

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE MENTAL - ENFERMEIRO**

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Conhecimentos Gerais sobre o Campo da Saúde Pública e da Saúde Mental	01 a 35
Específico da Categoria Profissional	36 a 50

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

“A simplicidade é o último degrau da sabedoria.”

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL

01. O artigo de Vasconcelos et al. (2016) ressalta que, a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, há mudanças na assistência à saúde. Nesse contexto, são necessárias ações que se aproximem do ideal da integralidade do cuidado, que se fundamentem na clínica ampliada e que considerem os seguintes fatos:

- (A) práticas interdisciplinares, território e normatização do sujeito
- (B) território, práticas interdisciplinares e defesa da cidadania dos usuários dos serviços
- (C) território, noção reducionista de terapeutização de uma prática social e normatização do sujeito
- (D) práticas interdisciplinares, normatização do sujeito e defesa da cidadania dos usuários dos serviços

De acordo com o artigo “Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua” (Curvo, Matos, Souza e Paz, 2018), responda às questões de números 02 e 03.

02. A Clínica ampliada e compartilhada é uma ferramenta utilizada para auxiliar na cogestão do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários de um serviço de saúde. Segundo o artigo, na perspectiva da vinculação positiva entre profissionais e usuários, podem ser consideradas as seguintes características:

- (A) a valorização da história dos sujeitos, a ampliação da desigualdade de saber-poder na relação profissional de saúde – usuário e o fortalecimento do estigma da loucura
- (B) a valorização da história dos sujeitos e do modelo de cuidado centrado na doença e a própria abertura para o diálogo
- (C) o fortalecimento do estigma da loucura, a própria abertura para o diálogo e a negação do desejo do profissional
- (D) a valorização do desejo e da história dos sujeitos e a própria abertura para o diálogo

03. Ao tratar do desafio da inclusão das pessoas em situação de rua nas políticas de saúde, o artigo cita duas estratégias para ampliação do acesso e garantia de direitos desta população: o programa Consultório na Rua (CnaR) e a Clínica Ampliada. Com relação à Clínica Ampliada, ela contribui para discussão dos seguintes direitos:

- (A) direito à saúde, direitos sociais e direitos humanos
- (B) direito positivista de cuidado, direito civil e direitos humanos
- (C) direito à saúde, direitos sociais e direito positivista de cuidado
- (D) direitos humanos, direito civil e direito ao tratamento segregacionista e moral

De acordo com texto básico “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada” (Ministério da Saúde, 2009), responda às questões de números 04 a 07.

04. A proposta da Clínica Ampliada se faz necessária por se constituir em dois aspectos:

- (A) exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade; não necessita, no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica
- (B) os profissionais de saúde não precisam rever seus próprios valores e os valores em jogo na sociedade; o usuário enquanto sujeito não precisa participar e ter autonomia em seu projeto terapêutico
- (C) é uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas; há necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente
- (D) é uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas; a clínica se limita a prescrição de remédio e solicitação de exame pelo médico para comprovar ou não a hipótese de determinada doença

05. Ao discorrer sobre uma anamnese para a Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, o Ministério da Saúde destaca que situações percebidas pela equipe como de difícil resolução, são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. Para auxiliar as equipes a superarem os limites da clínica tradicional, é proposto que:

- (A) se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada sujeito acometido por uma doença de forma diferente da tradicional
- (B) a equipe faça perguntas da anamnese tradicional, sem dar espaço para as ideias e as palavras do usuário
- (C) os profissionais de saúde apostem no processo de medicalização da vida e na combinação dos diagnósticos
- (D) os profissionais não valorizem as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas

06. Na perspectiva do Ministério da Saúde, trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, e com os saberes e poderes compartilhados, também é trabalhar com conflitos. Dessa forma, são propostos como dispositivos resolutivos no âmbito da atenção e da gestão de serviços e redes de saúde, os seguintes instrumentos:

- (A) clínica do saber, projetos terapêuticos singulares e equipes descentralizadas
- (B) clínica ampliada, projetos terapêuticos de referência e equipes terapêuticas
- (C) clínica ampliada, equipes de referência e projetos terapêuticos singulares
- (D) clínica do saber, equipes de referência e projetos clínicos individuais

07. O Ministério da Saúde considera cinco eixos para a proposta da Clínica ampliada. No eixo 'Suporte para os profissionais de saúde', a principal proposta é:
- (A) que a gestão inclua nas discussões de caso (Projeto terapêutico singular) a possibilidade de individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade
 - (B) que se crie avaliação regular para medir as dificuldades pessoais dos profissionais no trabalho em saúde, já que estas podem refletir o desconhecimento de técnicas da sua especialidade
 - (C) que se enfrente primeiro o ideal de "neutralidade" e "não envolvimento", que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade
 - (D) que a gestão capacite profissionais para práticas assistenciais neutras, evitando a construção de projeto terapêutico singular por profissionais de saúde a partir do vínculo com o paciente

Com a leitura do texto, responda às questões de números 08 a 14:

Carlos tem 16 anos, reside com os pais (Lúcia, 32 anos, e Rafael, 40) e dois irmãos (Lucas, 14 anos, e Gabriel, 12) em uma comunidade da Zona Sul do Rio de Janeiro. O núcleo familiar de Carlos passa por momentos de fragilidade e vulnerabilidade. Seu pai, Rafael, encontra-se desempregado e em uso abusivo de álcool. Sua mãe, Lúcia, trabalha como diarista em dois lugares diferentes para aumentar a renda familiar, mas tem apresentado quadro de tristeza, crises de ansiedade e alterações do sono, o que dificulta suas práticas laborais.

Nos últimos meses, Lucas e Gabriel passaram a ter uma aproximação com o tráfico de drogas da localidade. No mesmo período, no ambiente escolar, Carlos sofria constantemente com episódios de *bullying*. Observou-se, posteriormente, uma sequência de cortes nos braços e um quadro de introspecção.

Na última semana, Rafael realizou uma tentativa de suicídio, ateando fogo em seu corpo, mas sendo socorrido por vizinhos, e conduzido ao atendimento hospitalar para os primeiros cuidados de emergência.

08. No momento da alta hospitalar, tendo em vista o término dos cuidados clínicos, Rafael deverá ser encaminhado para:
- (A) o Núcleo de Atenção à Saúde da Família, para que as questões relacionadas ao uso abusivo de álcool sejam acompanhadas
 - (B) um Centro de Atenção Psicossocial do tipo III, caso haja na área programática
 - (C) a Clínica da Família, em virtude dos cuidados clínicos
 - (D) sua casa, tendo vista a necessidade de repousar
09. A escola de Lucas e Gabriel, com atuação ativa na localidade, decidiu, como intervenção, convocar uma unidade de saúde para organizar ações conjuntas. Como ainda não se conhecem as agravantes do núcleo familiar, é provável que se recorra:
- (A) ao Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
 - (B) ao Centro de Atenção Psicossocial do tipo III
 - (C) ao Núcleo de Atenção à Saúde da Família
 - (D) à Clínica da Família
10. Rafael, após ter sido acompanhado em um momento de crise, pelo serviço de referência, sem novas tentativas de suicídio, ou comorbidades psíquicas em decorrência do uso do álcool, **NÃO** deverá ser encaminhado para:
- (A) atividades físicas
 - (B) o grupo de redução de danos
 - (C) acompanhamento clínico em função do uso abusivo do álcool
 - (D) o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas

11. Considerada a gravidade da situação em que se encontrava o núcleo familiar, os dispositivos da referida área programática chegaram à conclusão de que Carlos deveria ser acompanhado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, tendo em vista a alteração de comportamento, com quadro depressivo moderado, porém com pensamento de morte. Ao tentar realizar o atendimento, o enfermeiro da unidade encontrou dificuldade em acessá-lo, pois Carlos não quis falar. A partir disso, o enfermeiro realiza a seguinte intervenção:

- (A) oferta de música, lápis, lápis de cor e papel, para que Carlos possa expressar seus sentimentos, sofrimentos e angústias
- (B) remarcação de consulta, com a expectativa de que Carlos se sinta mais à vontade na próxima vez
- (C) avaliação psiquiátrica, considerando que Carlos não fala durante o atendimento
- (D) encaminhamento para a clínica da família, considerando o vínculo preexistente

12. Lúcia aderiu ao acompanhamento no Núcleo de Atenção à Saúde da Família. No entanto, o patrão de um dos empregos se mostrou preocupado e se dispôs a estar junto no cuidado. A partir disso, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família teve como direção de trabalho:

- (A) não inclui-lo, por não ser necessário
- (B) instrumentalizá-lo, tendo em vista que ele seria um apoiador da rede de cuidados para ela
- (C) não inclui-lo no cuidado, tendo em vista que ele teria elementos suficientes para uma demissão futura
- (D) inclui-lo no cuidado, tendo em vista a obrigação do patrão de proporcionar bem-estar para seus funcionários

13. Acompanhada pelo Núcleo de Atenção à Família, Lúcia apresenta melhora, o que possibilita uma continuidade de direção de tratamento, por meio de:

- (A) afastamento do trabalho para que ela possa repousar e voltar a fazer suas atividades com mais eficiência
- (B) medicamentos regulares, tendo em vista o conhecimento do resultado
- (C) medicamentos de última geração
- (D) plantas medicinais

14. Carlos conseguiu aderir bem ao acompanhamento do CAPSi, apresentando progressivas melhoras no quadro, no rendimento escolar, porém o enfermeiro que o atende, como seu técnico de referência, realiza algumas mudanças em seu Projeto terapêutico singular. Carlos passa a estar no serviço duas vezes na semana para corridas na praia, por ser uma atividade que há tempos realiza. Numa reunião de supervisão do CAPSi, ao se discutir o caso, chega-se à conclusão de que:

- (A) a ação do enfermeiro está correta, pois respeita o desejo de Carlos, assim como proporciona uma relação prazerosa com seu território
- (B) a ação está atrapalhando o processo de trabalho da equipe, sem efeitos positivos para Carlos
- (C) é uma ação positiva, mas requer a introdução de alguma medicação para acelerar o processo
- (D) é uma ação inadequada, pois nada se produz em uma atividade como essa

