

**PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O ANO DE 2024**

PSICOLOGIA

01. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. 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.
03. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

Conteúdo	Nº de questões
Políticas Públicas do SUS	10
Reforma Psiquiátrica	10
Atenção Psicossocial	10
Saúde Mental na Atenção Básica	10
Psicologia	20

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

"Contento-me com pouco, mas desejo muito."

05. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
06. 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.
07. 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**.
08. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente, 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.
09. 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 12.546/2011.
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://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. De acordo com o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado. O acesso ao sistema de saúde pública brasileiro é garantido de forma:
 - (A) universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
 - (B) universal e equânime às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
 - (C) universal, equânime e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação
 - (D) universal e igualitário às ações e aos serviços, para a promoção, proteção e recuperação de todo cidadão brasileiro que contribua com a previdência social

2. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, assegura, no Art. 199, a assistência à saúde executada pela iniciativa privada. A participação da iniciativa privada, prestadora de serviços de saúde, no sistema de saúde pública brasileiro se dá de forma:
 - (A) solidária
 - (B) associativa
 - (C) colaborativa
 - (D) complementar

3. Tendo como base a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República Federativa do Brasil, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, é **CORRETO** afirmar:
 - I. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
 - II. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.
 - III. Os níveis de saúde expressam a organização social, cultural e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais.
 - (A) somente a assertiva I está correta
 - (B) somente as assertivas I e III estão corretas
 - (C) somente as assertivas I e II estão corretas
 - (D) todas as assertivas estão corretas

4. O capítulo I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, no seu Art. 5º considera o entendimento do que seja Vigilância Sanitária em todo território nacional. Esse entendimento se define como:
 - (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
 - (B) um conjunto de ações capaz de alterar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e assistenciais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
 - (C) um conjunto de ações e serviços capaz de diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e sociais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da sociedade no campo da saúde
 - (D) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, alterar ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente e das relações sociais, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde da sociedade

5. Dos serviços e sistemas listados abaixo, são organizados e desenvolvidos obrigatoriamente de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda, aos princípios do SUS contidos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:
 - (A) serviços públicos de saúde e serviços privados conveniados com a Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)
 - (B) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o sistema privado do Brasil
 - (C) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados e conveniados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram ou não, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado de saúde do Brasil
 - (D) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)

6. O capítulo III da Lei nº 8.080/1990, que trata da Organização, da Direção e da Gestão do Sistema Único de Saúde-SUS, no seu Art. 8º orienta a regionalização e hierarquização do SUS em níveis de complexidade, sendo esse de forma crescente. O Art. 9º mostra que a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos referidos órgãos:
- (A) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pelo Consórcio Interestadual de Saúde; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (B) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (C) no âmbito da União, pelo Conselho Nacional de Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (D) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Assistência Social ou órgão equivalente
7. Segundo o Título III-A, da Lei nº 8.080/1990, incluído pela Lei nº 14.510/2022, no seu Art. 26-A, a modalidade de prestação de serviço remoto, que está relacionada a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo Federal, obedecendo aos princípios da autonomia do profissional de saúde; tendo consentimento livre e informado do paciente, sendo a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas, denomina-se:
- (A) teleconsulta
 - (B) telemedicina
 - (C) telessaúde
 - (D) consulta ampliada por telecomunicação
8. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Em seu Art. 4º regulamenta as Regiões de Saúde que serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, podendo ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes. Para que uma Rede de Saúde seja instituída, segundo o Art. 5º, do referido Decreto, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:
- (A) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; internação na área de saúde mental; e vigilância sanitária
 - (B) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde
 - (C) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada; e vigilância em saúde
 - (D) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e internação hospitalar especializada; e vigilância sanitária e epidemiológica
9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Segundo o Art. 30, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Tendo como base essa legislação, é **CORRETO** afirmar:
- I. a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no âmbito da União, é vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
 - II. a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito do Estado, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
 - III. a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.
 - IV. nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.
- (A) somente as assertivas I, II e III estão corretas
 - (B) somente as assertivas I, III e IV estão corretas
 - (C) somente as assertivas II, III e IV estão corretas
 - (D) todas as assertivas estão corretas

10. Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, o Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
- (A) Conferência de Saúde; e Conselho de Saúde
 - (B) Conselho de Saúde; e Comissão Intergestores
 - (C) Conselho de Saúde; e Conselho Municipal de Secretários de Saúde
 - (D) Conferência de Saúde; Conselho de Saúde e Comissão Intergestores

REFORMA PSIQUIÁTRICA

11. Ao fazer uma retrospectiva da política de saúde mental brasileira, Zaneratto-Rosa (2021), demonstra que os entraves que acompanharam o processo de Reforma Psiquiátrica representam:
- (A) condições sociais e culturais internacionais pautadas no modelo hospitalocêntrico
 - (B) dificuldades de aprovação de normas técnicas alinhadas ao modelo biopsicossocial
 - (C) limitações nos financiamentos público e privado de modelos alternativos de assistência
 - (D) exigências de uma agenda neoliberal inerente ao cenário político-econômico internacional
12. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a partir do qual se originou o Movimento da Luta Antimanicomial, foi engendrado nas ações antiditatoriais do final da década de 1970. Segundo Zaneratto-Rosa (2021), tais Movimentos tiveram como base:
- (A) os princípios de fraternidade e de inclusão social
 - (B) os princípios libertários e de equidade econômica
 - (C) as lutas pela diversidade cultural e pela liberdade de associação
 - (D) as lutas pela igualdade e pela democracia
13. Analisando os dados da assistência psiquiátrica no Brasil, Zaneratto-Rosa (2021) constata que houve uma desaceleração na diminuição dos leitos psiquiátricos a partir de 2002, em relação à década anterior. Segundo essa autora, a manutenção das instituições psiquiátricas aponta para a:
- (A) complexidade atrelada ao enfrentamento da indústria da loucura
 - (B) especificidade dos trâmites de bloqueio dos recursos orçamentários
 - (C) morosidade na criação de novas formas de credenciamento de serviços
 - (D) dificuldade existente nos processos de autorização de internações hospitalares
14. Para Zaneratto-Rosa (2021), a criação dos novos serviços comunitários no âmbito da Reforma Psiquiátrica teve como prerrogativas:
- (A) o embate aos processos de violação dos direitos humanos e a proposição de um modelo transitório de atenção
 - (B) a crítica à perspectiva biomédica e a sustentação de uma concepção racionalizada da atenção
 - (C) o posicionamento de ruptura com o paradigma manicomial e a afirmação de outra ética de cuidado
 - (D) a negação da lógica preventiva e a imposição de uma estruturação especializada do cuidado
15. Zaneratto-Rosa (2021) chama atenção para a coexistência de dois modelos em disputa na atenção em saúde: o modelo da atenção psicossocial e o modelo da atenção ambulatorial. Essa coexistência representa o desafio de:
- (A) mudança da lógica paramédica, que atravessa a formação dos profissionais de saúde e a expectativa dos usuários de saúde
 - (B) aprimoramento dos princípios clínicos, que norteiam a prática em saúde e a visão dos usuários quanto ao atendimento ofertado
 - (C) superação da tradição biomédica, que perpassa a relação dos usuários com o sistema de saúde e a concepção dos trabalhadores da saúde
 - (D) afastamento do paradigma fisiológico, que embasa as práticas médicas e a percepção dos usuários e familiares em relação ao tratamento medicamentoso
16. Segundo Zaneratto-Rosa (2021), os avanços obtidos pelo SUS representam uma resposta ao enfrentamento das condições de vida da população brasileira. A Reforma Psiquiátrica seguiu nessa direção, ao defender:
- (A) o desenvolvimento de ações de tutela coletiva e de reinserção coletiva
 - (B) a produção de outras formas de vida comunitária e de participação social
 - (C) a invenção de diversos padrões de apoio voluntário e de regularização habitacional
 - (D) a construção de processos de regulamentação laborativa e de seguridade previdenciária
17. Para Zaneratto-Rosa (2021), o avanço da Reforma Psiquiátrica esbarrou em um importante obstáculo na produção do cuidado em saúde mental, qual seja:
- (A) a precarização das políticas sociais intersetoriais
 - (B) a falta de um modelo validado internacionalmente
 - (C) a fragilidade do modelo de atenção extra-hospitalar
 - (D) a inexistência de arcabouço técnico no âmbito do SUS

