



Ministério da Saúde

CADERNO DE PROVAS - PARTE II CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO 15

PSICÓLOGO

CONCURSO PÚBLICO

Nível Superior

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de seu cargo transcritos acima com o que está registrado em sua **folha de respostas**. Confira também o seu nome, o nome e número de seu cargo no rodapé de cada página numerada desta parte II de seu caderno de provas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de seu cargo, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

A arte não segue as idéias, mas os sentidos.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

cespeUnB
Centro de Seleção e de Promoção de Eventos


Universidade de Brasília

Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Acerca do trabalho da equipe interprofissional, julgue os itens a seguir.

- 51** A educação interprofissional consiste em uma proposta em que os profissionais aprendem juntos sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada um, buscando melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.
- 52** Entre as características desejáveis no trabalho interprofissional, o corporativismo aparece como primordial, pois promove prática profissional pensada e discutida com profissionais de outras áreas.
- 53** No âmbito do trabalho em equipe, existem competências comuns a todos os profissionais de saúde, complementares ou específicas de cada profissão e colaborativas, essenciais para o trabalho conjunto.
- 54** Os profissionais de saúde encontram-se entre as populações mais sujeitas a agravos psíquicos e somáticos devido à natureza de sua rotina ocupacional, que ocorre em ambientes insalubres e perigosos, com atividades repetitivas e uma aproximação com a dor e a morte maior do que o restante da população.
- 55** Nos ambientes de equipes interprofissionais, a descoberta de problemas ou de faltas costuma estar associada à falha ou ao erro e ser utilizada para luta política ou em defesa de interesses particulares.

O Programa de Promoção do Crescimento e Desenvolvimento do Lactente (PPCD) é um programa de ações educativas junto a mães de recém-nascidos, realizado por uma equipe interprofissional, complementar à puericultura realizada pelas unidades básicas de saúde. São duas atividades com objetivos diferentes, complementares entre si, ambas atuando na melhoria das condições de saúde da população infantil. Sua atuação é embasada em três pilares: estímulo ao aleitamento materno, recuperação e estreitamento do vínculo mãe-filho e ações educativas feitas pela equipe interprofissional. No programa, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e outros profissionais de saúde trabalham conjuntamente unidos pelo interesse na melhoria das condições de saúde.

Considerando que o PPCD oferece condições de atuação de uma equipe interprofissional, julgue os itens de **56** a **64**.

- 56** Em equipes interprofissionais, existe a possibilidade de o profissional se tornar resistente a mudanças e a opiniões discordantes, pois as ideias das profissões de origem costumam ser arraigadas e alguns desses grupos tendem a ser corporativistas, coesos e homogêneos.
- 57** No trabalho em equipe, há uma relação diretamente proporcional entre o grau de cooperação entre os membros e o grau de efetividade do resultado.
- 58** As equipes interprofissionais são vantajosas porque rompem a rigidez hierárquica das organizações de saúde, facilitando o processo de comunicação interna; além disso, essas equipes reúnem conhecimentos de várias áreas, aproximando pessoas diferentes.

- 59** No caso das equipes interprofissionais, o trabalho em equipe gera maior produtividade, pois estas são mais eficazes que indivíduos trabalhando isoladamente e conseguem atender um maior número de pacientes.
- 60** A formação do profissional de saúde tem sido orientada por um modelo de atenção cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana que deu origem a preceitos especializantes.
- 61** O PPCD oferece oportunidades para a integração do cuidado e da aprendizagem, desenvolvendo ações de saúde adequadas e compatíveis com e para o homem na sua totalidade.
- 62** No âmbito do PPCD, o apoio matricial e as equipes interprofissionais e de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração entre distintas especialidades e profissões.
- 63** O atual estágio de conhecimento sobre equipes interprofissionais permite considerar que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral dos problemas de saúde, que exige ampliação do trabalho clínico e sanitário.
- 64** Uma contribuição do PPCD é a de formatar a prática configurada por um grupo homogêneo, com uma estrutura na qual as pessoas se aproximam, se vinculam e interagem, estabelecendo uma relação que opera a integração do conhecimento intelectual com a vivência, o que facilita a transformação da atitude perante o cuidado com a saúde.