15. Segundo a Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é descentralizado. Desse modo, pode-se afirmar que:
- as esferas municipal e estadual deverão prestar contas de sua administração à União
 - empresas estrangeiras podem participar direta ou indiretamente da assistência à saúde
 - cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões, respeitando os princípios gerais e a participação social
 - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica diferente e definidos a partir do número populacional
16. De acordo com a Lei nº 8.080/90, os princípios e diretrizes doutrinários do SUS são:
- fraternidade, equidade e controle social
 - universalidade, integralidade e equidade
 - universalidade, autonomia e fraternidade
 - universalidade, regionalização e pessoalidade
17. A Lei nº 8.142/90, que dispõe acerca do controle social, necessário à democratização dos processos decisórios dos serviços de saúde, estabelece que o Conselho de Saúde é:
- órgão com representantes de usuários e familiares, com participação paritária entre os membros
 - órgão colegiado com representantes do governo e profissionais de saúde, com participação paritária entre os membros
 - órgão colegiado com representantes do governo, usuários, familiares e profissionais de saúde, com participação maior de representantes estatais
 - órgão colegiado com representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários com participação paritária entre os membros
18. A Conferência de Saúde é um dos meios mais importantes para a participação social na saúde pública. Destacam-se como funções da Conferência de Saúde, com vista a democratização:
- avaliar e propor diretrizes para formulação de políticas de saúde apenas no nível nacional
 - avaliar a situação sanitária e prestar contas do poder público no campo da saúde, com reuniões a cada dois anos
 - avaliar a situação da saúde e propor diretrizes de formulação da política pública, com reuniões a cada quatro anos
 - formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, em caráter permanente e deliberativo
19. A fim de minimizar os agravos à saúde, são necessárias as ações de prevenção e promoção. Desse modo, cabe à política pública:
- investir na vigilância sanitária, epidemiológica e, parcialmente, na assistência terapêutica
 - investir na formação de profissionais para trabalhar e pesquisarem sobre o SUS
 - viabilizar o acesso do setor privado na organização do cuidado em saúde
 - centralizar a administração dos recursos financeiros na União
20. A vigilância epidemiológica, fundamental para pensar os determinantes sociais no processo saúde-doença, constitui:
- ação capaz de prevenir ou eliminar riscos a saúde e intervir nos problemas sanitários
 - ação cujo objetivo é controlar a prestação de serviços que se relacionam com a saúde
 - ação importante para formular a política de saúde, bem como estratégias de prevenção
 - ação capaz de reabilitar e recuperar a saúde do trabalhador vítima das condições de trabalho
21. De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico que a justifique. Desse modo, a internação compulsória se dá:
- a pedido do usuário
 - por determinação judicial
 - por indicação da equipe multiprofissional
 - a pedido de terceiro, sem consentimento do usuário
- Com base no texto “Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental, de Mecca e Castro (2008), responda às questões de números 22 e 23.**
22. No que diz respeito à ampliação do cuidado em saúde mental em substituição à lógica manicomial, o artigo traz aspectos físicos, estéticos e ideológicos essenciais para a garantia desse processo. Com base nesses aspectos, pode-se dizer que:
- é necessária atenção às formas de controle social, que podem não remontar à violência explícita do manicômio, mas que se atualizam em atuações de cuidado baseadas em vigilância e tutela, direcionadas para o controle dos corpos e dos discursos
 - merece destaque a desmontagem institucional como uma possibilidade de ultrapassar a lógica manicomial, devendo permitir que os usuários exerçam seu direito de uso e possam se apropriar do espaço, de acordo com o definido pelo seu profissional de referência
 - a eficácia desse processo é de ordem estético-existencial, medida pela possibilidade de encontro das singularidades, pelo contato com as estranhezas e surpresas do cotidiano e pelo aspecto coletivo das experiências vivenciadas dentro do espaço das oficinas terapêuticas
 - com base no apontamento de Certeau (1998), mesmo inicialmente, as instituições estando conectadas com as necessidades dos usuários, gradualmente a burocratização leva ao funcionamento em modo de emergência, sendo necessário evoluir no sentido darwiniano da palavra
23. O conceito de “ambiência” aplicado aos Centros de Atenção Psicossocial relaciona-se:
- aos encontros produzidos nos espaços de convivência do serviço, que devem ser direcionados pela simplificação do cuidado em saúde mental e por procedimentos comprometidos com os saberes técnicos, sem deixar de lado a escuta qualificada do sujeito e o acolhimento das diferenças
 - ao cotidiano do serviço marcado pela participação do usuário na constituição de um ambiente de práticas conectadas com os desejos, as necessidades e as potencialidades de cada pessoa e produtoras de redes de encontros e trajetórias entrecruzadas
 - à importância do trabalho de adequação do usuário à rotina do CAPS, baseada em atividades ordenadas e na potencialidade dos espaços institucionais criativos, pautados pela lógica de cuidado ampliado em saúde mental
 - à participação do usuário nas atividades do serviço, de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular, destacando o pragmatismo como orientador do cuidado em saúde mental pós-Reforma Psiquiátrica

Com base no texto “A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos”, de Tenório (2002), responda às questões de números 24 a 28.