18. O Movimento da Luta Antimanicomial é reconhecidamente o propulsor da Reforma Psiquiátrica brasileira. Zaneratto-Rosa (2021) aponta que, ao possibilitar a construção de cidadania dos trabalhadores, usuários e suas famílias, este Movimento confere à Reforma Psiquiátrica:
- (A) o caráter de revolução e seu legado organizativo
 - (B) a marca de sua especificidade e o seu grande patrimônio
 - (C) a memória coletiva e sua valiosa articulação entre os poderes
 - (D) o traço de inovação institucional e sua incorporação no imaginário social
19. Yassui (apud Zaneratto-Rosa, 2021) aponta que houve, ao longo das décadas, um enfraquecimento da identidade da Reforma Psiquiátrica como movimento social, processo que se deu em função da:
- (A) mudança da situação de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal
 - (B) fusão dos processos reivindicatórios com os processos público-privados
 - (C) redução do número de participantes nas assembleias e atos públicos
 - (D) supressão das contradições existentes entre os atores sociais
20. Zaneratto-Rosa (2021) faz referência ao Encontro de Bauru, realizado no ano de 2017, como expressão do protagonismo da sociedade civil na defesa da Reforma Psiquiátrica. O Encontro colocou em cena:
- (A) a continuidade da luta pela assistência social
 - (B) o protagonismo das lideranças institucionais
 - (C) a afirmação da trajetória comunitária
 - (D) a potência da militância

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

21. O CAPS é um ponto de atenção estratégico da RAPS pelo seu papel articulador, conforme descrito no Manual "Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA" (Ministério da Saúde, 2015). Para cumprir com a promoção da vida comunitária, da autonomia dos usuários e ordenar o cuidado, ele pode trabalhar em conjunto com:
- (A) as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde
 - (B) as equipes de saúde do Hospital Geral e agentes comunitários de saúde
 - (C) as equipes de Saúde da Família e as equipes do Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 - (D) as equipes de saúde do Serviço Residencial Terapêutico e as equipes do Centro de Referência de Assistência Social
22. Segundo o Manual "Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA" (Ministério da Saúde, 2015), os CAPS possuem como uma das suas estratégias para compor o Projeto Terapêutico Singular o "acolhimento diurno e/ou noturno". Essa ação possui os seguintes fins:
- (A) o redimensionamento do projeto terapêutico singular visando a proteção do paciente na situação de crise
 - (B) a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário
 - (C) o redimensionamento das relações do usuário com a equipe, o resgate pessoal, a retomada do tratamento em saúde mental
 - (D) a retomada e o redimensionamento do projeto assistencial em liberdade, o resgate das relações para criação do vínculo terapêutico
23. Na perspectiva do Manual "Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA" (Ministério da Saúde, 2015), o acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam a participação dos usuários, a ampliação de rede social e sua autonomia, é uma ação voltada para o Projeto Terapêutico Singular, nomeada como:
- (A) acolhimento inicial
 - (B) matriciamento de equipes
 - (C) promoção de contratualidade
 - (D) apoio a serviço residencial de caráter transitório
24. De acordo com o Manual "Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA" (Ministério da Saúde, 2015), as Unidades de Acolhimento (UA) são consideradas "serviço residencial". Para qualificar o Projeto Terapêutico nos ambientes das UA, é importante que eles se constituam para os usuários da seguinte forma:
- (A) possam receber visitas de amigos e/ou familiares, ou, ainda, ter um quarto reservado para administração dos psicofármacos
 - (B) ter ambientes e equipamentos que viabilizem, por exemplo, ações de contenção da crise e possam receber visitas da equipe do CAPS
 - (C) ter ambientes terapêuticos e equipamentos tecnológicos, por exemplo, para cadastro em benefícios sociais dos moradores da UA e sua inclusão no Programa de Volta Para Casa
 - (D) possam receber visitas de amigos e/ou familiares, ou, ainda, ter ambientes e equipamentos que viabilizem, por exemplo, ações de apoio ao estudo e/ou inclusão digital, no contexto de projetos de inserção na escola