As equipes interprofissionais se originaram de um contexto que apresenta necessidades de relacionamento e competências específicas dos profissionais envolvidos. Quanto às competências, aos relacionamentos e ao contexto que envolvem as equipes interprofissionais, julgue os itens de **65** a **70**.

- 65** Os atendimentos rápidos e intercalados entre os profissionais tornam-se fundamentais para a efetividade das equipes interprofissionais e do sistema de saúde como um todo, sendo desnecessário manter uma relação longitudinal no tempo com os usuários.
- 66** Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico.
- 67** Trabalhar em equipe na área da saúde de maneira integrada significa estabelecer conexões entre os distintos processos de trabalho, fundamentando-se em certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidados.

68 É comum ao profissional que atua em equipes interprofissionais construir identidade e segurança, desapegando-se da identidade de seu núcleo de especialidade, o que facilita a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares.

69 O desafio estrutural à prática clínica ampliada ocorre quando, nas organizações hospitalares e ambulatoriais, uma mesma enfermaria é comandada por vários gerentes, que não estão obrigados a se compor em colegiados ou a coordenar e integrar seus planos de trabalho, o que contribui para diluir a responsabilidade sanitária pelos casos acompanhados.

70 As pesquisas realizadas com equipes interprofissionais mostram ser extremamente fácil acordar sobre o alcance do poder de influência de cada um, ou mesmo de deliberação conjunta, entre os distintos especialistas.

A dor é um dos maiores estressores da humanidade. Atualmente, pesquisadores de diferentes áreas têm envidado esforços para a formação de equipes interdisciplinares que buscam investigar e desenvolver técnicas e procedimentos para melhor reconhecer, avaliar e tratar a condição algica da pessoa em sofrimento. Julgue os itens de **71** a **75**, acerca da dor e dos aspectos psicológicos envolvidos na percepção algica.

71 A dor é uma experiência subjetiva, cujas características multidimensionais são apenas apreciáveis pela pessoa em sofrimento. Essa peculiaridade, associada ao fato de que a percepção da dor é mediada por variáveis como religião, ganhos secundários e nível de ansiedade, torna a avaliação quantitativa da dor um procedimento complexo e inexato. Ainda assim, a mensuração da experiência algica vem sendo utilizada por médicos, psicólogos e fisioterapeutas como um importante referencial para o direcionamento das condutas em termos de escolha, início, modificação e término do tratamento da dor.

72 Quando se trata de dor crônica, a avaliação dispensa uma coleta detalhada da história clínica do paciente porque o diagnóstico algico é feito com o uso de escalas numéricas ou verbais, cujos dados oferecidos são suficientes para subsidiar as escolhas profissionais referentes ao tratamento da dor.

73 De acordo com o modelo psicanalítico, conflitos intrapsíquicos podem ser convertidos em dor física por meio de mecanismos psicodinâmicos, ou seja, sintomas de dor podem ser entendidos como símbolo de um conflito emocional subjacente. Por exemplo, uma queixa de dor pélvica continuada pode descrever, de fato, a expressão somática de conflitos não resolvidos relativos a desejos sexuais inaceitáveis.

74 De acordo com o modelo biopsicossocial, um evento que desencadeia um processo biológico, como uma queda com consequente quebra de uma perna, pode implicar a ocorrência de respostas psicológicas e sociais subsequentes, como frustração de quem se feriu e grande dedicação ao ferido por parte de um familiar. Essas variáveis interagem entre si e podem exacerbar e manter a percepção de dor.

75 O profissional que, em um serviço de saúde, assiste pacientes com dor deve oferecer atenção personalizada a seus doentes, considerando que um procedimento básico, único para todos eles, terá resultado insatisfatório devido às diferenças individuais e às variações na severidade e cronicidade das dores percebidas pelas pessoas, mesmo que portadoras da mesma doença de base.

O psicólogo de um serviço público atendeu um jovem de dezessete anos de idade, usuário de drogas ilícitas, e solicitou parecer de um psiquiatra do serviço, por considerar que o paciente poderia necessitar de tratamento medicamentoso. O médico prescreveu uma droga psicotrópica para controle da compulsão pela droga e ambos passaram a fazer uma assistência conjunta do paciente.

Julgue os itens seguintes, acerca da documentação desse atendimento.

