cocaína e caracteriza-se por drástica redução do humor e da energia, hipersonia, sintomas depressivos, arrependimento pelo uso da droga e esgotamento físico.

80 Na entrevista motivacional para o tratamento da dependência química, o psicólogo clínico é o responsável por estabelecer uma relação empática com o paciente, ao mesmo tempo em que estimula a autonomia, a responsabilidade pessoal e o desejo de mudança por meio de uma abordagem diretiva e não confrontativa.

Com relação à psicoterapia individual e à clínica infantil e do adolescente, julgue os itens subsequentes.

81 As entrevistas diagnósticas são empregadas para diagnósticos psiquiátricos e nosográficos, fundamentais no acompanhamento de adolescentes vítimas de violência ou com dificuldades de aprendizagem.

82 Ainda que o adolescente apresente demanda espontânea para atendimento psicológico, é necessária a realização de entrevistas com seus pais ou responsáveis, assim como sua participação e responsabilização durante o tratamento do adolescente sob sua responsabilidade.

83 O tipo de estrutura familiar e a maneira como os membros da família se relacionam desempenham papel essencial nos quadros patológicos desenvolvidos por crianças e adolescentes.

84 Em respeito à relação transferencial e ao pacto de sigilo estabelecido entre o psicólogo e o adolescente, a transmissão, aos pais ou responsáveis, da conclusão final do caso avaliado só poderá ocorrer na presença do adolescente.

85 Constatando-se, durante o tratamento individual da criança ou do adolescente, dificuldades no âmbito familiar, sugere-se indicar terapia de casal e(ou) terapia familiar.

86 Qualquer acompanhamento psicoterápico inicia-se pelas entrevistas iniciais.

87 No atendimento aos adolescentes, o único objetivo das entrevistas é o diagnóstico psicológico da família.

Dora, com sete anos de idade, foi atendida por um pediatra que constatou que ela havia perdido peso, andava chorando facilmente e apresentava medo de se alimentar, razão por que a encaminhou para acompanhamento psicológico. Nas primeiras entrevistas realizadas pelo psicólogo, a mãe de Dora relatou que os sintomas constatados pelo pediatra haviam começado aproximadamente seis semanas antes, após um episódio de engasgo. A partir de então, Dora passou a mostrar-se ansiosa e a relatar medo de morrer. Além disso, Dora apresenta dificuldades em se separar da mãe quando chega à escola, reluta em ficar em casa quando a mãe não está presente, tem pesadelos recorrentemente e acorda com dores abdominais, chorando e dizendo que está com medo de que a mãe morra.

Considerando essa situação hipotética, julgue os itens subsecutivos.

88 A preocupação excessiva de Dora em relação à ingesta alimentar, associada à ansiedade, reflete um quadro de transtorno dismórfico corporal.

89 Dora apresenta um transtorno de ansiedade de separação, evidenciado pela ocorrência de pesadelos, pela ansiedade e pela relutância em separar-se da mãe.

90 O sofrimento apresentado pela criança no caso clínico citado é significativo, acarretando prejuízos no âmbito social e no escolar.

91 O medo de comer indica que Dora apresenta um transtorno da alimentação da primeira infância, associado a um transtorno de apego reativo.

92 O diagnóstico mais provável nesse caso é de anorexia, já que Dora apresenta consequências orgânicas, psicológicas, sociais e escolares.

93 Em uma escuta psicanalítica, o profissional deverá focar a atenção nas vivências

infantis de Dora e nas experiências transcorridas em sua relação com sua mãe.

94 Com base nas teorias de Jacques Lacan, é correto afirmar que Dora apresenta uma distorção do esquema corporal devido à impossibilidade de constituição da imago totalizante.

95 Dada a falta de apetite, Dora deve ser diagnosticada com transtorno de somatização.

Com relação à abordagem psicanalítica, julgue os itens a seguir.

96 De acordo com a psicanálise, o delírio consiste em uma nova realidade construída pelo sujeito para suportar os conflitos advindos da realidade cotidiana.

97 O desmentido, mecanismo que permite a constituição da psicose, consiste no reconhecimento e na posterior negação, pelo sujeito, da castração.

98 Conforme a psicanálise, os sintomas apresentados pelo paciente são suficientes para a realização do diagnóstico diferencial.

99 De acordo com as teorias lacanianas, há três possibilidades estruturais do sujeito: neurose, psicose e perversão.

100 A recusa é o mecanismo de defesa utilizado pelo sujeito diante da neurose.

A respeito da psicologia institucional e do trabalho do psicólogo nesse contexto, julgue os itens seguintes.

101 O psicólogo deve se tornar parte do grupo com o qual ele trabalha como estratégia de aproximação e intervenção informal, no sentido de criar um ambiente mais descontraído para oferecer informações e discutir objetivos e resultados.

102 Nas equipes multidisciplinares em hospitais, o psicólogo institucional atua em parceria com a equipe médica para obter subsídios que viabilizem sua intervenção junto ao paciente no que se refere ao processo saúde-doença.

103 As tarefas do psicólogo são determinadas por seu empregador, caso se trabalhe com esse tipo de vínculo, ou podem igualmente ser definidas por suas observações e estudos diagnósticos acerca das necessidades locais.

104 Os objetivos de intervenção do psicólogo podem mudar ao longo do trabalho, mas devem ser avaliados e respeitados com base na ética e nas necessidades percebidas pelo próprio psicólogo.

105 Sob o ponto de vista do psicólogo e de seu trabalho, são instituições: igrejas, escolas, teatros, agências governamentais, asilos, prisões e outros.

Julgue os itens a seguir, referentes aos transtornos de humor e de ansiedade.

106 Na depressão podem ocorrer sintomas de irritabilidade, ansiedade, sonolência, insônia e inapetência.

107 Tanto um portador de transtorno de estresse pós-traumático quanto um portador de fobia específica podem apresentar temor intenso acompanhado de reatividade fisiológica frente a um mesmo estímulo ou situação como, por exemplo, uma viagem de barco.

