

**PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
PARA O ANO DE 2023**

ASSISTENTE SOCIAL

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
Serviço Social	20

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

"Aprender é mudar posturas"

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 SUS

01. De acordo com a Constituição Federal Brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por meio de:
- (A) políticas econômicas que visem à manutenção do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação
 - (B) políticas regulatórias e distributivas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, com acesso a serviços de saúde pública para indivíduos com renda inferior a quatro salários mínimos
 - (C) políticas fiscais e monetárias que visem à redução dos custos de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação
 - (D) políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação
02. Sobre a participação da iniciativa privada no âmbito do Sistema Único de Saúde, é correto afirmar que:
- (A) as instituições privadas com fins lucrativos têm prioridade na participação no Sistema Único de Saúde, por meio da formalização de contratos.
 - (B) a prestação de serviços de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde deve ser principalmente oferecida pela iniciativa privada
 - (C) o Sistema Único de Saúde no Brasil não prevê a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de assistência à saúde.
 - (D) a assistência à saúde é livre a iniciativa privada podendo participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde
03. Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, entende-se por:
- (A) vigilância epidemiológica
 - (B) vigilância nutricional
 - (C) vigilância ambiental
 - (D) vigilância sanitária
04. As ações de vigilância sanitária estão no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, abrangendo:
- (A) a participação na normatização, fiscalização e no controle dos serviços de saúde do trabalhador
 - (B) a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos
 - (C) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde
 - (D) a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral
05. Um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, é denominado de:
- (A) atenção de nível quaternário
 - (B) redes de atenção à saúde
 - (C) políticas públicas de saúde
 - (D) comissões intergestoras
06. A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. De acordo com essa normativa, assinale a alternativa que traz o percentual mínimo da arrecadação dos impostos que deve ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos municípios e estados, respectivamente:
- (A) 15% e 12%
 - (B) 12% e 15%
 - (C) 12% e 10%
 - (D) 15% e 25%
07. De acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, é denominada de:
- (A) regulação do acesso à assistência
 - (B) regulação dos sistemas de saúde
 - (C) regulação da vigilância em saúde
 - (D) regulação da atenção à saúde
08. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde. As práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários, por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais para efeito dessa Política, são chamadas de:
- (A) modelo de atenção
 - (B) pontos de atenção
 - (C) gestão da clínica
 - (D) linha de cuidado

09. O Ministério da Saúde se utiliza de Programas e Políticas de Saúde para induzir boas práticas, ordenar e nortear os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde. O Programa Saúde na Hora foi instituído por meio da Portaria MS/GM nº 397 de 16 de março de 2020. São objetivos desse Programa:
- (A) ampliar o acesso dos usuários por meio da implantação do serviço de teleatendimento em saúde nos municípios
 - (B) reduzir o tempo para agendamentos de consultas e exames no Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG)
 - (C) ampliar o horário de funcionamento das USF e UBS, possibilitando maior acesso dos usuários aos serviços
 - (D) oportunizar o acesso mais célere no atendimento nas unidades de urgência e emergência
10. Os Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. O Centro de Atenção Psicossocial, que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, e que proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, é intitulado de:
- (A) CAPS III
 - (B) CAPS II
 - (C) CAPS V
 - (D) CAPS I

REFORMA PSIQUIÁTRICA

11. A Reforma Psiquiátrica se constituiu como um movimento social, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa. Dentro dessa concepção, Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, autores de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), defendem que a preservação da história e da memória das pessoas que constituíram esse movimento social é fundamental, pois os sucessos alcançados devem ser considerados nos campos:
- (A) do fortalecimento das políticas de assistência social e das liberdades individuais
 - (B) da normatização das políticas públicas intersetoriais e do tratamento intensivo
 - (C) da institucionalização das políticas públicas de saúde e das conquistas sociais
 - (D) da consolidação de leis e portarias ministeriais e da assistência hierarquizada
12. Para os autores Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), a Reforma Psiquiátrica redimensiona o objeto da psiquiatria ao incluir a estratégia da desinstitucionalização e, dessa forma, esse objeto passa a ser a:
- (A) vivência psicopatológica dos indivíduos
 - (B) existência-sofrimento dos sujeitos
 - (C) dor biopsicossocial dos coletivos
 - (D) experiência social da doença