25. A partir da pesquisa realizada por Martinho B. B. e Silva, apresentada em "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental" (2005), é sugerido que no âmbito da atenção psicossocial existe intensa responsabilização de atores sociais dirigida ao cuidado dos loucos. Essa responsabilidade se concretiza por intermédio de:
- (A) diferentes procedimentos de gestão articulados à terapêutica
 - (B) procedimento de gestão não articulado à singularidade do cuidado
 - (C) diferentes procedimentos de especialistas articulados às redes intersetoriais
 - (D) projeto terapêutico universal articulado à definição do diagnóstico da doença mental
26. Na pesquisa realizada em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, de acordo com Martinho B. B. e Silva, em "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental" (2005), se identificam novos encargos sociais conectados a novos modos de cuidar e gerir a loucura no meio social, eles ocorrem preferencialmente a partir dos seguintes aspectos:
- (A) do engajamento biopsicossocial, do processo de desmedicalização e da responsabilização do paciente pelo seu tratamento
 - (B) do recurso psicopedagógico, do processo terapêutico e da responsabilização do especialista de nível superior
 - (C) do gerenciamento do cuidado pela família, da implicação e do vínculo das instâncias jurídicas e médicas
 - (D) do engajamento, da implicação e do vínculo de atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado
27. No artigo "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental" (Silva, 2005), em relação à desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, o autor destaca em relação a alguns saberes do campo da saúde mental, a seguinte concepção convergente:
- (A) responsabilização do paciente e de sua família
 - (B) responsabilização de atores e instâncias sociais
 - (C) responsabilização médica e de instâncias administrativas
 - (D) responsabilização do paciente e da equipe técnica do CAPS
28. O autor Martinho B. B. e Silva (2005) afirma que o principal objetivo da atenção psicossocial como modalidade terapêutica que valoriza os diferentes saberes e profissionais, incluindo o saber dos familiares e da comunidade é:
- (A) diminuir as possibilidades de contenção durante a internação, ao mesmo tempo em que procura avaliar os processos de adoecimento da família
 - (B) aumentar as possibilidades de existência do louco no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico
 - (C) diminuir a circulação do louco no território para prevenção do estigma, ao mesmo tempo em que procura a cura da doença mental
 - (D) aumentar a responsabilidade da família, ao mesmo tempo em que procura minimizar o estigma
29. Na perspectiva dos autores Yasui, Luzio e Amarante, em "Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território" (2018), a mudança de paradigma promovida pela atenção psicossocial, caracteriza-se pela mudança de objeto, que se desloca da doença e passa a ser a complexidade da vida. Esse objeto na sua dimensão teórica e metodológica prioriza a seguinte perspectiva:
- (A) um profundo e intenso diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas e conhecimentos que nos falam do humano
 - (B) a necessidade de integrar práticas e saberes médicos e psicológicos para o cuidado da vida humana
 - (C) a estabilização da dicotomia sujeito/objeto quando se fala do humano
 - (D) um pensamento unificado do pensar e do fazer sobre o humano
30. No artigo "Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território" (2018), segundo os autores, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, as estratégias de cuidado em saúde mental devem ser tecidas como:
- (A) estratégia em diálogo permanente
 - (B) estratégia uniprofissional
 - (C) estratégia terapêutica
 - (D) estratégia em rede

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

31. Para Lima e Dimenstein (2016), por se desenvolverem na lógica territorial, as ações de saúde mental realizadas no âmbito da Atenção Básica conseguem garantir a:
- (A) integralidade do SUS, o cuidado em liberdade e articulado em rede
 - (B) igualdade do SUS, a atenção compartilhada e definida por níveis de complexidade
 - (C) acessibilidade do SUS, o tratamento com dignidade e organizado pela oferta dos serviços
 - (D) universalidade do SUS, a atenção humanitária e estruturada pelas diversas especialidades

32. Segundo Lima e Dimenstein (2016), a ferramenta do apoio matricial visa promover, dentre outras medidas, a corresponsabilização entre as equipes e o aumento da capacidade resolutive da Atenção Básica. Essa ferramenta pode ser definida como:
- (A) uma ferramenta corporativa direcionada para a delimitação do poder médico nas equipes multiprofissionais
 - (B) uma tecnologia de arranjo organizacional que oferece suporte técnico especializado em determinadas áreas
 - (C) uma estratégia institucional que propõe o trabalho em equipe a partir da dissolução dos saberes especializados
 - (D) um dispositivo tecnológico voltado ao aprimoramento dos núcleos de especialidade
33. De acordo com Lima e Dimenstein (2016), o dispositivo do apoio matricial propicia o rompimento da lógica indiscriminada e medicalizante dos encaminhamentos realizados pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família, na medida em que possibilita:
- (A) a reestruturação do acesso e o controle dos insumos e ações na rede de urgência e emergência
 - (B) o redirecionamento do acesso e a distribuição dos recursos da saúde de acordo com os níveis de atenção especializada
 - (C) a racionalização do acesso e do uso de recursos especializados frente às demandas de saúde mental
 - (D) a hierarquização do acesso e o fortalecimento dos serviços intensivos em saúde mental
34. No que tange a atenção à crise no território, Lima e Dimenstein (2016) defendem que a discussão de casos entre as equipes, promovida pelo apoio matricial, se configura como importante recurso, pois assegura:
- (A) uma melhor avaliação da gravidade, dos riscos e das vulnerabilidades nas situações de crise
 - (B) uma avaliação diagnóstica mais precisa, a estratificação dos riscos e a definição do perfil sociocultural
 - (C) a categorização dos sintomas, a identificação das precariedades subjetivas e a proposição do protocolo de atendimento
 - (D) a classificação imediata dos riscos, a detecção das ameaças e adversidades do território e a priorização do encaminhamento para os serviços especializados
35. Lima e Dimenstein (2016) ressaltam que o apoio matricial é uma ferramenta fundamental no contexto da Reforma Psiquiátrica, em prol da desinstitucionalização, na medida em que produz:
- (A) desvinculação institucional entre as equipes e responsabilização dos usuários por seu cuidado
 - (B) reformulação do papel das equipes matriciadoras e incremento do protagonismo das famílias na articulação de rede
 - (C) autonomia nas equipes matriciadas e nos sujeitos-alvo do cuidado
 - (D) mudança na lógica do cuidado especializado com valorização das ações intrasetoriais
36. A propagação do modelo psicossocial na comunidade é um dos efeitos do matriciamento. Segundo Lima e Dimenstein (2016), essa propagação está relacionada:
- (A) a atividades culturais promovidas pelos usuários e familiares, garantindo a identificação de recursos intersetoriais
 - (B) à veiculação de informações positivas nas redes sociais, aumentando a credibilidade das ações de atenção psicossocial
 - (C) a campanhas de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, valorizando o papel dos profissionais de saúde mental
 - (D) à articulação da rede que, ao promover processos de inserção, reforça a difusão do modelo
37. As autoras Lima e Dimenstein (2016) advogam que a sustentação do cuidado à crise no território é condição da afirmação da ética contida no modelo psicossocial, qual seja:
- (A) cuidar em liberdade
 - (B) tratar com prudência
 - (C) interromper o sofrimento
 - (D) tutelar com responsabilidade
38. Para Figueiredo e Paula (2021), ao considerar as singularidades dos sujeitos e coletividades, o apoio matricial colabora para a efetivação de um cuidado integral aos usuários na Atenção Primária. Para isso, a equipe matriciadora deve lançar mão das seguintes ferramentas:
- (A) escuta especializada; reuniões de gestão; relatos de caso; e construção do Projeto Terapêutico Coletivo
 - (B) escuta compartilhada; reuniões técnicas; apresentação de caso; e construção de Projeto Terapêutico Familiar
 - (C) escuta ampliada; reuniões de equipe ampliada; estudo de caso; e construção de Projeto Terapêutico Compartilhado
 - (D) escuta qualificada; reunião de equipe; discussão de caso; e construção de Projeto Terapêutico Singular
39. O modelo hegemônico de assistência, difundido na formação da maioria dos profissionais de saúde, é apontado por Figueiredo e Paula (2021) como limitante ao trabalho compartilhado, pois compreende:
- (A) visão delimitada e ações centradas na produção de autonomia
 - (B) perspectiva reducionista e intervenções centradas no contexto dos indivíduos
 - (C) concepção e experiência fragmentadas do cuidado e do trabalho
 - (D) concepção holística e práticas ampliadas da assistência multiprofissional em saúde