108 Portadores de fobia social evitam todo tipo de evento social e toda atividade realizada em público, como, por exemplo, assistir a uma cerimônia religiosa, comer em restaurantes, assinar cheques em comércio ou pedir informações em um guichê de shopping.

109 No transtorno obsessivo-compulsivo, o paciente realiza rituais mentais ou motores com a intenção de reduzir a ansiedade causada pela possibilidade de concretização de seus pensamentos obsessivos.

110 O paciente que apresenta instabilidade de humor, com variação frequente e repetida entre elação e depressão muito leves, podendo ainda haver períodos longos de estabilidade, apresenta características de distimia.

Julgue os itens de 111 a 115, acerca dos aspectos da psicologia da saúde.

111 As doenças agudas, geralmente, têm como características o surgimento abrupto, a duração limitada, o diagnóstico e o prognóstico acurados e a possibilidade de cura.

112 Problemas psicológicos podem desencadear o adoecimento físico. Um exemplo é a maior incidência de enfarto do miocárdio entre pacientes depressivos do que entre seus pares com situações físicas semelhantes, mas sem depressão.

113 A assistência multidisciplinar em hospitais, se não for bem planejada, pode ser estressante para o paciente porque implica a interação dele com um maior número de pessoas, o que demanda recursos psicológicos que, em geral, já estão limitados.

114 Em caso de doença aguda é desejável e esperado que o paciente adote uma postura mais proativa no manejo dos problemas a ela associados quando comparado ao paciente com doença crônica.

115 A avaliação da dor crônica é facilitada pelo preenchimento de um diário de dor pelo paciente, o qual inclui, entre outras variáveis, a localização da dor, os possíveis desencadeadores, a intensidade da dor e uma variável psicossocial.

No que se refere ao estresse e às suas consequências, julgue os próximos itens.

116 O estresse aumenta a pressão sanguínea porque, uma vez detectado o estímulo estressor, o hipotálamo estimula a hipófise e ela libera hormônios que, ao cair na corrente sanguínea, contraem as paredes dos vasos.

117 O estresse, como síndrome geral de adaptação, implica a quebra da homeostase interna e tem impacto nos níveis físico, que corresponde à fase de alerta; emocional, que corresponde à fase de resistência; e social, que corresponde à fase de exaustão.

118 De acordo com a teoria do estresse proposta por Selye, o manejo do estresse pode ser feito pela remoção de estressores desnecessários à vida e por meio de evitação ou fuga das condições adversas que o causam.

Com relação às substâncias psicoativas, seu uso e tratamento, julgue os itens subsecutivos.

119 Para usuários de substâncias psicoativas que estejam em tratamento e já em abstinência é adequado que o terapeuta questione, a cada sessão, se sentiu fissura ou se teve sonho ou fantasia com o uso da droga, os quais seriam sinais de risco para recaída.

120 Para pessoas depressivas, ou propensas à depressão, o uso crônico da maconha produz uma intensa sensação de ânimo e bem-estar.

Questões Comentadas e Gabaritadas

61. C

A Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, trata sobre as **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, e é o fundamento dos estudos da Bioética em pesquisas no Brasil. Segundo essa Resolução, todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. Por fim, a descrição da pesquisa, compreende itens como a declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não e a declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

62. C

A Bioética é uma ética aplicada, chamada também de "ética prática", que visa "dar conta" dos conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde do ponto de vista de algum sistema de valores. É uma área que envolve várias disciplinas e que atua sobre questões onde não existe um consenso. Essa visão articulada atua, na área da saúde, em questões como: aborto, fertilização in vitro, eutanásia, clonagem, transgênicos, etc. Além disso, atua na responsabilização moral dos pesquisadores e dos profissionais dessa área. A intenção é de estabelecer padrões universais, estabelecidos após a discussão criteriosa dos assuntos abordados, para uma sociedade mais justa e promotora do bem estar social. A ciência não é vista como um ente isolado ou acima da humanidade. Ao contrário, a ciência e a atuação profissional devem ser norteados sempre por um bem maior.

Sobre isso:

A transdisciplinaridade insere-se no contexto maior do paradigma da complexidade, resposta à crise do paradigma cartesiano das ideias claras e distintas. O método científico cartesiano consiste em analisar, distinguir e separar para chegar

aos elementos formadores da realidade. Disso resulta a perda da visão de conjunto, eliminando o que não for claro e distinto. A explicação da organização do todo não é captada pelo caminho analítico, pois o ruído, a desordem ou a contradição são excluídos como alheios à realidade.

O pensamento da complexidade propõe-se a obviar tais deficiências do cartesianismo e se caracteriza pelos desafios: não eliminar o acaso, a desordem e a incerteza da compreensão da realidade, pois são partes da evolução do universo e necessários ao equilíbrio dinâmico da realidade; superar a abstração universalista da ciência moderna que elimina a singularidade, a localidade e a historicidade, pois a biologia atual e a física quântica apontam a importância desses elementos; atentar para a complexidade da realidade, pois os fenômenos biológicos e sociais apresentam número incalculável de interações e inter-retroações, numa fabulosa mistura impossível de ser calculada pelo mais potente computador.

[...]

Os princípios do paradigma da complexidade, segundo Morin, são:

> 1) **Princípio sistêmico ou organizacional** - relaciona o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é mais que a soma das partes.
>
> 2) **Princípio hologramático** - põe em evidência que o todo é mais que as partes e está inscrito em cada parte.
>
> 3) **Princípio do circuito retroativo** - rompe com a causalidade linear, pois o efeito também retroage sobre a causa em processos autorreguladores.
>
> 4) **Princípio do circuito recursivo** - ultrapassa o princípio anterior da autorregulação e introduz a autoprodução e auto-organização pelas quais cria-se um circuito gerador de produtos e, também, dos próprios produtores e causadores do produzido.
>
> 5) **Princípio da autonomia/dependência** - os seres vivos, como auto-organizados/organizadores, autoproduzem-se retirando energia, informação e organização do meio para manterem sua autonomia.
>
> 6) **Princípio dialógico** - une, como indissociáveis na mesma realidade, noções que sempre se excluíram reciprocamente. Não se trata de superar a contradição, mas mantê-la em tensão numa concepção

dialógica entre ordem/equilíbrio-desequilíbrio/desordem e organização.