13. Segundo Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, autores de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), o Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), também conhecido como Congresso de Bauru, ampliou o propósito das suas reivindicações ao incluir a discussão sobre a loucura. Tal ampliação se deve à:
- (A) integração de participantes de diferentes movimentos sociais na perspectiva de aumentar a visibilidade da questão psiquiátrica nacional
 - (B) participação, além dos técnicos, das lideranças municipais, familiares e dos usuários dos serviços de saúde mental
 - (C) inclusão de temáticas diversas no âmbito dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde mental
 - (D) cooperação técnica de diferentes setores da sociedade e ao fortalecimento das políticas públicas
14. Em *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), os autores Yasui, Silvio e Natália Barzaghi resgatam a dimensão individual dos sujeitos no movimento da Reforma Psiquiátrica, de forma a salientar a esfera micropolítica das relações, fundamental para as transformações a nível macro. Reconhecem, assim, que o espaço da militância viabiliza a:
- (A) elaboração de sentimentos individuais e aspirações do grupo
 - (B) produção de novas socializações, novos sentidos e valores
 - (C) formação de atores engajados e de lideranças políticas
 - (D) ressignificação das lutas individuais e coletivas
15. Com base em *Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), a autora Elisa Rosa Zaneratto, ao fazer uma retrospectiva histórica da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10216/2001), atribui sua aprovação a um profundo processo de mobilização, fruto da:
- (A) multiplicação de intervenções assistenciais, políticas e institucionais voltadas à substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária em saúde mental
 - (B) consolidação de serviços de saúde e de projetos ampliados ligados aos direitos humanos dos usuários de saúde mental
 - (C) generalização de experiências assistenciais e intersetoriais voltadas à humanização da assistência psiquiátrica hospitalar
 - (D) ampliação de projetos sociais ligados à proposta comunitária da assistência em saúde mental
16. Para Elisa Rosa Zaneratto autora de *Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), desde os anos 2000, no âmbito da saúde mental, podemos constatar a promulgação de portarias e leis nacionais que regulamentam serviços, programas e modelos assistenciais, o que indica:
- (A) a mudança da Reforma Psiquiátrica em relação à sua proposta fundadora
 - (B) o encerramento da Reforma Psiquiátrica nas esferas governamentais
 - (C) a evolução da Reforma Psiquiátrica em sua institucionalidade
 - (D) a captura da Reforma Psiquiátrica por processos oficiais

17. Para Elisa Rosa Zaneratto autora de *Trajétórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), o percurso do Movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento da Luta Antimanicomial evidenciam importantes fundamentos constituintes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, entre eles:
- (A) o embate ao modelo de saúde centrado na cura, e ao financiamento de serviços médicos orientados pelo lucro
 - (B) a objeção ao modelo de cuidado hospitalar e ao custeio de serviços e procedimentos privados ambulatoriais
 - (C) a oposição ao modelo dos condicionantes sociais da saúde, e à terceirização das ações e serviços sanitários
 - (D) a recusa do modelo assistencial embasado na doença e da fiscalização de serviços contratados
18. A respeito das imposições de uma agenda neoliberal, Elisa Rosa Zaneratto, autora de *Trajétórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), considera como entraves à Reforma Psiquiátrica:
- (A) a mercantilização da doença e a fragilidade na implantação das políticas intersetoriais
 - (B) a ruptura do paradigma sociocomunitário e a precariedade das políticas intrasetoriais
 - (C) a perda da pauta antimanicomial e a dificuldade de articulação intrasetorial
 - (D) o término do movimento nacional e a ausência de ações intersetoriais
19. Sobre a Marcha dos Usuários para Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que ocorreu em 2009, podemos entendê-la, com base em *Trajétórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), de Elisa Rosa Zaneratto, como fruto de uma análise crítica do processo de institucionalização dos movimentos sociais. Além disso, compreendeu também a:
- (A) necessidade de participação permanente dos usuários no movimento social e a necessidade de reavaliação das conquistas assistenciais obtidas
 - (B) magnitude da participação popular e a constatação dos problemas e desafios do modelo comunitário de assistência
 - (C) importância do protagonismo da sociedade civil e do reconhecimento das ameaças à Reforma Psiquiátrica
 - (D) relevância da mobilização social e a publicização da ruptura do ideário reformista
20. Em *Trajétórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), Elisa Rosa Zaneratto realiza uma leitura crítica do momento atual, no que tange às limitações colocadas pelo cenário neoliberal, e afirma que a utopia ligada à Reforma Psiquiátrica se mantém viva e é fortalecida:
- (A) na continuidade das práticas de cuidado, nas associações de moradores e na representatividade social
 - (B) na regularidade das ações, nos grupos de usuários e familiares e na ampla participação política
 - (C) na sustentação dos serviços de saúde, nas assembleias comunitárias e na mobilização distrital
 - (D) no cotidiano dos serviços, nos encontros afetuosos com os usuários e na militância

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

21. Em *Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território* (2018), os autores Silvio Yasui, Cristina Amélia Luzio e Paulo Amarante nomeiam a Atenção Psicossocial como um paradigma da Reforma Psiquiátrica e promotora de uma nova perspectiva de olhar e compreender a experiência humana, a loucura ou o sofrimento mental. Considera-se que o paradigma da Atenção Psicossocial faz ruptura com o seguinte tipo de racionalidade:
- (A) da complexidade da vida
 - (B) psiquiátrica
 - (C) antimanicomial
 - (D) pedagógica
22. A Atenção Psicossocial admite a necessidade de entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito e, para isso, é preciso colocar entre parênteses a doença. Esse entendimento supõe:
- (A) desnaturalizar os pré-conceitos, os pré-juízos e as verdades estabelecidas da vida cotidiana
 - (B) desnaturalizar os pré-juízos, naturalizar os pré-conceitos e as verdades do funcionamento cerebral
 - (C) desnaturalizar as verdades estabelecidas da vida cotidiana, naturalizar os pré-conceitos e a noção de doença
 - (D) naturalizar os pré-conceitos, os pré-juízos e as verdades do funcionamento cerebral
23. Silvio Yasui, Cristina Amélia Luzio e Paulo Amarante, em *Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território* (2018), ao descreverem a noção de território, delimitam que é um lugar possível de uso do controle da vida, assim como também é um lugar onde emergem formas e processos de resistência. Nesse contexto, é proposto construir/inventar um espaço possível de subjetivação, sendo que para cada proposta das práticas da Atenção Psicossocial haverá um território:
- (A) com sua uniformidade subjetiva e uma multidão de pessoas com transtornos psiquiátricos
 - (B) com sua uniformidade subjetiva e uma multidão de áreas geográficas
 - (C) com sua singularidade e uma multidão de territórios existenciais
 - (D) com sua singularidade e uma multidão de hospitais psiquiátricos