76 O psicólogo deve manter um registro sintético e objetivo das técnicas e procedimentos utilizados no tratamento do paciente e manter esse registro escrito por, pelo menos, cinco anos após o término do atendimento.

77 O prontuário usado pelo psicólogo para evoluir o caso desse paciente deve ser outro que não aquele existente no serviço e utilizado pelo psiquiatra, pois ele precisa assegurar o sigilo acerca de informações íntimas colhidas do paciente, resultados de testes e demais avaliações feitas.

78 Qualquer registro documental envolvendo uso de drogas deve ser mantido sob sigilo absoluto e indisponível a qualquer pessoa ou órgão, incluindo o representante legal do paciente.

79 Para inviabilizar a múltipla interpretação dos dados ao elaborar um laudo sobre a evolução desse paciente, o psicólogo deverá usar uma linguagem formal e predominantemente constituída de termos técnicos da psicologia. Devem ser incluídas também todas as informações já colhidas, de modo a não deixar lacunas para especulações.

80 Ao responder um pedido de parecer sobre esse paciente, o psicólogo deverá se limitar exclusivamente ao quesitos formulados e deve ter clareza de que esse parecer tem o objetivo de subsidiar tomadas de decisão por parte de quem fez o pedido.

Eduardo é usuário de cocaína e está em tratamento psicológico de abordagem cognitiva para controle da dependência química. Ele já informou ao psicólogo que há momentos nos quais o desejo pelo uso da droga é percebido como incontrolável e que situações sociais são muito propícias ao consumo da droga porque ele se julga incapaz de conversar com amigos ou de dançar em uma festa sem o consumo.

Julgue os itens que se seguem, referentes a esse caso hipotético.

- 81** O desejo incontrolável pelo uso da droga, referido pelo paciente, é resultado de uma excitação física e emocional desencadeada por respostas cognitivas, afetivas e fisiológicas de difícil manejo por parte do usuário e decorrente de fatores como a interrupção no uso da droga e a presença de emoções negativas ou falta de prazer, por exemplo.
- 82** O manejo do desejo incontrolável pela droga pode ser feito pela provocação do desejo durante a sessão e treino do paciente em técnicas para reduzir esse desejo, como a técnica de distração e o uso de uma lista de vantagens e desvantagens do consumo.
- 83** Durante o tratamento, devem ser colhidas e testadas as crenças permissivas para o uso da droga e, para validar as percepções do paciente, devem ser evitadas menções a possíveis crenças de controle do forte desejo pelo consumo da droga.
- 84** Na prevenção de recaída, a estratégia de escolha é aumentar o controle externo sobre o comportamento do paciente e simultaneamente reduzir o controle interno que o próprio paciente exerce sobre seu comportamento de consumo da droga.
- 85** Na intervenção cognitiva, o questionamento socrático auxilia na investigação de crenças intermediárias e de crenças centrais, que devem ser identificadas e modificadas por serem crenças disfuncionais e facilitadoras de comportamentos indesejáveis como o abuso de substâncias.

Edna procurou um psicólogo queixando-se de muita ansiedade e medo intenso de sair de casa, principalmente sozinha, sempre com a expectativa de que poderia acontecer algo muito ruim com ela própria quando distante do lar e de seus familiares. No dia da primeira sessão, Edna estava considerando a possibilidade de sair do emprego para se tratar e reduzir as chances de sofrer picos de ansiedade e medo, pois não teria a obrigatoriedade de sair de casa.

Julgue os itens de **86** a **91**, acerca da avaliação e dos procedimentos e técnicas cognitivo-comportamentais que podem ser empregadas na situação hipotética apresentada.

- 86** Se, durante a avaliação, o psicólogo optar pela entrevista não diretiva centrada no cliente, ele deve investigar todos os antecedentes e consequentes da resposta de medo, bem como investigar as variáveis contextuais presentes nas situações reconhecidas pelo paciente como ameaçadoras.
- 87** É importante pedir à paciente que descreva as sensações fisiológicas percebidas durante cada episódio de medo e ansiedade, os fatores predisponentes em cada situação referida e a história de possíveis experiências traumáticas. Esses fatores são, entre outros, relevantes para o diagnóstico diferencial da queixa apresentada.