24. A marca distintiva e fundamental no nascimento do movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica dos anos 1970 é:
- (A) a necessidade de orientação científica nos estabelecimentos, visando ao aperfeiçoamento da prática em saúde mental
 - (B) o questionamento da estrutura asilar, em consequência do movimento da Psiquiatria Comunitária
 - (C) o reclame da cidadania dos loucos, a partir do período de redemocratização do país
 - (D) a superação do paradigma da clínica, inspirada pela Psiquiatria Democrática Italiana
25. O movimento das Comunidades Terapêuticas, ocorrido no Brasil nas décadas de 1960 e 1970, pode ser caracterizado como:
- (A) tentativa de remodelação das ações do cotidiano hospitalar com o intuito de promover relações sociais mais liberais e equânimes
 - (B) modelo construído a partir da psicanálise, que teve por objetivo a humanização do cuidado, rompendo com o modelo asilar ao incorporar práticas terapêuticas grupais
 - (C) modelo que influencia as experiências reformistas atuais pelo legado ideológico exitoso do cuidado protegido, oferecido em oposição à segregação e ao julgamento dos loucos em sociedade
 - (D) projeto para solucionar o problema manicomial ordenado pelo livre acesso aos pátios, acolhimento das crises com recursos terapêuticos diversos e manutenção do saber psiquiátrico, agora com maior fundamentação científica
26. A Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir dos anos 1970, é:
- (A) um movimento internacional que critica o modelo hospitalocêntrico e propõe estratégias de aperfeiçoamento e humanização do asilo
 - (B) um processo clínico que se inicia na década de 1980 e condena os efeitos de normatização e controle do tratamento iatrogênico no hospício
 - (C) um movimento de substituição da psiquiatria hospitalocêntrica por uma psiquiatria comunitária, ou seja, de atuação territorial, criado na Itália por Franco Basaglia
 - (D) um processo histórico que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico da psiquiatria e de seus paradigmas
27. Dentre os aspectos que influenciam o paradigma atual do cuidado em saúde mental pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, deve-se considerar:
- (A) a troca dos termos “doença mental” e “psiquiatria preventiva” por “saúde mental” e “atenção psicossocial”, respectivamente, conforme propostos no movimento da Psiquiatria Comunitária
 - (B) o conceito de território, que não corresponde necessariamente ao bairro de domicílio das pessoas, mas ao conjunto de referências socioculturais e econômicas que compõem seu cotidiano, seu projeto de vida e sua inserção no mundo
 - (C) o conceito de “clínica ampliada” baseado no entendimento da complexidade do sujeito e na necessidade de sua adaptação ao social, elaborando recursos terapêuticos estratégicos que garantam a intensidade e integralidade do cuidado
 - (D) a importância analítica de destacar o direito de exercício da cidadania como valor direcionador para o cuidado em saúde mental e a adoção de estratégias para garantir a universalidade e qualidade do cuidado, como consolidação da assistência

28. Na história da Reforma Psiquiátrica brasileira, dois eventos constituem marcos da construção de estratégias para a superação do modelo manicomial, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Considerados os dois eventos, pode-se afirmar:
- (A) a partir de iniciativa da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Dinsam), organiza-se o II Encontro Nacional dos Trabalhadores, que ressalta não apenas as macrorreformas, mas também traz propostas para a cultura, o cotidiano institucional e a relação profissional-paciente
 - (B) o II Encontro Nacional dos Trabalhadores amplia o plano de ação para a transformação do sistema de saúde, marcando o início da trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial
 - (C) na I Conferência de Saúde Mental institui-se o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e determina-se que a participação dos pacientes e seus familiares nas discussões, encontros e conferências seja uma característica marcante do processo
 - (D) decidido durante a I Conferência, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental estabelece um novo horizonte de ações diante da constatação de que as propostas reformistas nas políticas oficiais vinham sendo anuladas pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico
29. A humanização na saúde pode ser reconhecida como um caminho para o cuidado integral relacionado às práticas diárias dos serviços de saúde, querendo contrapor-se a uma rede de atenção fragmentada. Os aspectos que estando presentes no cotidiano evidenciam uma atitude humanizada no cuidado em saúde, são:
- (A) escuta qualificada e responsabilização pela pessoa
 - (B) assistência tecnicista e dimensão utilitarista
 - (C) cuidado humanizado e saber especializado
 - (D) foco na pessoa e assistencialismo
30. A criação da Política Nacional de Humanização em 2003, pelo Ministério da Saúde, coincidindo com os princípios do SUS, trouxe novas perspectivas para as práticas cotidianas dos serviços de saúde e para as políticas de saúde. Dessa forma, os elementos que demonstram tais mudanças são:
- (A) atenção especializada e comunicação vertical
 - (B) redução de gastos e maior densidade tecnológica
 - (C) priorização dos sintomas e investimento em tecnologia
 - (D) transversalidade nas ações de saúde e valorização do coletivo