24. As portarias que legitimam a Atenção Psicossocial e a Atenção Básica fazem referência à 'lógica do território'. Segundo a orientação do modelo que constitui essas políticas, uma potente rede de saúde existente no território pode propiciar:
- (A) a produção prioritária de consultas médicas, aumentar a contratualidade manicomial e o coeficiente biopsicossocial, bem como possibilitar o reposicionamento da equipe assistencial, diante da superioridade médica
 - (B) a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a vigilância social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento moral e comportamental, diante de si e do mundo
 - (C) a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a contratualidade social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo
 - (D) a produção prioritária de consultas médicas, aumentar o acesso farmacológico e o coeficiente tutelar, bem como possibilitar o reposicionamento diante do sintoma psiquiátrico e do mundo
25. De acordo com Martinho Braga Batista 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), na concepção do SUS, o campo da saúde mental pode convocar diferentes atores sociais à responsabilidade pelo cuidado. Segundo o autor, por meio das parcerias e da construção de redes de suporte social, pretende-se:
- (A) qualificar o tratamento dentro das internações psiquiátricas para cumprir com os preceitos da reforma psiquiátrica
 - (B) facilitar o processo de curatela do louco para garantia dos seus direitos assistenciais fora do hospital psiquiátrico
 - (C) ampliar o estudo psicopatológico para definição de novos diagnósticos psiquiátricos
 - (D) construir outro destino social para o louco, que não a internação ou o abandono
26. Em *Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental* (2005) Martinho Braga Batista e Silva apresenta a concepção de 'convocação à responsabilidade' de atores e instâncias sociais na direção da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Assinale o conjunto de discursos citados que permite essa chamada à responsabilidade:
- (A) a "tomada de responsabilidade pelo hospital psiquiátrico", o "aumento da responsabilidade do médico pelo processo de trabalho em equipe" e a "possibilidade de a família advir como responsável pela condição do paciente"
 - (B) a "tomada de responsabilidade pelo serviço de saúde mental", o "aumento da responsabilidade do profissional pelo processo diagnóstico" e a "possibilidade de o sujeito não ser responsável pela própria condição"
 - (C) a "tomada de responsabilidade pelo território", o "aumento da responsabilidade do psiquiatra pelo processo de trabalho em equipe" e a "possibilidade de o sujeito não ser responsável pela própria condição"
 - (D) a "tomada de responsabilidade pelo território", o "aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho" e a "possibilidade de o sujeito advir como responsável pela própria condição"
27. 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), os projetos arquitetônicos e de ambiência dos Centros de Atenção Psicossocial e das Unidades de Acolhimento também devem considerar que são cenários de prática para a formação de residentes, estagiários e docentes. Segundo as diretrizes do SUS e os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial, esses serviços devem investir em relações e processos de trabalho caracterizados:
- (A) pela atenção médica centrada, de base hospitalocêntrica/setorial, substitutiva ao modelo antimanicomial, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade da equipe especializada
 - (B) pela atenção humanizada, de base manicomial/geográfica, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos dos profissionais, à autonomia e à liberdade da equipe especializada
 - (C) pela atenção humanizada, de base federal/interestadual, substitutiva ao modelo psicossocial, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas
 - (D) pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas
28. 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 Centros de Atenção Psicossocial são considerados dispositivos estratégicos no campo da Reforma Psiquiátrica. As ações de cuidado ocorrem com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS visa acompanhar o usuário do serviço para além do próprio local de cuidado, implicando:
- (A) as redes de suporte social e os saberes e recursos das especialidades médicas
 - (B) as redes de suporte hospitalar e os saberes e recursos dos territórios
 - (C) as redes de suporte farmacológico e os saberes e recursos médicos
 - (D) as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios
29. Considerando 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), a "atenção às situações de crise" é uma das estratégias do Projeto Terapêutico Singular (PTS) direcionada para os usuários e seus familiares nos CAPS. Para que o profissional desenvolva essa ação, é necessário:
- (A) imediatamente chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU para conduzir o usuário à emergência psiquiátrica
 - (B) imediatamente preencher uma ficha de crise para agendar a consulta com o médico do CAPS
 - (C) disponibilidade de chamar os bombeiros para fazer a contenção do paciente em crise
 - (D) disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos

30. 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), considera que a Unidade de Acolhimento (UA) integra a Rede de Atenção Psicossocial com cuidados à saúde de pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas. Possui o funcionamento por 24 horas e em ambiente residencial. O dispositivo ao qual a UA é referenciada para construção do Projeto Terapêutico Singular é:
- (A) o Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS
 - (B) o Centro de Atenção Psicossocial
 - (C) a Comunidade Terapêutica
 - (D) o Sistema de Justiça