88 A análise funcional desse caso requer a investigação de variáveis relativas ao organismo, como predisposições endocrinológicas, crenças religiosas e valores morais. Nessa fase do trabalho, também são investigadas as variáveis presentes após cada episódio de ansiedade e medo e são propostas as mudanças comportamentais e ambientais específicas.

89 Os sintomas descritos permitem de imediato levantar a hipótese diagnóstica de algum transtorno da ansiedade, que inclui transtorno do pânico com agorafobia, fobia específica e ansiedade generalizada. Entretanto, os dados apresentados são ainda insuficientes para o diagnóstico e, até que ele esteja definido, é inadequado introduzir qualquer técnica interventiva.

90 A atuação do psicólogo durante o período de avaliação e formulação do caso é um processo no qual ele formula e testa diferentes hipóteses. Ao final desse processo, é iniciada a intervenção propriamente dita e, a partir de então, no caso de Edna, o diagnóstico estará definido, as técnicas escolhidas e o procedimento decidido, não cabendo mais a formulação de hipóteses.

91 O desligamento do emprego deve ser desencorajado. O próprio trajeto de casa para o trabalho pode ser utilizado no processo terapêutico, se for utilizada a técnica de exposição ao estímulo temido, que em princípio parece adequada para este caso.

Um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna é a obesidade, cuja taxa de ocorrência vem crescendo de modo preocupante e vem alcançando pessoas de diferentes classes sociais e de diferentes idades. O papel do psicólogo é crucial no tratamento e prevenção da obesidade, considerando que a doença é multideterminada e que a resposta alimentar é um dos fatores mais importantes para seu desenvolvimento e para o sucesso do tratamento. Julgue os itens de **92** a **97**, acerca da obesidade e do comportamento alimentar.

92 O transtorno da compulsão alimentar periódica é uma das causas comportamentais da obesidade. A pessoa acometida ingere uma quantidade de alimentos desproporcional a suas necessidades e prioriza alimentos com alto nível calórico. Depois de se sentir muito cheia, a pessoa inicia uma prática purgativa com o objetivo de reduzir a absorção calórica dos alimentos ingeridos.

93 O tratamento comportamental da obesidade, como modalidade única de intervenção, tem levado os pacientes a uma significativa perda de peso e ao alcance de um índice de massa corpórea compatível com os padrões saudáveis. Os resultados positivos em geral permanecem estáveis por pelo menos quinze anos após o término do tratamento.

94 Os estímulos controladores da ingestão alimentar incluem sinalizadores fisiológicos e cognitivos de fome, escolha alimentar, e sinalizadores ambientais como horário, contexto e disponibilidade do alimento. Para o obeso comedor compulsivo, os estímulos ambientais externos, como o cheiro ou a visão do alimento, são maiores controladores da ingestão do que os sinais internos que controlam prioritariamente a ingestão de pessoas não compulsivas.

95 O paciente submetido à cirurgia bariátrica de Fobi-Capella para controle da obesidade perde o apetite devido à redução no volume do estômago, absorve menos calorias devido ao encurtamento do intestino e tem assegurada a perda de peso com saúde. O motivo da assistência psicológica pré-operatória para esse paciente é a avaliação de suas condições emocionais para se submeter ao ato cirúrgico e conviver com a mudança da imagem corporal no pós-operatório. Sendo bem-sucedida a operação, o paciente tem alta psicológica.

96 O uso do balão intragástrico para tratamento da obesidade tem maior potencial de sucesso se envolver equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e endocrinologistas, de modo que sejam estabelecidas contingências positivas para a modificação do padrão alimentar e do estilo de vida do obeso. Sem essas mudanças, o paciente pode manter o mesmo consumo calórico e não perder peso durante o uso do balão ou pode perder peso e voltar a engordar logo depois que o balão for retirado.

97 Um obeso que se submete ao tratamento multidisciplinar da obesidade ou ao tratamento cirúrgico e chega a seu peso ideal pode evoluir para a anorexia nervosa, um transtorno alimentar no qual a pessoa acometida teme engordar e, para evitar que isso aconteça, recusa a quantidade e qualidade de alimentos necessários a sua saúde. Esse paciente em geral fica abaixo do peso ideal e pode desenvolver diferentes problemas metabólicos, gastrintestinais e cardiovasculares, chegando até ao óbito.