31. As relações existentes no processo saúde-doença devem ser consideradas em modelos de atenção à saúde coerentes com as demandas sociais da população, capazes de produzir respostas institucionais humanizadas e efetivas para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Para tanto, deve-se considerar que:
- (A) o adoecimento vai além do aspecto físico, devendo ser considerada as demandas subjetivas
 - (B) as práticas devem ser otimizadas para assegurar uma melhor gestão dos recursos
 - (C) o profissional humanizado seja capaz de mensurar processos numéricos
 - (D) a equipe de saúde seja reativa e centrada na solução da doença
32. São práticas características de um modelo humanizado de:
- (A) fomento à construção do cuidado e atenção centrada
 - (B) autonomia profissional e reação às demandas de sofrimento
 - (C) diálogo entre as equipes de saúde e valorização da dimensão social
 - (D) priorização do sujeito e aproveitamento da experiência profissional
33. A implantação de ferramentas como a Clínica Ampliada, Acolhimento e Grupos de Trabalho atribuídas à Política Nacional de Humanização viabilizam melhorias no:
- (A) aspecto voltado para a atenção seletiva de problemas em saúde
 - (B) território de atuação das práticas diagnósticas da doença
 - (C) sentido individualizado e coletivo em saúde
 - (D) fluxo de atendimento assistencial em saúde
34. Diante dos obstáculos de ordem ética, política, financeira e organizacional no sistema de saúde brasileiro, a Política Nacional de Humanização, também chamada de HumanizaSUS, visa efetivar-se nas práticas de saúde por meio de:
- (A) acolhimento e diálogo seletivo
 - (B) tecnologias leves e responsabilização profissional
 - (C) densa tecnologia e respeito hierárquico entre profissionais
 - (D) escuta seletiva e atendimento baseado no diagnóstico profissional
35. A ampliação das práticas de humanização consiste na efetiva participação na gestão de processos de trabalho nos serviços de saúde, compartilhada como uma diretriz a ser seguida a fim de incluir novos sujeitos e multiplicar os agentes dessa política. No entanto, a humanização no SUS ainda precisa de aperfeiçoamento. Pode-se citar como exemplo:
- (A) muitas práticas nomeadas como humanizadas perdem força de produzir mudanças por serem desenvolvidas como ações desarticuladas
 - (B) o alcance de uma atenção integral e contínua por meio de uma atenção básica consolidada que exerce o seu papel de coordenadora do cuidado
 - (C) a inclusão dos sujeitos ocorre no sentido ético-estético-político, reconhecendo as diferenças entre os mesmos e visando uma busca por um bem comum
 - (D) a existência de uma rede de atenção à saúde articulada que garante com qualidade e resolubilidade o acesso aos serviços por meio de uma gestão compartilhada

ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

Com base no texto “Atuação dos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial - Revisão de Literatura” (Moraes, Nascimento, SantosFélis e Santos, 2015), responda às questões de números 36 a 40.