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

31. Em *Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência* (2021), Minéia da Costa Figueiredo e Fabiana Lopes de Paula defendem que, no âmbito da Atenção Primária em Saúde, o apoio matricial é considerado um arranjo organizacional que viabiliza os suportes:
- (A) tecnológico, psicopedagógico e suprainstitucional
 - (B) técnico, psicopedagógico e intrainstitucional
 - (C) tecnológico, pedagógico e interinstitucional
 - (D) técnico, pedagógico e institucional
32. Segundo Minéia da Costa Figueiredo e Fabiana Lopes de Paula, em *Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência* (2021), a realização do apoio matricial junto à equipe de referência objetiva potencializar a resolutividade dos casos acompanhados, por meio do fomento à:
- (A) multidisciplinaridade e aperfeiçoamento do saber dos especialistas
 - (B) multidisciplinaridade e incorporação dos procedimentos de rotina
 - (C) interdisciplinaridade e desenvolvimento de protocolos técnicos
 - (D) interdisciplinaridade e assimilação de novas competências
33. De acordo com Maura Lima e Magda Dimenstein, em *O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise* (2016), o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem na atenção à crise uma base estratégica, pois, ao garantir o cuidado fora da hospitalização psiquiátrica, possibilita:
- (A) hierarquização da atenção psiquiátrica e interrupção das práticas de exclusão dos usuários
 - (B) territorialização do cuidado e interrupção da segregação e da cronificação dos usuários
 - (C) organização da assistência por especialidades e diminuição do estigma da loucura
 - (D) complexidade das ações comunitárias e redução do preconceito social
34. Segundo Maura Lima e Magda Dimenstein, em *O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise* (2016), a pouca resolutividade das equipes da Atenção Básica na realidade brasileira está relacionada:
- (A) à concepção simplificada da tomada de responsabilidade pelo território e ao excesso de agravos em saúde mental das comunidades de referência
 - (B) ao modelo de corresponsabilização dos casos, à precariedade do acolhimento e do acompanhamento dos usuários com transtornos mentais
 - (C) às resistências e fragilidades na corresponsabilização, na apreensão e no acompanhamento dos usuários com demandas de saúde mental
 - (D) à fragmentação da tomada de responsabilidade e ao entendimento equivocado das situações de crise em saúde mental
35. A partir do matriciamento, as ações conjuntas entre equipe matricial e equipes de referência ampliam e qualificam a atuação das equipes da Atenção Básica. Essas ações possibilitam ainda:
- (A) a melhoria do compartilhamento dos saberes especializados, dos procedimentos de avaliação diagnóstica e da aceleração dos fluxos de alta hospitalar
 - (B) a redução da fragmentação do saber, do cuidado e dos processos de trabalho oriundos da hiperespecialização das diversas áreas de conhecimento
 - (C) a qualificação da especialização pelas diversas categorias profissionais, do cuidado e dos processos de encaminhamento
 - (D) o fortalecimento das diferentes especialidades na área de saúde e a qualificação do cuidado intersetorial
36. A inserção no território faz do matriciamento uma ferramenta inovadora na produção da saúde. Nesse sentido, as autoras Maura Lima e Magda Dimenstein, em *O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise* (2016), ressaltam que ele contribui para a expansão do modelo psicossocial na medida em que:
- (A) anula o preconceito das equipes intersetoriais e movimenta a comunidade quanto ao acompanhamento dos usuários e familiares
 - (B) transforma o preconceito das equipes multidisciplinares e fortalece a comunidade em relação às ações de geração de renda
 - (C) reduz o preconceito dos profissionais de saúde e orienta a comunidade em relação às diferentes formas de hospitalização
 - (D) interfere no preconceito das próprias equipes e impulsiona a comunidade em relação ao apoio aos usuários
37. As autoras Maura Lima e Magda Dimenstein destacam, em *O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise* (2016), que a ferramenta do matriciamento é tanto um facilitador como um intercessor na produção de uma atenção à crise psicossocial. Tal atenção é guiada:
- (A) pela totalidade de serviços assistenciais e pela autonomia dos profissionais e usuários
 - (B) pela responsabilização dos serviços e pelas atividades de cunho emancipatório
 - (C) pelo projeto de tratamento especializado e pelas ações de desospitalização
 - (D) pela construção em rede e pela desinstitucionalização