Luiz, com 28 anos de idade, apresentou um quadro de desânimo há aproximadamente dois anos e a partir de então dormia grande parte do dia, afastou-se dos estudos por dificuldade de concentração, afastou-se dos amigos devido à grande apatia, referiu tristeza profunda em algumas situações nas quais questionava se valia a pena viver e pensou de modo recorrente em suicídio como forma de terminar o vazio que sentia ser sua vida. Depois de aproximadamente oito meses nesse quadro, Luiz mostrou uma melhora substancial, quando frequentou festas e bares, mostrou-se muito sociável e falante, namorou três ou quatro garotas simultaneamente, fez novos amigos, dormiu muito pouco, renovou todo seu guarda roupa, insistiu com os pais até conseguir comprar um carro novo de último modelo, embora o seu tivesse apenas um ano de uso. Nessa ocasião, Luiz relatou a experiência de sentir seu corpo iluminado e invadido por uma energia divina que ele podia ver e sentir percorrendo seu corpo. Em dois meses, Luiz perdeu o entusiasmo e em algum tempo voltou ao estado de desânimo, tristeza e apatia.

Julgue os itens de **98** a **102**, acerca desse caso hipotético.

98 A evolução do quadro clínico de Luiz é compatível com o transtorno afetivo bipolar do tipo 1, considerando que os comportamentos descritos são encontrados nas definições de depressão e de mania.

99 Luiz sofre de transtorno da personalidade, o que não exclui outras possibilidades diagnósticas, como esquizofrenia hebefrênica, também compatível com o quadro.

100 O relato descreve um episódio de delírio e alucinação que é importante tanto para o diagnóstico quanto para o entendimento da gravidade do quadro clínico.

101 O comportamento de Luiz entre os dois episódios de desânimo e tristeza deve ser o foco da intervenção psicológica. A proposta é identificar os estímulos controladores das respostas de bem-estar do paciente e usar esses estímulos em outras situações, quando as respostas típicas são de tristeza e desânimo.

102 Para esse caso, é possível o uso da terapia de aceitação e compromisso, na qual o paciente será treinado a reconhecer e aceitar sua condição, aumentar a funcionalidade e estabelecer metas de progresso e mudanças comportamentais.

Considere que um psicólogo conduz um programa de tratamento cognitivo comportamental em grupo para portadores de depressão, em um serviço público de saúde mental onde já existe o serviço de atendimento individual para transtornos afetivos. Julgue os itens a seguir, relativos ao procedimento elaborado pelo psicólogo para esse programa.

103 Os pacientes são triados em um procedimento de avaliação com o uso de instrumentos padronizados e entrevistas individuais. Pacientes com indicação para o tratamento grupal que não aceitam esse formato são encaminhados para terapia individual, deixando no grupo apenas aqueles que concordam com a proposta porque esse procedimento pode aumentar a eficácia do grupo.

104 Quando for identificada a ideação suicida ativa para um paciente, durante a avaliação de triagem, ele terá prioridade para ser aceito no programa e as sessões iniciais serão formuladas com foco nas cognições referentes às possíveis alternativas ao suicídio, de modo que o grupo se torne o principal suporte para esse indivíduo.

105 A decisão de aceitar a terapia em grupo deverá ser de cada paciente, mas o psicólogo usará sua experiência e habilidade técnica para sensibilizar aqueles com perfil apropriado a aceitar o formato grupal.

106 Os pacientes terão a oportunidade de opinar sobre a pauta das sessões, de modo que reconheçam um senso de poder e tenham suas prioridades atendidas. Essa prática deverá aumentar a coesão do grupo, que é um fator muito desejado nesse formato terapêutico.

107 Como proposto pela abordagem teórica adotada, os pensamentos automáticos associados aos sintomas depressivos e mal-adaptativos deverão ser identificados em registros diários e depois contestados por meio do questionamento socrático, que é um método indutivo usado para evidenciar possíveis distorções cognitivas.

Supondo que, em um hospital público, há um programa em grupo destinado ao tratamento e à prevenção de fobia social para pessoas de diferentes idades, julgue os próximos itens, acerca dessa condição clínica e dos procedimentos e rotina desse serviço.