40. Taxas de mortalidade maiores que as da população em geral e expectativa de vida reduzida em mais de dez anos são apontadas por Treichel et al (2019) como desafios na oferta de cuidado em saúde mental para os sistemas de saúde no mundo inteiro. Segundo esses autores, tal panorama é favorecido por:
- (A) número reduzido de serviços e ações de saúde; e arranjo ineficaz dos recursos humanos atuantes em saúde mental
 - (B) baixa integração das redes de saúde; e falta de profissionais preparados para ofertar cuidados adequados em saúde mental
 - (C) excesso de articulações intersetoriais dos serviços e sistemas de saúde; e insuficiência dos recursos humanos em todos os níveis de atenção
 - (D) desestruturação na hierarquia dos sistemas sociossanitários; e predominância de profissionais desmotivados para a assistência em saúde

PSICOLOGIA

41. Para Fukumitsu e Kovacs, no texto "Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio" (2016), é importante diferenciar o processo de luto após o suicídio dos demais lutos, causados por outros tipos de morte. O processo de luto no caso do suicídio possui um caráter específico devido à morte ser repentina e ser:
- (A) algo passível de prevenção pela família
 - (B) um comportamento com motivação individual
 - (C) um ato violento, estigmatizado e deliberado
 - (D) consequência da inadequação com o meio social
42. De acordo com Fukumitsu e Kovacs, no texto "Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio" (2016), além da necessidade de entender a ausência da pessoa amada, o enlutado impactado pelo suicídio também enfrenta:
- (A) o imperativo de silenciar a dor pela ausência do ente
 - (B) a redefinição do próprio papel na família e a inexistência do que se perde
 - (C) a necessidade de manter o seu papel na família e evitar mais mudanças
 - (D) a busca por contextos sociais e comunitários onde ele possa falar sobre sua culpa
43. Segundo Fukumitsu e Kovacs (2016), as atividades para atenuar o abalo da perda por suicídio e prevenir o sofrimento das próximas gerações é chamado de:
- (A) posvenção
 - (B) presciência
 - (C) psicoterapia de luto
 - (D) grupo de apoio ao luto
44. Segundo Silva e Canavêz (2017), as mudanças de paradigma da medicina permitiram que os diagnósticos saíssem do campo estrito dos comportamentos desviantes e se expandissem para um modelo ideal de felicidade, saúde e comportamentos, substituindo a figura do anormal pela figura do:
- (A) alienado
 - (B) doente
 - (C) consumidor
 - (D) usuário
45. Para Couto e Delgado (2010), em Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial, a intersectorialidade na construção da rede pública de atenção às crianças e adolescentes indica e amplia o fundamento *princeps* da saúde mental pública, qual seja:
- (A) o sentido de reparação histórica e justiça social unidos na desconstrução de saberes
 - (B) a desinstitucionalização que reconhece as necessidades sociais subjacentes à loucura
 - (C) os direitos humanos que exige a reconstrução de uma sociedade mais justa e inclusiva
 - (D) a intrínseca articulação entre o que é próprio à política com o que é próprio à clínica
46. Segundo Couto e Delgado (2010), em Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial, o princípio da intersectorialidade se tornou o ponto de partida e a única condição de possibilidade para construção no Brasil de uma rede de serviços capaz de responder às questões envolvidas no cuidado e tratamento de jovens e crianças devido:
- (A) ao entendimento que o público infanto-juvenil com problemas de saúde mental circula por diferentes instituições e uma boa parte dele sequer acessa serviços de quaisquer naturezas
 - (B) a constatação da necessidade de romper com o especialismo próprio da clínica em saúde mental e instituir o cuidado compartilhado pela equipe multiprofissional
 - (C) ao fundamento clínico e político que atravessa o campo de saúde mental que priorizou a organização do cuidado extra-hospitalar de adultos e idosos
 - (D) a diretriz do estatuto da criança e do adolescente que protege os cidadãos em formação dos projetos de poder de diversos setores assistenciais
47. Couto e Delgado (2010), propõe que a parceria intersectorial deve se dar através da colaboração profissional ante um caso complexo. São exemplos de estratégias de articulação da saúde mental com a atenção primária, educação, assistência social e outros setores as ações de:
- (A) supervisão, visitas domiciliares e acolhimento heterofamiliar
 - (B) matriciamento, atendimento conjunto e treinamento continuado
 - (C) oficinas terapêuticas, educação permanente e geração de renda
 - (D) fóruns, planejamento de ações educativas e convivência com os usuários

48. De acordo com Souza et al (2017), no artigo "Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência", a Política de Redução de Danos (PRD) entende a saúde em seu sentido mais amplo. Tendo como finalidade a saúde integral do ser humano na PRD é indispensável também se considerar o conceito de:
- (A) dependência química
 - (B) reinserção social
 - (C) prevenção
 - (D) autonomia
49. Ainda segundo Souza et al (2017), em "Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência", as atividades de redução de danos ocorrem nos locais onde os usuários de substâncias psicoativas se concentram e fazem uso frequente. A abordagem na rua como estratégia de trabalho no território pela equipe tem como propósito fundamental:
- (A) acolher, avaliar o usuário e encaminhar para o CAPSad
 - (B) acolher, proteger as vidas dos usuários e construir vínculos
 - (C) escutar, valorizar a vida dos usuários e fechar as cenas de uso
 - (D) escutar, garantir os direitos dos usuários e encaminhar para os abrigos
50. Segundo Fukumitsu e Kovacs no texto "Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio" (2016), o enlutado impactado pelo suicídio deve ser considerado como:
- (A) uma vítima
 - (B) um dependente
 - (C) um sobrevivente
 - (D) uma pessoa perdida
51. Segundo Fukumitsu e Kovacs no texto "Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio" (2016), o modelo dual do luto compreende que o luto é um processo que oscila entre dois estressores:
- (A) a tendência para a vida e a pulsão de morte
 - (B) a necessidade de perdoar e a necessidade de punir
 - (C) o entendimento de quem se era antes e a busca de pertencimento no outro
 - (D) a orientação para a perda e a orientação para a restauração
52. De acordo com Souza et al (2017), no artigo "Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência", uma das principais barreiras encontradas no início do trabalho de redução de danos nos locais onde o usuário faz uso de substâncias psicoativas é:
- (A) lidar com a imprevisibilidade da clínica nas ruas
 - (B) a real intencionalidade dos profissionais da assistência
 - (C) a dificuldade na formação de vínculo da equipe com o usuário
 - (D) o receio de sofrer violência por parte dos usuários e da equipe
53. Segundo Fiore (2012), no artigo *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas*, todas as drogas psicoativas têm grande potencial de dano fisiológico ou mental, e que por isso mesmo o consumo destas substâncias nas mais diversas sociedades foi sempre cercado de controles e interdições sociais. O autor pontua que neste sentido a crítica ao proibicionismo está localizada:
- (A) na sua premissa de que Estado e Igrejas, para garantir a saúde e segurança da população, sejam agentes desta interdição, utilizando a redução de danos para orientar as escolhas individuais
 - (B) na sua premissa de que o Estado, que deve garantir liberdade e direitos individuais, seja o agente desta interdição, utilizando a redução de danos e o fortalecimento dos laços sociais como centro e base de sua ação
 - (C) na sua premissa de que o Estado, que deve garantir a saúde da população, não seja o agente desta interdição, utilizando criminalização e a supressão do direito individual de escolha como centro e base de sua ação
 - (D) na sua premissa de que o Estado, que deve garantir liberdade e direitos individuais, seja o agente desta interdição, utilizando criminalização e a supressão do direito individual de escolha como centro e base de sua ação
54. De acordo com Fiore (2012) o paradigma proibicionista é composto por duas premissas fundamentais, são elas:
- (A) o uso de drogas nem sempre é danoso; a solução para o problema das drogas se dá pela intervenção do Estado criminalizando o produtor/vendedor e atuando na redução de danos junto aos usuários
 - (B) o uso de drogas nem sempre é danoso; a solução para o problema das drogas se dá pela intervenção do Estado punindo produtores, vendedores e consumidores
 - (C) o uso de drogas é necessariamente danoso; a solução para o problema das drogas se dá pela intervenção do Estado punindo produtores, vendedores e consumidores
 - (D) o uso de drogas é necessariamente danoso; a solução para o problema das drogas se dá pela intervenção do Estado reforçando laços sociais e atuando na redução de danos
55. Para Fiore (2012) os programas brasileiros de enfrentamento as questões relativas ao uso de tabaco e álcool são exemplos de:
- (A) políticas públicas de Estado que buscam garantir controle e criminalização, regulando a comercialização destas substâncias, e informando sobre os danos necessários e intrínsecos a seu uso
 - (B) políticas públicas de Estado que buscam garantir controle sem criminalização, regulando a propaganda e a comercialização destas substâncias, e informando sobre seus danos potenciais
 - (C) políticas públicas de Estado que buscam a não criminalização, informando sobre os danos fisiológico e psicossociais necessariamente presentes no uso de qualquer droga e sem intervenção direta no comércio
 - (D) que sem a intervenção do Estado, criminalizando e regulando o uso inadequado das substâncias, a questão do uso de drogas nunca será sanada na sociedade