7) **Princípio da reintrodução do conhecimento ou do próprio observador** - restaura o papel do sujeito no processo do conhecimento, exigindo contínuas avaliação e reforma do pensamento pela tomada de consciência dos pressupostos do seu paradigma de conhecimento.

Para o paradigma da complexidade, há aspectos essenciais da realidade não captados pelo método clássico da ciência moderna, pois são dimensões que ultrapassam o que as diferentes disciplinas fragmentadas conseguem visualizar. São exemplos: as inter-relações e as interdependências das partes entre si; o sistema que dá unidade a um todo organizado; a íntima relação entre a auto e a eco-organização dos seres vivos e sua autoprodução; a retroação do efeito sobre a causa; a relação complementar e antagônica entre ordem e desordem.

A insuficiência na percepção da realidade para conhecimento do universo, da natureza e dos seres vivos torna-se mais grave no conhecimento sobre o ser humano, que detém complexidade muito maior como ente biocultural. O fracionamento disciplinar mostra-se reducionista e falseador da realidade humana.

Fonte: JUNGES, Jose Roque and ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4 [cited 2014-08-20], pp. 1049-1060 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400026&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400026.

63. E

Esse é o princípio da **não-maleficência**. A Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, trata sobre as **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, e é o fundamento dos estudos da Bioética em pesquisas no Brasil. Segundo essa resolução as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

a) **consentimento livre e esclarecido** dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (**autonomia**). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) **ponderação entre riscos e benefícios**, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (**beneficência**), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que **danos previsíveis serão evitados** (**não maleficência**);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (**justiça e eqüidade**).

64. C

Vide comentários da última questão.

65. E

O WAIS-III é aplicado a partir dos 16 anos de idade (até 89 anos) e sua escolha não é pautada por critérios motores. O indicado é a aplicação do WISC-III (6 – 16 anos).

66. E

Entrevistas estruturadas partem de perguntas fixas e delimitadas. Não permitem, portanto, aprofundamento em questões porventura necessárias ou, ainda, aumentar a empatia entre entrevistador e entrevistado em relação a semi-estruturada.

67. C

O **genetograma**, ou **genograma**, é descrito por Júlio de Mello Filho, livro Doença e Família (pág. 95, 2008), da seguinte forma:

Além do **genograma**, poderão utilizadas **cronologias familiares ou linhas-do-tempo** da família. Esses métodos da avaliação inter e transgeracional da família são mapas ou retratos gráficos de como os diferentes membros de uma família estão

biologicamente e legalmente relacionados uns com os outros, de uma geração para a outra.

Fazendo o genograma (o gráfico)

O genograma é construído com figuras/símbolos (quadrados e círculos), que representam as pessoas, e de linhas (cheias ou pontilhadas) que descrevem os seus relacionamentos. Pode ser criado no computador ou desenhado à mão com régua e caneta. Usualmente é melhor fazer um ou dois esquemas no início, para ver como fica a colocação dos símbolos no espaço do papel.

A constituição do genograma é realizada através de uma entrevista de avaliação clínica. Pode ser

realizado no primeiro contato. depois de o clínico ouvir o motivo da procura do atendimento. No processo do psicodiagnóstico realizado pelo psicólogo, é realizado depois da primeira ou segunda sessão. Qualquer profissional das áreas: escolar, da saúde, do direito, etc., pode se utilizar da visão gráfica das famílias, privilegiando a área que deseja confirmar um diagnóstico e proceder ao prognóstico e tratamento ou intervenções. Os dados podem ser colhidos entrevistando-se um único membro da família ou vários.

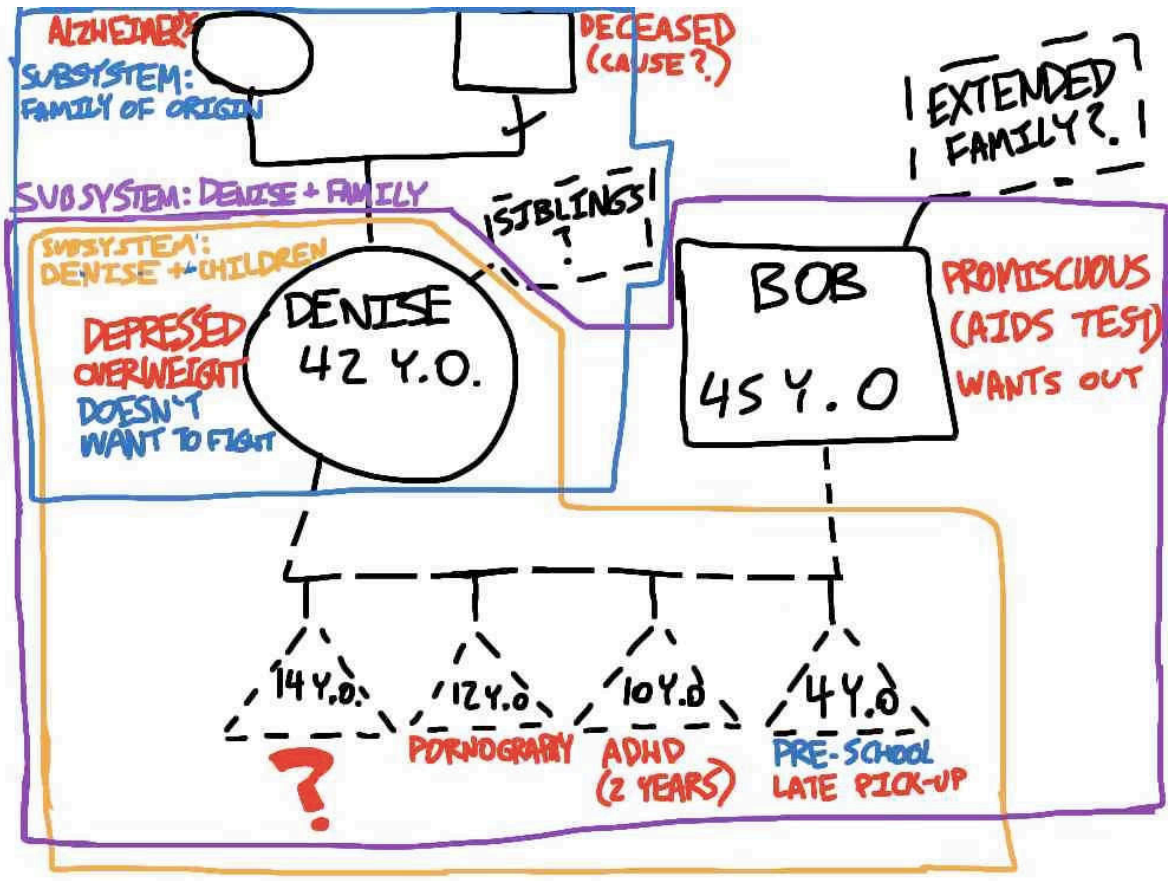
Colher informações de diferentes membros aumenta a fidedignidade dos dados e, quando reunidos em entrevista familiar, esta possibilita, de forma direta, a observação das interações. A família encontra uma nova maneira de se ver e o profissional tem no genograma um excelente recurso de entrosamento com ela uma vez que a entrevista funciona como um meio para a investigação das questões sistémicas e prepara os membros da família, para a apreensão de uma nova perspectiva sobre os eventos familiares.