36. A reforma psiquiátrica é um processo político social de grande complexidade, que integra atores, instituições e forças de diferentes proveniências que incide:
- (A) nas esferas governamentais, nos conselhos de classe, nas universidades, nas escolas de ensino fundamental e médio, nos hospitais públicos e privados, no mercado, nos shoppings, nas feiras e nos espaços livres de convivência da sociedade civil
 - (B) nas esferas governamentais, nos conselhos de classe, nas universidades, no mercado do serviço de saúde, nas associações de portadores de transtorno mental e familiares, nos movimentos de caráter social e nos territórios do pensamento social e da opinião pública
 - (C) nas esferas não governamentais, nos conselhos de classe, nas universidades, no mercado do serviço de saúde, nas associações de portadores de transtorno mental e familiares, nos movimentos de caráter social e nos territórios do pensamento social e da opinião pública
 - (D) nas esferas governamentais, nos conselhos de classe, nas universidades, no mercado do serviço de saúde, nas associações de portadores de transtorno mental (excluindo as associações de familiares), nos movimentos de caráter social e nos territórios do pensamento social e da opinião pública
37. Os CAPS, que se caracterizam como um serviço aberto de saúde pública e que abrange toda a comunidade e proporcionam um atendimento efetivo e de referenciamento para cidadãos que são acometidos por transtornos mentais severos e persistentes e demais quadros, cuja severidade e persistência justifiquem a sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida, com vista à:
- (A) reinserção social e à reabilitação do usuário
 - (B) aceitação pelo usuário e por seus familiares da sua nova condição
 - (C) reinserção social e à reeducação do usuário para o convívio no CAPS
 - (D) reinserção social do usuário de forma que a sociedade desconsidere suas limitações
38. Os princípios da reforma psiquiátrica foram incorporados e materializados no cenário brasileiro a partir das Portarias nº 189/1991 e nº 224/1992, do Ministério da Saúde, as quais possibilitaram que:
- (A) consultas individuais, coletivas e em grupos, realizadas por psicólogos e assistentes sociais, passassem a ser remuneradas
 - (B) consultas individuais e em grupos, realizadas por profissionais não médicos, excluindo o enfermeiro, bem como atendimentos nos CAPS e na internação, passassem a ser remunerados
 - (C) consultas individuais, coletivas e em grupos, realizadas por profissionais enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, bem como atendimentos nos consultórios e nos CAPS, urgência e internações, passassem a ser remunerados
 - (D) consultas individuais e em grupo, realizadas por profissionais enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, bem como atendimentos em oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, urgência e internação em hospital geral passassem a ser remunerados

39. Para que o trabalho do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial seja efetivo, é fundamental que:

- (A) ao usuário de saúde mental seja visto em sua totalidade e o cuidado de enfermagem conte com o apoio das práticas integrativas e complementares em seus cotidianos
- (B) o usuário de saúde mental seja visto de forma diferente da preconizada e as práticas integrativas e complementares também se consolidem como cuidado de enfermagem
- (C) o usuário de saúde mental seja visto em sua totalidade e as práticas biológicas garantam que o seu corpo e a sua mente possam separadamente ser espaços de cuidado e proteção para qualquer risco
- (D) o usuário da saúde mental seja visto em sua totalidade e as práticas biológicas sejam superadas, dando espaço a um novo modo de conceber a doença e o adoecer na psiquiatria e na saúde mental

40. Para atuar na perspectiva da interdisciplinaridade, da oferta de múltiplas oficinas, da troca de saberes entre os profissionais, do cuidado prestado à família, das diferentes atividades de cuidado, administração e da mudança súbita de situações, como o elo com a atenção básica, o profissional enfermeiro precisa ter:

- (A) flexibilidade no desenvolvimento do seu trabalho
- (B) atitudes éticas e rigidez na execução de suas atividades
- (C) flexibilidade e parcialidade no desenvolvimento do seu trabalho
- (D) competência técnica e ser, acima de tudo, inflexível sobre o seu conhecimento

Com base no texto: “O Enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar” Rocha, R.M. Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3)350-7, responda às questões de números 41 a 45.