38. Ao falarem sobre os impasses e desafios do apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária, Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos e Gastão Wagner de Souza Campos destacam, em *Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil* (2019), que se trata de um modelo de intervenção que promove a:
- (A) hierarquização das categoriais profissionais, de acordo com a complexidade dos casos
 - (B) integração dialógica entre distintas especialidades e profissões
 - (C) assimilação de saberes multidisciplinares pelos profissionais e usuários
 - (D) delimitação dos núcleos especializados na área da saúde
39. A partir de revisões bibliográficas nacional e internacional, Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos e Gastão Wagner de Souza Campos, autores de *Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil* (2019), destacam que o projeto brasileiro de apoio matricial extrapola os demais modelos, no que tange à:
- (A) absorção do compromisso com a produção de relações democráticas a partir da cogestão e da construção compartilhada do cuidado
 - (B) inclusão dos temas da democracia e da fraternidade no cuidado e da responsabilidade definida para cada profissional de referência dos casos
 - (C) assimilação de práticas horizontalizadas entre usuários e profissionais e gestão conjunta dos encaminhamentos para o atendimento psiquiátrico especializado
 - (D) incorporação da obrigatoriedade de relações verticalizadas na equipe e da multidisciplinaridade do cuidado
40. A partir da categorização dos impasses e desafios existentes em relação ao apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária, Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos e Gastão Wagner de Souza Campos, em *Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil* (2019), apontam como obstáculo estrutural a fragmentação da rede. Para eles, essa fragmentação produz a:
- (A) utilização do sistema de referência entre os serviços e a redução dos encaminhamentos para níveis da atenção mais complexos
 - (B) perpetuação da racionalidade biomédica nas ações de saúde e a continuidade dos atendimentos pela equipe de referência
 - (C) manutenção da lógica do encaminhamento e a falta de continuidade das ações entre os níveis de atenção
 - (D) permanência do modelo de especialidades e a diminuição das ações assistenciais

SERVIÇO SOCIAL

41. O Brasil é o país com maior número de afrodescendentes fora do continente africano, e o período escravocrata trouxe particularidades para a sociedade brasileira. Com a difusão do mito da democracia racial, o Brasil foi entendido como o paraíso da miscigenação. Segundo Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Lucia Cristina dos Santos Silva, em *Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul* (2020), sobre como o racismo se apresenta no Brasil:
- (A) o processo de genocídio da população negra e indígena após a abolição da escravidão foi realizado por meio do incentivo da emigração europeia e a institucionalização da segregação social
 - (B) a população negra e indígena brasileira sofre diversos tipos de violência, tanto do Estado como da sociedade civil, de modo que o racismo ocorre de maneira implícita e evasiva
 - (C) o racismo brasileiro se manifesta de maneira explícita e gera consequências desastrosas na vida da população negra
 - (D) o racismo é estrutural na sociedade brasileira e suas consequências ocorrem minoritariamente na população negra
42. As expressões da questão social são perpassadas pela questão étnico-racial, interferindo direta e indiretamente na saúde física e mental da população negra e indígena. De acordo com Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Lucia Cristina dos Santos Silva, em *Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul* (2020), a partir da concepção ampliada do conceito de saúde, que ultrapassa a ideia da simples ausência de doenças, é possível identificar consequências para esta população, tal como:
- (A) a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, à educação e a baixa influência dos índices de mortalidade infantil
 - (B) os principais usuários do Sistema Único de Assistência Social e minoritários no Sistema Único de Saúde
 - (C) a presença minoritária da população negra no mercado de trabalho e no Sistema Único de Saúde
 - (D) a presença majoritária da população negra nos presídios, manicômios e em situação de rua

43. O modelo manicomial foi hegemônico na atenção à Saúde Mental por mais de um século, fundamentando-se pela ideia biologizante e hospitalocêntrica de que a loucura é uma doença causada por determinantes orgânicos, demandando hospitalização e medicalização a fim de suprimir os sintomas. O processo de Reforma Psiquiátrica propôs outro modelo, capaz de compreender os fatores políticos, culturais e biopsicossociais como determinantes no sofrimento psíquico. Dessa forma:
- (A) a Reforma Psiquiátrica configura-se como um marco para reconstrução da cidadania, priorizando a desospitalização e o protagonismo dos usuários
 - (B) o racismo e as múltiplas violências cotidianas são determinantes no surgimento de diversos transtornos físicos e psíquicos na população negra
 - (C) os hospitais psiquiátricos se tornam um instrumento de controle social, desnaturalizando a violência institucional sobre os corpos negros
 - (D) as condições de alimentação, educação, habitação e renda interferem indiretamente na saúde mental da população negra
44. As autoras Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Lucia Cristina dos Santos Silva, em *Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul* (2020), trazem o conceito de "apartheid psíquico" como um tipo de racismo presente no Brasil. Sobre ele, é possível afirmar que se trata de:
- (A) um sentimento constante de angústia e tensão fixadas no cotidiano, com a contínua preocupação de possíveis ataques que podem vir a qualquer momento e em qualquer lugar
 - (B) uma segregação institucionalizada, na qual a população negra é excluída e impedida de desfrutar de qualquer benefício social
 - (C) uma marginalização e estigmatização pela cor da pele materializadas apenas nas práticas visíveis das relações interpessoais
 - (D) um sentimento persecutório da população negra, pois, juridicamente, não existem medidas de segregação racial
45. A luta antimanicomial precisa estar interligada, de maneira indissociável, à luta antirracista para que, verdadeiramente, se rompa com o modelo asilar. De acordo com Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Lucia Cristina dos Santos Silva, em *Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul* (2020), é possível afirmar que:
- (A) o sujeito negro com algum transtorno mental sofrerá uma intensificação e acumulação de estigmas que influenciarão diretamente no sofrimento, na violência e opressão
 - (B) há uma presença majoritária dos sujeitos negros nas instituições de controle, pois são indivíduos mais perigosos
 - (C) o modelo manicomial enfraquece a naturalização da violência institucional sobre os corpos negros
 - (D) as práticas manicomiais estão ligadas mais diretamente ao holocausto do que ao colonialismo
46. Em *Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul* (2020), Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Lucia Cristina dos Santos Silva trazem a importância dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, e sinalizam que em 1987 foi realizado o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru. Sobre ele, destaca-se:
- (A) a elaboração da Carta de Bauru, onde evidenciam a relação entre os mecanismos de opressão do sistema socialista com as situações vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais
 - (B) a necessidade de um projeto ético-político que supere o modelo manicomial, tanto na esfera da política de saúde mental como na sociedade civil
 - (C) a contribuição no âmbito da saúde mental para a construção de serviços de bases comunitárias e humanização das instituições asilares
 - (D) a proposta de transformação social principalmente nas instituições asilares, humanizando-as
47. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pela Portaria nº 992 de 2009, traz um marco importante para dar visibilidade as pautas étnico-raciais no sistema de saúde. A respeito desse marco, é possível salientar:
- (A) o reconhecimento da necessidade de combater a discriminação e o racismo existentes no sistema de saúde, apesar de a população negra ser minoria dos usuários do Sistema Único de Saúde
 - (B) o reconhecimento do racismo como um dos fatores centrais na produção de iniquidades em saúde da população negra em todas as fases de sua vida
 - (C) a proposta de invisibilização dos saberes científicos e tradicionais de matriz africana, a fim de potencializar o alcance da promoção de saúde
 - (D) as reivindicações da população negra por melhor acesso ao sistema de saúde ocorreram desde antes da abolição
48. O assistente social, durante a prática profissional, depara-se com um conjunto complexo de situações que exigem conhecimento da área sanitária e das demais áreas de conhecimento. Assim, segundo Vera Maria Nogueira, em *Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário* (2011), a ação profissional em saúde se assenta em três pilares que permitem o trânsito teórico-metodológico e dos princípios ético-políticos à concretude da intervenção:
- (A) as necessidades sociais em saúde, a gestão em saúde, a participação da sociedade civil
 - (B) o direito à saúde, as necessidades sociais em saúde e a produção da saúde
 - (C) a produção da saúde, o controle social, as necessidades sociais em saúde
 - (D) o direito à saúde, os sistemas e serviços de saúde, o controle social