56. As novas abordagens que se apresentam como alternativas ao modelo proibicionista reúnem alguns pressupostos gerais em comum, são eles:
- (A) a proibição como principal medida de prevenção; o tratamento involuntário para usuários graves; e políticas e ações pensadas de acordo com as especificidades de cada droga
 - (B) a valorização do autocuidado e fortalecimento dos laços sociais como principal medida de prevenção; a descriminalização do consumidor; e políticas e ações pensadas de acordo com as especificidades de cada droga
 - (C) a valorização do autocuidado e fortalecimento dos laços sociais como principal medida de prevenção; o tratamento involuntário para usuários graves; e políticas e ações focadas no estímulo à abstinência
 - (D) a valorização do autocuidado e fortalecimento dos laços sociais como principal medida de prevenção; a descriminalização do consumidor; e políticas e ações focadas no estímulo à abstinência
57. Segundo Silva e Canavêz (2017), no artigo *Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea*, Illich propôs a ideia de uma patologia causada pela ação da medicina em seus cuidados com a saúde dos indivíduos. Esta patologia está relacionada tanto aos efeitos negativos de medicamentos e procedimentos, como a negligência dos profissionais. A este tipo de patologia Illich deu o nome de:
- (A) exógenas
 - (B) psicossomática
 - (C) iatrogenia clínica
 - (D) iatrogenia social
58. Segundo Silva e Canavêz (2017) para Illich a produção de dependência em relação aos postulados médicos pela sociedade, que acarreta em passividade e perda de autonomia frente a situações de saúde e doença por parte da mesma, corresponde ao conceito de:
- (A) iatrogenia social
 - (B) psicossomática
 - (C) biomedicina
 - (D) alienação
59. Conrad, citado por Silva e Canavêz (2017), destaca três meios de controle social exercido pela medicina, são eles:
- (A) a tecnologia médica; a colaboração médica; e a cientificidade médica
 - (B) a tecnologia médica; a neutralidade médica; e a ideologia médica
 - (C) a tecnologia médica; a colaboração médica; e a ideologia médica
 - (D) a tecnologia médica; o poder médico; e a racionalidade médica
60. Para Conrad, citado por Silva e Canavêz (2017), o processo de medicalização é uma via dupla, que inclui a possibilidade de uma reversão em termos de uma espécie de desmedicalização, aqui entendida como:
- (A) o ato de retirar gradualmente o uso de medicações e tecnologias médicas no cuidado a situações de saúde/doença
 - (B) a mudança de status de algo que já foi em algum momento definido como uma patologia pelo saber médico para algo fora do campo da medicina ou do âmbito dos processos de saúde e doença como, por exemplo, a homossexualidade
 - (C) o ato de retirar gradualmente o uso de medicações e tecnologias médicas no cuidado aos comportamentos desviantes dos processos de saúde
 - (D) a mudança de tecnologia diante de determinados grupos de doenças e comportamentos, investindo em tecnologias leves como a arte e as narrativas dos indivíduos, substituindo gradualmente o uso de internações e medicamentos