41. As pessoas entrevistadas apontaram, predominantemente, dois tipos de dificuldade: a questão do saber/formação do enfermeiro para o trabalho em CAPS e a dificuldade em ultrapassar fronteiras a caminho da integração na equipe interdisciplinar. Para que os enfermeiros possam vencer essas dificuldades, há que se rediscutir as seguintes questões:

- (A) a formação e a disponibilidade para aprender
- (B) a formação e a afinidade com a área de atuação
- (C) afinidade com a área de atuação e sua complexidade
- (D) afinidade para atuar nos diversos setores da enfermagem

42. O Centro de Atenção Psicossocial é proposto como um espaço de criatividade e de construção de vida, que, em lugar de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. Para atingir esses objetivos, as atividades desenvolvidas com o usuário devem ter como meta a integração:

- (A) do usuário na família e comunidade
- (B) do usuário dentro do CAPS com a sua nova realidade
- (C) dos familiares para garantir internação quando necessária
- (D) dos familiares com a prática do CAPS para reprodução em casa

43. As atividades desenvolvidas no CAPS devem ocorrer de forma interdisciplinar e criativa, individualizando o cuidado ao cliente, pois, se forem burocraticamente executadas, os objetivos do CAPS não estarão sendo atendidos. A autora, porém, faz referência a uma dificuldade própria do trabalho interdisciplinar, que seria:

- (A) conhecer a prática do enfermeiro em saúde mental, seu código de ética e todas as suas legislações
- (B) conhecer a estrutura do CAPS e como desenvolver as atividades de enfermagem com intersetorialidade
- (C) saber e garantir a especificidade da sua prática profissional e não permitir o atravessamento das demais profissões
- (D) saber até que ponto manter a especificidade de suas atribuições, de seu saber, e em que medida “mergulhar” no trabalho conjunto

44. Segundo a autora, a comunicação é fundamental no trabalho em equipe, na medida em que a interação dos profissionais e das ações, bem como a integração dos saberes, ocorre mediada simbolicamente pela linguagem. É por meio da comunicação que os membros da equipe podem:

- (A) questionar quando discordar da proposta terapêutica construída
- (B) comunicar aos colegas as decisões e qual conduta escolheu seguir
- (C) trocar informações, questionar e construir um projeto comum para o usuário
- (D) construir o projeto terapêutico singular e ouvir opiniões quando preciso

45. De acordo com a autora, a inserção do enfermeiro no CAPS com vista a oferecer um cuidado de enfermagem em saúde mental de qualidade, implica novos posicionamentos e novos saberes. Esse entendimento permite afirmar que a enfermagem em saúde mental:

- (A) desenvolve um trabalho transdisciplinar próprio de sua categoria profissional
- (B) desenvolve um trabalho colaborativo e integrado às necessidades apresentadas pelo grupo
- (C) compartilha de um trabalho interdisciplinar que utiliza diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes
- (D) compartilha do saber coletivo de forma criativa, buscando proteger o seu processo de trabalho

Com base no caderno de Atenção Básica 34 – Saúde Mental (2013), responda às questões de números 46 a 50.

46. Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é:

- (A) construir um novo saber complexo e evolutivo que responda a cada parte do indivíduo
- (B) reafirmar a importância da visão dualista do homem de acordo com a sua singularidade
- (C) confirmar a importância das duas ciências como saber empírico e fundamental ao cuidado
- (D) construir um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de saúde

47. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio:
- (A) da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde
 - (B) da ampliação da clínica, auxiliando nas intervenções a partir do conhecimento a respeito da vida do usuário e de seus familiares
 - (C) da escuta qualificada e da possibilidade de um melhor aconselhamento sobre a conduta a ser seguida
 - (D) da oferta de recursos e da disponibilização de medicamentos para toda população
48. Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são:
- (A) prescritivas
 - (B) acumulativas
 - (C) indissociáveis
 - (D) complementares
49. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e desconstruindo o conceito de:
- (A) medidas preventivas
 - (B) cura de doenças
 - (C) solução de problemas
 - (D) construção do plano terapêutico
50. O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer:
- (A) abraços, carinhos e envolvimento afetivos, a fim de proporcionar total relaxamento para esse momento difícil
 - (B) um espaço de escuta ao usuário sem a participação de seus familiares, garantindo assim toda sua privacidade
 - (C) ajuda e proteção, com esclarecimentos sobre todas as dificuldades previstas para sua condição de saúde
 - (D) um espaço de escuta ao usuário e familiares, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias