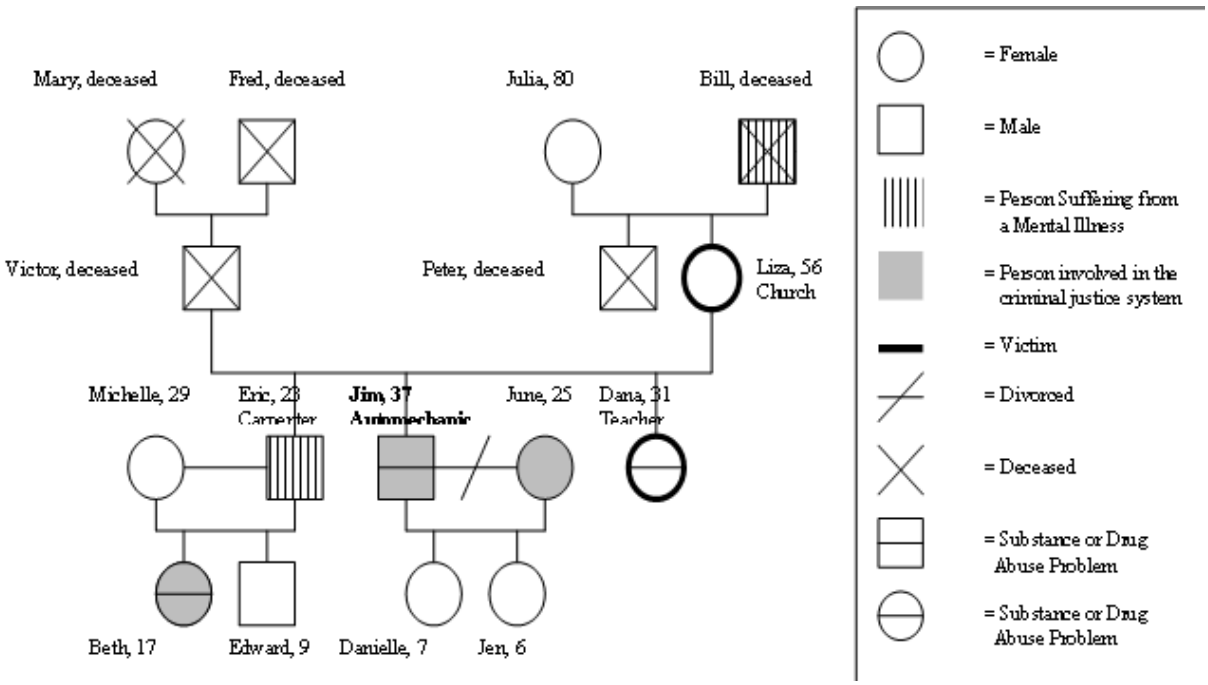
Na entrevista familiar é aconselhável a atuação de um coordenador e um observador. O coordenador registrará, com eventual ajuda da família, o mapa familiar, conduzindo as perguntas e coordenando a atividade para garantir a participação de todos. O observador anotará as comunicações não-verbais e outros detalhes que pareçam significativos. Pode-se utilizar gravador ou filmadora, com prévia concordância dos participantes. O tempo da entrevista varia de caso a caso, mas em média é de 90 minutos devido ao volume grande e variado de informações. uma verdadeira rede de informações em círculos cada vez maiores e em diferentes direções. Aconselha-se orientar as perguntas: do problema atual até o contexto maior do problema: da família imediata até a mais extensa e os sistemas sociais mais amplos; da situação atual da família até uma cronologia histórica de eventos

familiares; de indagações fáceis e não ameaçadoras até questões difíceis que provoquem ansiedade: de fatos óbvios ao julgamento do funcionamento e relacionamentos até hipóteses sobre padrões familiares.

Reúna as informações necessárias tais como: o nome de todas as pessoas que estão inseridas no genograma. o número de crianças de cada família, as datas de nascimento em ordem c o sexo: a condição conjugal dos casais e outras informações pertinentes. tais como datas de aniversário, casamento, divórcio. morte, etc. Use os símbolos padronizados: quadrados para representar homens c círculos para as mulheres: círculos duplos ou quadrados duplos para indicar a pessoa identificada: o nome, o ano de nascimento e morte, respectivamente abaixo e acima do quadrado ou do círculo.

Exemplos de genograma:





68. E

No início do processo de avaliação psicológica, independente do autor adotado, não ocorre a aplicação de testes, mas o levantamento da demanda, das hipóteses, das condições de aplicação da bateria de testes e a organização da bateria de testes.

69. E

A assertiva em questão trata da avaliação psicológica **diferencial**, e não a do tipo nosológica. Na avaliação psicológica, o objetivo da classificação nosológica é identificar os sinais e sintomas para a classificação de acordo com critérios de diagnóstico, como o DSM-IV ou a CID-10.

70. C

Segundo o nosso Código de Ética (Resolução CFP n° 10 de 2005), é dever fundamental do psicólogo informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a

tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário (Art. 1, alínea g).

71. C

Segundo o nosso Código de Ética (Resolução CFP n° 10 de 2005), em caso de interrupção do trabalho do psicólogo, por quaisquer motivos, ele deverá zelar pelo destino dos seus arquivos confidenciais. Em caso de extinção do serviço de Psicologia, o psicólogo responsável informará ao Conselho Regional de Psicologia, que providenciará a destinação dos arquivos confidenciais (Art. 15.)

72. C

Sobre isso:

Além dos prejuízos físicos e aumentos dos custos com o tratamento, a obesidade também pode causar alterações comportamentais. Pessoas obesas são alvos de discriminação e preconceito, contribuindo para a manifestação de distúrbios psicossociais (Teichmann, Olinto, Costa, & Ziegler, 2006). Entre os obesos é comum encontrar o transtorno de compulsão alimentar periódica, que consiste em ingerir grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo, acompanhado do sentimento de perda do controle e de culpa. A dificuldade em diagnosticar esta compulsão tem sido um fator que dificulta o tratamento da obesidade (Azevedo, Santos, & Fonseca, 2004). O início da obesidade ocorre predominantemente mais cedo entre estes, em comparação a obesos sem o transtorno, o que dificulta o tratamento posterior (Riener, Schindler, & Ludvik, 2006). A depressão é também mais frequente entre os candidatos à CB que possuem o transtorno, o que requer cuidados especiais para estes pacientes durante o período de pós-operatório (Allison, et al., 2006).

O comer compulsivo pode estar ligado a outros transtornos psiquiátricos que possuem uma maior incidência na população obesa (Bernardi, Cichelero, & Vitolo, 2005), sendo os mais frequentes a ansiedade e a depressão. No caso da ansiedade, o ato de comer é justificado pelos obesos como um modo de diminuir essa ansiedade, levando a um ganho de peso proporcional à frequência de ocorrência de episódios de ansiedade (Capitão & Tello, 2004).

Embora os candidatos à CB possam apresentar várias alterações comportamentais características de psicopatologias, as mais comuns são a ansiedade

e a depressão (Fadiño & Appolinario, 2006; Oliveira et al., 2004; Zancaner, 2012). A ansiedade, que pode ser classificada como ansiedade-traço ou ansiedade-estado (Andrade & Gorenstein, 1998), é definida como uma preocupação excessiva e deve estar presente na maioria dos dias da semana por pelo menos seis meses de acordo com o DSM-IV (2002). Já a depressão é definida como transtornos do humor, também chamada de episódio depressivo maior e envolve perda de interesse ou prazer em realizar a maioria das atividades cotidianas de acordo com o DSM-IV. Dados da literatura mostram divergências entre autores com alguns relatando que os obesos podem apresentar uma probabilidade até 25% maior para problemas psicológicos, especialmente depressão e ansiedade, (Simon et al., 2006), enquanto outros não encontram diferenças (Fabricatore & Wadden, 2003).

Fonte: ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco and REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Estud. psicol. (Natal) [online]. 2012, vol.17, n.1 [cited 2014-08-20], pp. 153-160 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-294X. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019.

73. E

A responsabilidade do diagnóstico e da indicação ao tratamento é da equipe multidisciplinar.

74. E

A Psicologia Forense não tem como objetivo o tratamento. Ela exclusivamente pericial e tem como objetivo o esclarecimento de dúvidas situadas no campo psicológico associadas ao contexto forense.

75. E

O psicólogo que atua na comunidade **pode intervir** em situações de crise, como divórcio parental e violência doméstica.

76. C

A denúncia é obrigatória nesse caso (Estatuto do Idoso).

77. E

A Escala de Depressão Geriátrica não possui uso restrito a qualquer profissional.

Eis a escala:

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)

2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)

3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)

4. Aborrece-se com freqüência? (sim=1) (não = 0)

5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)

6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)

7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)

8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)

10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)

11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)

12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)

13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)

14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)

15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

78. C

Nas terapias de substituição as medicações de substituição são farmacoterapias da mesma classe da substância abusada. Elas podem ser a mesma substância que foi abusada ou uma substância similar.

79. E

A síndrome disfórica tardia é a segunda fase.

Durante a abstinência, períodos de desejo intenso pelo consumo de cocaína (*craving*), associados a outros sintomas de abstinência, como fadiga, anedonia e depressão, acabam por levar ao retorno ao uso da droga. Nos usuários crônicos, a abstinência é bem observada, e mesmo naqueles que utilizam a droga por poucos dias, em forma de uso compulsivo ou **binge**, pode aparecer a síndrome. Ela é composta por três fases: o crash, a síndrome disfórica tardia e a extinção. Essas fases representam a progressão de sinais e sintomas após a cessação do uso e são descritas a seguir:

• **Fase I - Crash**, que significa uma drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15-30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas e podendo estender-se por até quatro dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, o *craving* ou fissura. Instala-se a hipersonia, aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo desperta, em algumas ocasiões, para ingerir alimentos em grande quantidade. Essa última parte pode durar de 8 horas até quatro dias.

• **Fase II - Síndrome disfórica tardia**, que se inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias há

presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos.

• **Fase III - Fase de extinção**: aqui os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e o "*craving*" torna-se intermitente.

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2012, vol.58, n.2 [cited 2014-08-20], pp. 138-140 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008.

80. C

A abordagem da Entrevista Motivacional busca a mudança de comportamentos aditivos e é caracterizada por uma **relação empática**, **não confrontativa** e **centrada no cliente**, porém, **diretiva**. Os criadores dessa abordagem desenvolveram a Entrevista Motivacional dirigida para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, mas ao longo de pesquisas e prática clínica, perceberam a eficiência de tal abordagem em inúmeros casos, não só os relacionados ao uso de substâncias químicas, como também nos casos onde a mudança de comportamentos danosos e prejudiciais se fazia necessária.

81. E

O diagnóstico nosográfico é importante para o atendimento de adolescentes vítimas de violência ou com dificuldades de aprendizagem, mas não é fundamental. A base para tal tipo de acompanhamento é o entendimento da natureza dos problemas trabalhados e não apenas a sua classificação.

82. C

O adolescente ainda não é plenamente responsável por si e necessita, portanto de autorização de responsável, seja para fins civis, seja para fins de trabalho psicológico.

83. C

Para a perspectiva familiar sistêmica, a estrutura familiar pode estar relacionada com a forma com a qual a patologia individual, de crianças e adolescentes, se manifesta.

84. E

É possível a devolução do processo de avaliação psicológica diretamente para os pais caso seja combinado com todos os envolvidos ou seja parte da metodologia empregada.

85. C

É possível indicar outros tratamentos psicológicos para problemas específicos da estrutura familiar evidenciados no atendimento a crianças e adolescentes, como terapia de casal ou familiar.

86. C

O primeiro contato pessoal entre o paciente e o psicólogo já constitui uma entrevista psicológica.

87. E

No atendimento aos adolescentes, um dos objetivos das entrevistas é o diagnóstico psicológico da família, porém, podemos ter inúmeros objetivos, como a nosologia, a compreensão psicodinâmica do caso, a avaliação da maturidade do adolescente, etc.

88. E

Transtorno dismórfico corporal é problema de saúde mental relacionados à

imagem corporal, em que um indivíduo tem uma preocupação com um ou mais defeitos percebidos em sua aparência. Esse diagnóstico não é coerente com o caso apresentado.

89. C

Segundo o DSM-IV-TR, a característica essencial do **Transtorno de Ansiedade de Separação** é a ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação (Critério A). Esta ansiedade está além daquela esperada para o nível de desenvolvimento do indivíduo. A perturbação deve durar por um período de pelo menos 4 semanas (Critério B), iniciar antes dos 18 anos (Critério C) e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes na vida do indivíduo (Critério D). O diagnóstico não é feito se a ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, ou, em adolescentes ou adultos, se é melhor explicada por Transtorno de Pânico Com Agorafobia (Critério E). Os indivíduos com este transtorno podem experimentar sofrimento excessivo recorrente, quando da separação de casa ou de figuras importantes de vinculação (Critério A1). Quando separados dessas figuras de vinculação, freqüentemente precisam saber de seu paradeiro e sentem necessidade de permanecer em contato (por ex., através de telefonemas). Alguns indivíduos sentem saudade extrema e chegam a sentir-se enfermos devido ao desconforto, se estão longe de casa. Eles podem ansiar pelo retorno ao lar e fantasiar acerca da reunião com as figuras de vinculação. Ao serem separados das figuras principais de vinculação, esses indivíduos freqüentemente abrigam temores de que acidentes ou doenças acometam as figuras a quem têm apego ou a eles próprios (Critério A2). As crianças com este transtorno freqüentemente expressam o medo de se perderem e jamais reverem seus pais (Critério A3). Elas em geral sentem desconforto quando viajam independentemente para longe de casa ou de outras áreas que lhes são familiares, podendo evitar de ir a qualquer lugar sozinhas. Pode haver relutância ou recusa a comparecer à escola ou acampamentos, visitar ou pernoitar em casa de amigos, ou sair para cumprir pequenas incumbências (Critério A4). Essas crianças podem ser incapazes de permanecer em um quarto sozinhas, podem exibir um comportamento "adesivo" e andar "como uma sombra" atrás dos pais, por toda a casa (Critério A5). As crianças com este transtorno com freqüência têm dificuldades para dormir e podem insistir para que alguém permaneça a seu lado até adormecerem (Critério A6). Durante a noite, podem ir à cama dos pais (ou de outra pessoa significativa,

como um irmão); se o ingresso ao aposento dos pais é impedido, podem dormir junto à porta. Também pode haver pesadelos cujo conteúdo expressa os temores do indivíduo (por ex., destruição da família por fogo, assassinato ou outra catástrofe) (Critério A7). Queixas somáticas, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos são comuns, quando a separação ocorre ou é prevista (Critério A8). Sintomas (Critério A8). Sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, tontura e sensação de desmaio iminente, são raras em crianças menores, mas podem ocorrer em indivíduos mais velhos.

90. C

Há quadro claro de prejuízo nos campos descritos.

91. E

O diagnóstico de transtorno da alimentação da primeira infância, associado a um transtorno de apego reativo, é incoerente com o caso apresentado.

92. E

O diagnóstico de anorexia é incoerente com o caso apresentado.

93. C

Na entrevista psicanalítica o terapeuta conduzirá o foco da conversa para o levantamento de informações sobre a forma como a criança vivencia seu problema e se relaciona com a sua mãe.

94. E

Não é possível falar em distorção do esquema corporal, independente do autor referenciado.

95. E

O diagnóstico de transtorno de somatização é incoerente com o caso apresentado.

96. C

Para a psicanálise, o delírio e a alucinação ajudam a compor uma realidade alternativa mais aceitável para o paciente psicótico. Sobre isso:

Freud (1924), além de considerar a perda da realidade, ao pensar na neurose e na psicose, chama a atenção para a eleição do substituto para a realidade construída por cada uma dessas formações. Na psicose, "a parte rejeitada da realidade tenta constantemente se reimpor ao mundo psíquico", assim "a psicose coloca-se a tarefa de providenciar percepções que estejam em sintonia com esta nova realidade pelas alucinações e pelos delírios" (p. 129). Já na neurose não faltam tais tentativas de substituir a realidade não desejada por outra mais concordante com seus desejos. Uma delas é o mundo da fantasia, "uma área que foi apartada do mundo externo real e desde então 'poupada' das duras exigências impostas pelas necessidades da vida" (p. 130). É desse mundo da fantasia que a neurose retira o material necessário para suas novas configurações de desejo e também se utiliza da regressão para encontrar o acesso a uma época anterior e mais satisfatória da vida.

Fonte: Poletto, Michele. Neurose e Psicose: semelhanças e diferenças sob a perspectiva freudiana. Psicanálise & Barroco em revista v.10, n.2 : 01-13, dez. 2012

97. E

A assertiva trata do conceito de **fetichismo**.

O fetiche, como Freud já houvera marcado, longe de consistir simplesmente num rechaço da castração, aponta para o desejo e a falta. Visa livrar o sujeito do conflito "entre o peso da percepção desagradável" (a constatação de que a mulher não possui o pênis) e "a força e seu contra-desejo" (a esperança de que a mulher possa tê-lo). Na medida em que se torna um substituto simbólico do pênis que falta à mãe, o fetiche passa a ser o herdeiro do interesse antes dirigido a seu predecessor. E, como monumento erguido diante do horror à castração, permanece como "um indício do triunfo sobre a ameaça de castração e uma proteção contra ela".

Tudo o que Freud desenvolve em "Fetichismo" demonstra que o fetichista mantém, simultaneamente, duas premissas contrárias em relação à castração: por um lado a desmente, por outro, a reconhece. Essa divisão encontra unificação e apaziguamento na própria construção do fetiche. Este, como o sintoma neurótico, é uma formação de compromisso e uma tentativa do sujeito no sentido de lidar com a sua divisão.

Fonte: BERNARDES, Wagner Siqueira. Condenação, Desmentido, Divisão - o não-querer-saber sobre a perversão1. Reverso [online]. 2004, vol.26, n.51 [citado 2014-08-20], pp. 115-121 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952004000100014&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7395.

A Verleugnung, consoante a concepção freudiana (1927), é um desmentido da percepção sensorial da falta do phallus feminino, o qual produz, como defesa, uma convicção contrária, ou seja, a crença em um phallus universal. Perceber a diferença sexual conduz o menino a uma fantasia insuportável, segundo a qual o dele pode vir a faltar. Então, ele ensaia uma posição conciliadora, que se constitui no primeiro desmentido da percepção: o membro existe também na menina, mas ainda muito pequeno e vai crescer. Como essa expectativa não se cumpre, ele lança mão de outra manobra para continuar desmentindo a percepção: o membro já esteve presente na menina, porém foi cortado. A teoria da castração na menina traz conseqüência para o menino, que se vê ameaçado igualmente de ser castrado. Uma das saídas para amenizar a angústia de castração é dotar a mulher de um pênis imaginário, constituindo-se, então, o objeto fetiche.

O fetiche é apontado por Freud como seqüela da experiência traumática de percepção do corpo da mulher. No entanto, para a formação do fetiche, faz-se necessário, além do desmentido, ocorrer a formação de compromisso com a ajuda do deslocamento.

Fonte: Queiroz, Edilene Freire. A divisão do sujeito: a hipótese de uma Urverleugnung (desmentido primordial). Psychê — Ano XI— nº 21 — São Paulo — jul-dez/2007 — p. 47-62

98. E

Para a psicanálise, o conjunto de sintomas apresentados pelos pacientes não é suficiente para uma classificação absoluta nosológica, o que praticamente impede inferir a viabilidade de diagnósticos diferenciais.

99. X

Questão anulada pela banca. Provavelmente pela imprecisão da assertiva. Dificilmente diremos que está absolutamente certa ou errada. Na redação ideal teríamos: de acordo com as teorias **psicanalíticas**, há três possibilidades estruturais do sujeito: neurose, psicose e perversão.

Lacan superou tal classificação e propôs uma nova forma de entender a estrutura humana.

A clínica formalizada por Lacan ao longo da década de 1950 respalda-se na dissimetria estrutural entre neurose, psicose e perversão. Por meio da apropriação dos elementos da linguística estrutural e da tripartição entre os registros imaginário, simbólico e real, Lacan desenvolve uma teoria norteada pela primazia do simbólico. Seu critério fundamental é a ausência ou a presença do significante do Nome-do-Pai na organização subjetiva. A função do Nome-do-Pai (Nom du Père/Non du Père) repousa numa homofonia entre nome e não em francês. O nome do pai é a metáfora do não do pai. Como significante, ele nomeia o lugar vazio marcado na simbolização primordial introduzida pela alternância entre a presença e a ausência materna. Assim, o sujeito se interroga sobre o desejo da mãe e encontra o Nome-do-Pai, o que o leva a inscrever simbolicamente a falta do outro na lógica fálica. O desejo da mãe, por sua vez, é elevado à categoria de significante e deve ser recalcado.

Fonte: SANTOS, Tania Coelho dos and OLIVEIRA, Flávia Lana Garcia de. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. *Psicol. estud.* [online]. 2012, vol.17, n.1 [cited 2014-08-20], pp. 73-82 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-7372. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100009.

100. E

A recusa é o mecanismo de defesa utilizado pelo sujeito na **psicose**.

101. E

No contexto institucional, o psicólogo é um observador e deve interagir o mínimo possível com o grupo estudado para não alterar a sua dinâmica.

102. E

Nas equipes multidisciplinares em hospitais, o psicólogo **hospitalar** atua em parceria com a equipe médica para obter subsídios que viabilizem sua intervenção junto ao paciente no que se refere ao processo saúde-doença. O psicólogo institucional trabalhara nas relações entre profissionais e hospital.

103. E

O psicólogo trabalha na instituição como um consultor, assim suas tarefas não são determinadas por seu empregador, mas pela situação que demandou seu trabalho.

104. C

Em qualquer caso, qualquer assertiva, qualquer banca, qualquer questão, os preceitos éticos devem ser respeitados.

105. C

A instituição é todo agrupamento de pessoas que organize em torno de si um conjunto de atribuições, identidade e papéis próprios. Além das citações da assertiva, temos a família como instituição.

106. C

A inapetência é a falta de fome. Todos os sintomas são coerentes com o quadro depressivo.

107. C

Nos dois casos o temor pode ocorrer à situações reais e pode ser acompanhado de reações fisiológicas.

108. E

O nível de gravidade descrito na assertiva não permite generalizar o diagnóstico de Fobia Social. O correto é a Fobia Social com o seu descritor "generalizada". Segundo o DSM-IV: Este especificador pode ser atribuído quando os temores estão relacionados à maioria das situações sociais (por ex., iniciar ou manter conversas, participar de pequenos grupos, encontrar-se com pessoa do sexo oposto, falar com figuras de autoridade, comparecer a festas). Os indivíduos com **Fobia Social, Generalizada**, em geral temem situações de desempenho em público e situações de interação social. Uma vez que os indivíduos com Fobia Social com freqüência não relatam espontaneamente toda a faixa de seus temores sociais, o clínico pode revisar com eles uma lista de situações sociais e de desempenho. Os indivíduos cujas manifestações clínicas não satisfazem a definição de Generalizada compõem um grupo heterogêneo, que inclui os que temem uma única situação de desempenho, bem como aqueles que temem várias, mas não a maioria das situações sociais. Os indivíduos com Fobia Social, Generalizada, podem estar mais propensos a manifestar déficits nas habilidades sociais e a ter severo prejuízo social e ocupacional.

109. C

Os rituais **mentais** ou **motores** são as **compulsões**. No TOC, na maioria dos casos, elas se apresentam como um ato para a redução da ansiedade provocada pelos pensamentos obsessivos.

110. E

A assertiva trata da ciclotimia e não da Distimia. A CID-10 trata do assunto da seguinte forma:

Ciclotimia: Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33.-).

Distimia: Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve

111. C

Enfermidades agudas são enfermidades de curta duração, tem um curso acelerado de evolução e podem terminar com a convalescença, morte ou remissão total em menos de três meses. Enfermidades crônicas são condições clínicas cuja evolução se processa a longo prazo, com ou sem tratamento. Não põe em risco a vida de um paciente (não a curto prazo), por isso não assume caráter de emergência. O quadro caracterizado como crônico não é causado, necessariamente, por um agente infeccioso. Ele pode ser decorrente de um acidente automobilístico, por exemplo, ou de um infarto.

112. C

A depressão é fator predisponente para problemas do miocárdio.

113. C

A proposta das equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar é de oferecer melhor atendimento ao paciente. Caso a equipe esteja desorganizada, além do desgaste psicológico do paciente, teremos o tempo de intervenção e a qualidade dessa intervenção afetados

114. E

Em caso de doença **crônica** é desejável e esperado que o paciente adote uma

postura mais proativa no manejo dos problemas a ela associados quando comparado ao paciente com doença aguda.

115. C

A avaliação da dor crônica é uma tarefa difícil tanto para o profissional da saúde quanto para o paciente. Mecanismos, como escalas gráficas de intensidade de dor e diários de registro são úteis para a comunicação com o profissional e para possíveis entendimentos sobre desencadeadores, intensidade e influências psicossociais.

116. C

A reação do organismo ao estresse está corretamente descrita.

117. E

As fases estão descritas de forma errada.

A teoria da Síndrome Geral de Adaptação é de Hans Selye e fala da homeostase do organismo diante de um evento estressor. Ele distingue três fases:

> **Reação de alarme**: a glândula hipófise secreta maior quantidade do hormônio adrenocorticotrófico que age sobre as glândulas suprarrenais. Estas passam a secretar mais hormônios glicocorticoides, como o cortisol. Este por sua vez inibe a síntese proteica e aumenta a quebra de proteínas nos músculos, ossos e nos tecidos linfáticos. Todo esse processo provoca um aumento do nível de aminoácidos no sangue, que servem ao fígado para a produção de glucose, aumentando assim o nível de açúcar no sangue - a excessiva produção de açúcar poder levar a um choque corporal. Outra consequência da inibição da síntese de proteínas é a inibição do sistema imunológico.
>
> **Estágio de resistência**: caracterizado pela secreção de somatotrofina e de corticoides. Gera, com o tempo, um aumento das reações infecciosas.
>
> **Estágio de esgotamento**: não cessando a fonte de estresse, as glândulas suprarrenais se deformam. Doenças de adaptação podem aparecer.

118. E

Foi Walter Cannon, em 1914, quem propôs a "teoria da luta ou fuga" (*fight-or-flight*).

119. C

A prevenção à recaídas é fundamental na manutenção do comportamento de abstinência. Para isso, o ex-usuário deve ser questionado rotineiramente sobre a sua vontade incontrolável de voltar a consumir a substância, mais conhecido como fissura (craving), sonhos ou fantasias com o uso da droga e o auto monitoramento sobre sinais de recaída.

120. E

A maconha é depressora (não é estimulante ou perturbadora).

Considerações Finais

Meus queridos guerreiros, espero que tenham gostado de nossa aula demonstrativa. A cada dia teremos 1 prova para você resolver! Quero que fique bem afiado para qualquer cenário de concursos em nossa área.

Um grande abraço e até a próxima aula (amanhã).

Professor Alyson Barros

> Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.
>
> Johann Goethe

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. 

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. 

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. 

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. 

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. 

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. 

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. 

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. 

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.