49. Em *Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário* (2011), Vera Maria Nogueira traz à tona a importância de se reconhecer que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Em relação aos determinantes sociais estruturais, entende-se:

- (A) a discriminação institucionalizada por meio dos eixos de classe, raça e gênero, e pela dificuldade de acesso à educação e proteção social
- (B) a ampliação das equidades em saúde e a discriminação institucionalizada por meio de eixos identitários
- (C) as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão
- (D) as relações desiguais de acesso à educação, proteção social e habitação

50. No decorrer do texto *Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário* (2011), Vera Maria Nogueira pontua que os determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-as em quatro grandes conjuntos:

- (A) o vínculo, as demandas sociais, as relações econômicas e o acesso às tecnologias
- (B) a autonomia, as relações econômicas, a gestão e as condições de vida
- (C) as demandas sociais, a gestão, as relações políticas e a autonomia
- (D) as condições de vida, o acesso às tecnologias, o vínculo e a autonomia

51. O discurso acerca dos determinantes sociais da saúde pode ser visualizado a partir de sua relação com as três dimensões do Serviço Social: a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa. Segundo Vera Maria Nogueira, em *Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário* (2011), a partir do plano teórico-metodológico, é importante construir uma agenda que viabilize:

- (A) as demandas dos usuários para além do discurso biomédico, considerando as condições de vida e trabalho e as iniquidades vividas cotidianamente
- (B) a difusão de informação e mobilização de grupos e setores vinculados à saúde, fortalecendo mecanismos de controle social
- (C) o fortalecimento do conhecimento sobre a relevância dos determinantes acerca das condições sanitárias
- (D) a integralidade em suas várias dimensões, especialmente a intersetorialidade

52. De acordo com Vera Maria Nogueira, em *Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário* (2011), o vínculo entre profissionais e usuários deve ser entendido por:

- (A) uma relação contínua, pessoal e calorosa, fundada na dignidade humana e na igualdade intrínseca entre as pessoas
- (B) uma relação contínua, pessoal e de dependência, em que é ditado o modo como se deve conduzir a vida
- (C) uma relação profissional vertical, baseada na dignidade humana e na diferença entre as pessoas
- (D) uma relação horizontal, de interdependência entre as pessoas, fundada na igualdade

53. Considerando as afirmações 1, 2 e 3 abaixo, retiradas de *Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família* (2002), de Cristian da Cruz Chiabotto, Igor Sastro Nunes e Karla Susane Prado Aguiar, marque a alternativa correta, completando com as palavras correspondentes, respectivamente:

Afirmção 1: No âmbito da saúde mental, é possível falar na _____, que consiste no ataque direto às conquistas estabelecidas pela reforma psiquiátrica, com um retorno à lógica de exclusão, estigma social e hospital psiquiátrico como locus do cuidado.

Afirmção 2: A _____ é composta por diversos serviços e níveis de atenção, como a atenção básica, de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, tais como os serviços residenciais terapêuticos, a atenção psicossocial especializada, dentre outros pontos que estabelecem uma nova concepção de cuidado em saúde mental.