108 Crianças e adolescentes considerados tímidos por seus familiares e que concordam com essa avaliação podem ser aceitos no programa preventivo, considerando que a timidez e algumas características de personalidade são possíveis preditores de respostas sociais inadequadas ou insuficientes para o bom funcionamento do indivíduo.

109 Durante o tratamento da fobia social, o paciente deve ser afastado tanto quanto possível de situações sociais típicas de sua rotina para que as novas respostas treinadas sejam desenvolvidas dentro do grupo terapêutico, usando os próprios participantes como pares sociais. Isso assegura um ambiente protegido e acolhedor durante todo o tratamento, que minimiza a chance de ansiedade e assegura o aprendizado das respostas desejadas.

110 Técnicas de redução da ansiedade, como dessensibilização sistemática e relaxamento, são mais rápidas, mais eficazes e implicam um contexto mais reforçador para o paciente do que as técnicas de treinamento em habilidades específicas para diferentes situações.

111 Parte do tratamento para fobia social é o treino em assertividade, durante o qual o paciente aprende a solicitar mudanças no comportamento de outras pessoas e a recusar solicitações inadequadas feitas a ele por terceiros.

112 O transtorno de personalidade evitativo muitas vezes se confunde com o transtorno da ansiedade denominado fobia social, o que dificulta o diagnóstico diferencial, principalmente porque a diferença é apontada como sendo mais quantitativa do que qualitativa.

João, de onze anos de idade, é filho de pais autoritários, críticos e punitivos. Quando João mostra um desempenho que considera positivo, os pais deixam claro que aquilo nada mais é do que uma obrigação. João fica sem graça e desiste do assunto. Outro dia na escola, ele pensava sobre como seria bom participar do elenco de teatro da festinha de encerramento, quando a professora chamou seu nome e lhe ofereceu um papel. Passado o primeiro momento de alegria, João recusou o convite com a certeza de que o papel seria ridículo e motivo de chacota por parte dos colegas.

Julgue os itens de **113** a **116**, acerca do comportamento de João e do desenvolvimento da personalidade sob o enfoque fenomenológico.

113 O *self* é o campo fenomenal do indivíduo, formado por um conjunto de percepções inconscientes que ele colhe do mundo a sua volta e que controla o comportamento conforme as variações ambientais.

114 João mostrou um processo defensivo de distorção quando recusou o papel, de modo a tornar a experiência real congruente com sua autopercepção. Essa distorção é normativa e necessária ao desenvolvimento saudável da personalidade adulta.

115 João vivenciou uma experiência de discrepância, geradora da ansiedade necessária para o desenvolvimento do *self* ideal ou autoconceito que o indivíduo gostaria de ter.

116 A autoestima de João parece baixa, o que pode ser explicado, pelo menos em parte, pelas características familiares descritas nas atitudes de seus pais, que têm influência direta sobre o *self*.

Considerando os aspectos clínicos e a ética da atuação profissional do psicólogo, julgue os próximos itens.

117 Caso um psicólogo indicado para perito em um caso de pedofilia reconheça o nome do acusado como o de um ex-paciente cujo perfil, segundo sua avaliação, é incompatível com essa acusação, será adequado que esse psicólogo aceite o trabalho e use as informações obtidas no contexto terapêutico, e por isso imparciais, como elementos favoráveis ao acusado.

118 Considerando que homossexuais sofrem discriminação social e que isso pode implicar baixa autoestima, isolamento social e outras dificuldades emocionais, um psicólogo bem treinado pode propor um programa de sensibilização heterossexual para reverter a condição de um paciente cujo sofrimento psíquico seja avaliado pelo profissional como decorrente da orientação sexual.

119 Ao receber um adolescente dependente químico que busque sozinho ajuda terapêutica, mas não quer que os responsáveis tomem conhecimento de sua condição de adicto, o psicólogo deve recusar o atendimento porque menores e incapazes não podem ser atendidos sem autorização dos responsáveis.

120 Ao atender crianças e adolescentes, o psicólogo tem com eles um compromisso de confidencialidade. Apesar desse compromisso, o psicólogo deve fornecer aos responsáveis informações suficientes sobre o paciente, de modo que eles possam tomar decisões necessárias ao benefício da criança e à otimização do trabalho terapêutico.