Afirmção 3: A expressão _____ é usada para nomear a estruturação das políticas de proteção social, que transferem sua responsabilidade de provisão de bem-estar social aos familiares.

- (A) luta antimanicomial/contrarreforma psiquiátrica/hospitalocêntrica ou médico centrada
- (B) rede de atenção psicossocial/reforma psiquiátrica/individualismo ou individualista
- (C) contrarreforma psiquiátrica/rede de atenção psicossocial/familismo ou familista
- (D) contrarreforma do SUS/rede de proteção social/familiarista ou oportunista

54. Identifique os protagonistas dos movimentos sociais da luta antimanicomial no Brasil. Eles mobilizaram os espaços de controle social, lutando por novos direitos sociopolíticos, e sustentaram os já garantidos.

- (A) familiares, usuários e profissionais de saúde mental
- (B) familiares e profissionais de saúde mental
- (C) profissionais de saúde mental e usuários
- (D) usuários e familiares

55. Cristian da Cruz Chiabotto, Igor Sastro Nunes e Karla Susane Prado Aguiar, autores de *Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família* (2022), afirmam que existem dois marcos legais que iniciam a construção de novos paradigmas de entendimento sobre a loucura, a partir da Reforma Psiquiátrica, com a inclusão do trabalho multiprofissional e de formas coletivas de promoção de saúde. Considerando a afirmação e o Projeto Ético do Serviço Social, tais marcos legais se concretizaram a partir da:

- (A) lei nº 10216/2001, que instituiu a política nacional de saúde mental, na qual foram estabelecidos os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, sendo preconizado o cuidado que considera a família, o trabalho e a comunidade; e da Portaria nº 3088/2011, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS
- (B) lei nº 8080/1990, que possibilitou novas formas de olhar para saúde no viés da integralidade; e da Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, que busca esclarecer sobre as mudanças na política nacional de saúde mental, fortalecendo o modelo biomédico e hospitalocêntrico; e nas diretrizes da política nacional sobre drogas, pautando a abstinência como único modo de cuidado, sem propor o respeito à escolha do usuário
- (C) lei nº 13840/2019, que coloca como prioridade o tratamento ambulatorial de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, retrocedendo o cuidado ampliado dentro dos CAPS, bem como aumentando o rol de pessoas que podem solicitar a Internação compulsória; e da Portaria GM 3588/2017, que tem a finalidade de reverter a orientação do modelo psicossocial, colocando o hospital psiquiátrico dentro da RAPS
- (D) lei nº 8080/1990, que possibilitou novas formas de olhar para saúde no viés da integralidade; e da Portaria GM 3588/2017, que tem a finalidade de reverter a orientação do modelo psicossocial, colocando o hospital psiquiátrico dentro da RAPS

56. "Para consolidação deste novo sistema social, tornou-se necessário o disciplinamento da massa de desabrigados e a qualificação de sua mão de obra através das *Poor Laws* (Lei dos Pobres), que previa inserção dos capazes ao trabalho nas *workhouses* (casas de trabalho), ou seja, instituições de trabalho forçado. Com o tempo incluíram-se também os incapazes ao trabalho (idosos, pessoas com doenças crônicas e doenças mentais), que deveriam ser asilados, e os capazes ao trabalho que se recusaram a fazê-lo deviam ser encaminhados às casas de correção. A capacidade de produzir tornou-se a régua para situar o indivíduo na sociedade. As pessoas improdutivas eram remetidas ao cuidado no modelo asilar e hospitalocêntrico, que consistia na prática da exclusão e da tutela por meios autoritários em instituições totais." (*Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família* (2002), de Cristian da Cruz Chiabotto, Igor Sastro Nunes e Karla Susane Prado Aguiar.)

A partir da análise do texto e da intervenção do assistente social na saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é possível afirmar que a loucura é:

- (A) uma construção social, a partir de como a sociedade a experimenta e vivencia, ao redor daquilo que se considera normal ou não, em que há predominio da razão sobre a desrazão
- (B) um processo natural, a partir de fatores biológicos e congênitos associados a fatores sociais, a partir das vivências do ser social
- (C) uma construção social, a partir de determinantes sociais em saúde, que situam a razão como exílio e a loucura como norma
- (D) um processo natural, a partir de fatores biológicos e congênitos associados à composição genética dos seres humanos

57. Para Rachel Gouveia Passos, Tathiana Meyre da Silva Gomes e Tiago Braga do Espírito Santo, autores da publicação *O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL nº 565/2019* (2022), o texto do PL evidencia a confirmação do movimento de invisibilização e institucionalização daqueles que fazem uso de substâncias. Assinale abaixo a alternativa que melhor descreve as consequências da aprovação desse projeto de lei:

- (A) os serviços de atenção básica passarão a desempenhar o papel regulador da porta de entrada da rede de saúde, no âmbito do seu território
- (B) os centros de atenção psicossociais passarão a desempenhar o papel regulador da porta de entrada da rede de saúde, no âmbito do seu território e/ou módulo psicoassistencial
- (C) os hospitais psiquiátricos passarão a desempenhar o papel regulador da porta de entrada da rede assistencial e de saúde, no âmbito do seu território e/ou módulo psicoassistencial
- (D) as comunidades terapêuticas passarão a desempenhar o papel regulador da porta de entrada da rede assistencial e de saúde, no âmbito do seu território e/ou módulo psicoassistencial

58. "Na atualidade, ao se pensar o cuidado em saúde mental, deve-se pautar também o papel que os familiares dos usuários em sofrimento psíquico desempenham junto à trajetória de vida e de cuidado desses sujeitos." (*Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família* (2002), de Cristian da Cruz Chiabotto, Igor Sastro Nunes e Karla Susane Prado Aguiar).

De acordo com o Projeto Ético Político do Serviço Social e com os princípios da Reforma Psiquiátrica, marque a alternativa incorreta sobre as famílias no campo da atenção psicossocial:

- (A) é preciso considerar que na sociedade contemporânea existem inúmeros arranjos familiares e que o constructo do que é família é compreendido a partir da sua condição histórica, sendo necessário reconhecer suas diversidades e desconstruir o ideário moral cristão do que seria a família
- (B) entende-se que a família, ao longo do tempo, por meio das relações entre os seus componentes e entre eles e os demais espaços da sociedade, como Estado, mercado, trabalho e políticas sociais, se inventa e se reinventa
- (C) a atuação profissional do assistente social corrobora com Marx, quando ele conceitua as políticas sociais familiaristas como aquelas que se baseiam no complexo de Édipo, a partir da estrutura da família nuclear burguesa balizada na hierarquia a partir das figuras do pai, da mãe e do filho
- (D) no cenário atual de desmonte da política de saúde mental, os familiares são responsabilizados e sobrecarregados por demandas que deveriam ser respondidas pelos serviços da RAPS e da rede intersetorial

59. "A crise que se alastrou no Brasil no final de 2015 e início de 2016, com medidas de ajuste fiscal restritivas de forma a estimular a recessão, causando cada vez mais sofrimento aos trabalhadores, impulsionou reorganização das forças políticas religiosas, conservadoras, autoritárias, intensificando a lógica neoliberal no cenário nacional. No mesmo caminhar, foi realizada a nomeação para a pasta da saúde mental de um dos maiores nomes manicomiais da América Latina." (Vasconcelos, 2016).

Os autores Chiabotto, Nunes e Aguiar citam o texto acima para caracterizar as consequências do neoliberalismo, da contrarreforma psiquiátrica e do familismo na política de atenção psicossocial brasileira. Considerando o trecho, identifique a alternativa correta com relação a tais consequências:

- (A) todos esses movimentos simbolizam uma posição que caminha na contramão da reforma psiquiátrica, causando a corrosão e o enxugamento das políticas sociais de saúde mental na atualidade, tendo como reposta cortes de investimentos na RAPS e precarização dos processos de trabalho, fazendo com que as políticas atuais não consigam atender à alta demanda em seu cotidiano. Entretanto, isso não tem representado sobrecarga de cuidado às famílias, e o Estado ainda ocupa o espaço de responsabilização do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico
- (B) todos esses movimentos simbolizam uma posição que caminha na contramão da reforma psiquiátrica, causando a corrosão e o enxugamento das políticas sociais de saúde mental na atualidade, tendo como reposta cortes de investimentos na RAPS e precarização dos processos de trabalho, fazendo com que as políticas atuais não consigam atender à alta demanda em seu cotidiano. Consequentemente, as famílias passam a ocupar outro espaço dentro da política de saúde mental, o espaço de responsabilização do cuidado, em decorrência da ausência do Estado
- (C) todos esses movimentos simbolizam uma posição que caminha para a corroboração da reforma psiquiátrica, causando a corrosão e o enxugamento das políticas sociais de saúde mental na atualidade, tendo como reposta cortes de investimentos na RAPS e precarização dos processos de trabalho, fazendo com que as políticas atuais não consigam atender à alta demanda em seu cotidiano. Consequentemente, as famílias passam a ocupar o lugar que lhe é devido na política, que é o espaço de responsabilização e principal referência para o cuidado
- (D) todos esses movimentos simbolizam uma posição que caminha para a corroboração da reforma psiquiátrica, causando a ampliação das políticas sociais de saúde mental na atualidade, tendo como reposta mais investimentos na RAPS e valorização dos processos de trabalho, fazendo com que as políticas atuais consigam atender à alta demanda em seu cotidiano. Consequentemente, as famílias passam a desocupar o espaço de responsabilização do cuidado, em decorrência da ausência do Estado

60. De acordo com os autores Rachel Gouveia Passos, Tathiana Meyre da Silva Gomes e Tiago Braga do Espírito Santo, de *O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL nº 565/2019 (2022)*, o consumo de drogas é um fenômeno presente em toda a história da humanidade. Esse fenômeno passou a ser compreendido exclusivamente como problemática social, a partir do:
- (A) avanço do capitalismo em sua fase concorrencial, mobilizando aparatos repressivos e de cuidado em saúde pública e mental
 - (B) avanço do capitalismo em sua fase monopolista, mobilizando aparatos de cuidado em saúde pública e mental
 - (C) avanço do capitalismo em sua fase concorrencial, mobilizando aparatos repressivos
 - (D) avanço do capitalismo em sua fase monopolista, mobilizando aparatos repressivos