Rio PREFEITURA | Fazenda e Planejamento

PROCESSO SELETIVO
2021
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
ASSISTENTE SOCIAL

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Conhecimentos Gerais do Campo da Saúde e da Saúde Mental	1 a 40
Específico da Categoria Profissional	41 a 60
TOTAL	**60**

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

"A verdade dói, a mentira mata, mas a dúvida tortura."

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

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

Considerar o texto "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde" (CAMPOS e DOMITTI, 2007), para responder às questões 01 a 04.

01. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde e pretende oferecer:

(A) retaguarda assistencial e suporte pedagógico às equipes de referências
(B) orientações para os encaminhamentos e rotinas de atendimentos individuais
(C) retaguarda assistencial e construção dos processos hierarquizados de referência
(D) suporte pedagógico às equipes de referências e construção da rotina para encaminhamentos

02. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar:

(A) cuidado integral seguindo o processo de encaminhamento de rotina
(B) clínica ampliada e o trabalho individualizado e distinto de cada profissional
(C) clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões
(D) integração e construção do trabalho na especialidade que responda aos dispositivos de saúde

03. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, por considerar que:

(A) o trabalho do especialista dificilmente será substituído
(B) nenhum especialista consegue trabalhar integrado à equipe de referência
(C) nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral
(D) um especialista bem qualificado sempre assegura o cuidado com abordagem integral

04. O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe compreendê-la como um espaço:

(A) hierarquizado, onde a gestão possa organizar a direção do trabalho
(B) coletivo, que discute casos clínicos, gestão e participa da vida da organização
(C) compartilhado, de trocas e construção sobre as necessidades dos profissionais
(D) coletivo, onde os saberes científicos possam decidir o que é melhor para o usuário

Considerar o texto "A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios" (AMARANTES e NUNES, 2018), para responder às questões de 05 a 09.

05. As políticas de saúde mental (SM) e atenção psicossocial (AP) no SUS têm relação direta com a:

(A) reforma do SUS
(B) reforma sanitária
(C) reforma administrativa
(D) reforma da Lei nº 8.080/90

06. Os primeiros movimentos relacionados à reforma psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 e questionavam:

(A) o cenário de descaso e violência com os usuários
(B) a falta de capacitação para os profissionais nos hospícios
(C) o cenário de supervalorização do espaço para terapia ocupacional
(D) o importante lugar que ocupava o hospital psiquiátrico para o tratamento

07. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu após muitas dificuldades na medida em que, paradoxalmente, o setor de saúde mental do Ministério da Saúde era:

(A) favorável às reformas e a participação social na construção das políticas públicas
(B) contrário à participação social na construção das políticas e favorável às reformas
(C) desfavorável às reformas e a participação social na construção das políticas públicas
(D) desfavorável às reformas, mas apoiava a participação social na construção das políticas

08. A Reforma Psiquiátrica consolidou uma diretriz fundamental para construção de um novo local social para a loucura, para além do recurso terapêutico, tomando uma dimensão de produção de subjetividade, usando como estratégia:

(A) a arte e a cultura
(B) novas medicações
(C) trabalhos com práticas grupais
(D) equipe de recepção nos serviços

09. A RAPS, instituída em 2011, teve como um dos principais objetivos a ampliação do acesso da população:

(A) a novos medicamentos e tratamentos inovadores
(B) à atenção psicossocial para o atendimento ambulatorial
(C) a atendimentos emergenciais e novas modalidades de internação
(D) à atenção psicossocial em seus diferentes níveis de complexidade

10. Com base no Caderno de Atenção Básica 34 – saúde mental/MS, a Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção:

(A) integral, que mude a vida das pessoas como previsto nos protocolos mundiais adotados em âmbito local
(B) parcial, já que o sistema de saúde é hierarquizado e cada nível de atenção desenvolve ações de saúde por competência
(C) parcial, orientada pelas recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, em nível primário, secundário e terciário
(D) integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades

Considerar o texto Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica (SILVA et al., 2017) para responder às questões 11 a 14

11. Os autores reconhecem que o formato de práticas grupais específicas para as pessoas em sofrimento mental representa uma abertura para a melhoria do cuidado, visto que essas práticas propiciam:

(A) o comprometimento das equipes com escuta e protocolo personalizados, permitindo a elaboração coletiva de ações para a promoção da saúde

(B) o empenho dos agentes comunitários de saúde em uma escuta e acolhimento contínuos, produzindo um mapeamento da situação a ser trabalhada em equipe

(C) o investimento das equipes multiprofissionais em uma escuta minuciosa e entrevistas situacionais, promovendo decisões compartilhadas para prevenção de crises

(D) o envolvimento dos profissionais em uma escuta qualificada e ampliada sobre seus problemas, possibilitando uma ação conjunta em direção à sua integração comunitária

12. Ao se referirem à política de saúde mental do município de Vitória, os autores apontam que ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes das Unidades de Saúde podem garantir estratégias de atenção e tratamento que contribuem para:

(A) redução do sofrimento e melhor inserção sociofamiliar

(B) eliminação das angústias e adequação sociofamiliar

(C) ressignificação do mal-estar e realocação territorial

(D) elaboração da tristeza e interação territorial

13. Segundo os autores, no âmbito da Atenção Básica, o trabalho grupal deve conter atributos que favoreçam:

(A) socialização, suporte psíquico, troca de saberes e experiências e construção de projetos coletivos

(B) coletivização, apoio psicológico, troca de saberes e práticas e atualização de projetos individuais

(C) coletivização, apoio mental, transferência de percepções e condutas e adaptação de projetos existenciais

(D) socialização, suporte emocional, transferência de conhecimentos e ações e substituição de projetos sociais

14. Os autores apostam nas intervenções em grupo como um bom dispositivo para as ações em saúde mental na Atenção Básica, considerando que esse tipo de intervenção deve promover:

(A) cuidado psicossocial em liberdade e ampliação dos laços sociais dos participantes

(B) cuidado integral comunitário e multiplicação dos vínculos parentais dos participantes

(C) tratamento integral no território e flexibilização dos relacionamentos dos participantes

(D) tratamento psicossocial institucional e construção das relações afetivas entre os participantes

Considerar as informações e orientações do Caderno de Atenção Básica nº 34 (Ministério da Saúde, 2013) para responder às questões 15 a 20.

15. A afirmação de que as ações de saúde mental podem ser realizadas no contexto do território das equipes da Atenção Básica, pressupõe que as intervenções dos profissionais sejam capazes de levar em consideração:

(A) a pluralidade, o adoecimento e as concepções de vida e tratamento da família

(B) a personalidade, a multiplicidade e a noção do processo de saúde do usuário

(C) a doença, a identidade e a compreensão de território da família

(D) a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário

16. O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é considerado estratégico devido:

(A) à criação de alternativas de tratamento comunitário para extinguir o sofrimento psíquico dos usuários

(B) ao fortalecimento dos laços comunitários dos usuários, por meio da participação nas ações voluntárias do território

(C) à construção de ações integradas e setoriais, que promovem a melhoria das condições biopsicossociais da comunidade

(D) ao desenvolvimento de ações em um dado território, o que facilita o acesso das equipes aos usuários e dos usuários à equipe

17. Concepções positivas de saúde mental compreendidas nas práticas de cuidado da Atenção Básica indicam:

(A) o deslocamento do olhar da patologia para o ser holístico, a compreensão do sofrimento e a criação de formas diversas de vivências coletivas

(B) a mudança do olhar sobre os determinantes das doenças, a reavaliação do sofrimento e a consolidação de atitudes afirmativas de bem-estar social

(C) a mudança do olhar sobre os processos epidemiológicos, a eliminação do sofrimento e a construção de modos alternativos de experiências sensoriais

(D) o deslocamento do olhar da doença para o cuidado, a redução e ressignificação do sofrimento e o fortalecimento de novas maneiras individuais e grupais de estar no mundo

18. O acolhimento realizado nas unidades de saúde é um dispositivo fundamental na construção de vínculo entre o profissional e o usuário. Isso porque o acolhimento possibilita:

(A) identificar os fatores comunitários de risco e efetivar as medidas protetivas necessárias à estabilização dos usuários

(B) mapear os indicadores sanitários do território adscrito e adotar as estratégias de recuperação específicas para usuários e comunidade

(C) especificar as doenças prevalentes na comunidade e desenvolver linhas de cuidado essenciais para a população de referência

(D) conhecer as demandas de saúde da população do território e construir os recursos necessários ao acompanhamento dos usuários e da comunidade

19. Podem ser considerados importantes fatores de proteção para o sofrimento mental:

(A) a presença e o tipo das relações com familiares e a compreensão de poder utilizar o suporte material concedido por eles

(B) a existência e a qualidade das relações com pessoas próximas e a percepção de poder contar com o apoio social oferecido por elas

(C) a existência e a particularidade das relações com os progenitores e os filhos e a noção de poder usar e oferecer apoio psicológico

(D) a presença e as características das relações com companheiros e a sensação de poder usufruir do suporte afetivo proporcionado por eles

20. No processo de cuidado integral à saúde, o sofrimento psíquico deve ser considerado como:

(A) um evento presente nas situações conflitivas, que se manifesta de maneira particular em cada fase da vida

(B) uma experiência presente na vida de todas as pessoas, que se manifesta de forma singular em cada um

(C) um fenômeno presente nos momentos de crise, que se expressa por sintomas específicos em cada contexto

(D) uma vivência contínua no dia a dia das pessoas, que se expressa por sinais diferentes de acordo com as predisposições individuais

Considerar o artigo Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. (CRUZ et al., 2020) para responder às questões 21 a 23

21. Os fluxos de atendimentos e de formação continuada entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são fundamentais para a integralidade do cuidado em saúde. Segundo os autores, uma RAPS sem o apoio da ESF corre o risco de se tornar:

(A) um modelo de atenção básica pautado na lógica extramanicomial

(B) um modelo de cuidado pautado na lógica do paradigma da atenção psicossocial

(C) pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar de um modelo pautado nos ambulatórios especializados

(D) pouco presente na atenção especializada e de construir um modelo de cuidado pautado na lógica da atenção psicossocial

22. O marco inicial da "Nova Política Nacional de Saúde Mental" foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que reformulou o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS. O texto da resolução 32 afirma levar em conta a Lei nº 10.216/2001, mas trouxe pela primeira vez, desde que a reforma psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante:

(A) da atenção primária e secundária em saúde

(B) dos serviços de base territoriais da atenção básica

(C) do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento do hospital

(D) do cuidado no território, além de apontar para um menor financiamento do hospital

23. A "Nova Política Nacional de Saúde Mental" se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada "política nacional sobre drogas", tendo grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem:

(A) proibicionista e punitiva das questões advindas do uso de álcool e outras drogas

(B) libertadora e descriminalizadora das questões advindas do uso de drogas

(C) permissiva e desmedicalizante do uso de álcool e de drogas pesadas

(D) territorial e preventiva do uso de drogas ilícitas

Considerar o artigo Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras (FAGUNDES JR et.al., 2016) para responder às questões 24 a 27

24. A reforma psiquiátrica brasileira surgiu no final da década de 80, tendo como antecedentes o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que buscava transformações no campo assistencial público, buscando superar o modelo:

(A) asilar

(B) preventivo

(C) tecnológico

(D) comunitário

25. A política de saúde mental do Rio de Janeiro tem se direcionado a um desmonte:

(A) dos serviços de base comunitária e territorial

(B) dos CAPS constituídos na cidade e em suas adjacências

(C) do conjunto de leitos em hospitais psiquiátricos na cidade

(D) do trabalho dos profissionais que atuam na desinstitucionalização

26. São serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental e para consolidação da reforma psiquiátrica brasileira:

(A) CAPS

(B) CREAS

(C) hospitais psiquiátricos

(D) consultórios especializados

27. A análise da rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro indica:

(A) ampliação do número de leitos de alta complexidade em hospitais secundários e terciários de saúde mental

(B) importantes avanços na política de assistência social, com criação de serviços residenciais terapêuticos e de lares substitutos

(C) ampliação do número de leitos em hospitais psiquiátricos, com redução do número de Capsad e fechamento de ambulatórios psiquiátricos

(D) importantes avanços na desinstitucionalização da assistência, com redução de leitos psiquiátricos e aumento dos dispositivos comunitários

Considerar a Lei nº 10.216/2001 (Ministério da Saúde) para responder às questões 28 a 30

28. A pessoa portadora de transtornos mentais tem o direito de:

(A) receber tratamentos invasivos intensos
(B) ter acesso restrito aos meios de comunicações disponíveis
(C) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, e de ter a garantia de sigilo nas informações prestadas
(D) ser internada em qualquer hospital da rede privada, mesmo que neste não exista médico especializado para o atendimento necessário

29. De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. A internação voluntária é aquela que:

(A) se dá a pedido de terceiro
(B) é determinada pela justiça
(C) é determinada pelo gestor municipal
(D) se dá com o consentimento do usuário

30. Segundo a Lei nº 10.216/2001, as pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas:

(A) em hospitais gerais e CAPS
(B) sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde
(C) em estabelecimentos públicos e filantrópicos
(D) sem a autorização expressa do gestor municipal e do gestor estadual e sem a devida publicação nos meios de comunicação através dos diários oficiais municipais e estaduais

31. Com base nas definições de alguns autores tradicionais, política pública é um:

(A) estudo que avalia os efeitos partidários sobre uma determinada sociedade
(B) campo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas
(C) conceito que coordena as ações para promover um efeito distinto em coletivo
(D) estado que coordena a proposta voltada para o fortalecimento do seu governo

32. Como o meu trabalho afeta o outro? É uma entre outras perguntas e provocações que são produzidas com base nas situações vividas e que possibilitam abrir novas visibilidades para o trabalho em saúde. Logo:

(A) o trabalho efetivo é constituído por etapas definidas ao planejamento técnico do cuidado assistencial para o aprimoramento clínico
(B) a subjetivação e o conhecimento técnico formal aliados, elevam a capacidade de produção da equipe, permitindo o aumento de atendimento em campo prático
(C) o aprendizado continuado interfere no conhecimento técnico, permitindo que o saber aplicado seja modificado para atendimento restrito ao adoecimento agudo
(D) a educação permanente abre espaço para reflexões e trocas, permitindo que todos aprendam pela experiência do trabalho produzido e seus efeitos em análise

33. Entendendo a política pública como um conjunto de ações de governo que irão produzir efeitos específicos, pode-se dizer que consiste:

(A) no produto das relações de poder entre a população e o governo
(B) na diferença entre as atividades governamentais e o papel parlamentar
(C) na soma das atividades dos governos que influenciam a vida dos cidadãos
(D) no resultado das lutas parlamentares que interferem nos trabalhos sociais

34. Gestores e pesquisadores, procurando compreender as diversas formas assumidas na relação Estado-sociedade, foram atraídos pela ação dinâmica e multidirecionada da política pública e seu processo de tomada de decisão. Logo, a análise dos determinantes, das finalidades, dos processos e das consequências da análise sobre a construção de uma dada política, cumpre o objetivo de:

(A) integrar a saúde pública
(B) questionar a ação pública
(C) diferenciar os grupos sociais
(D) promover a inequidade social

35. A construção de políticas de saúde é induzida pelo governo federal para serem implementadas nos estados e municípios por meio alguns processos fundamentais, que consistem em:

(A) territorialização e tributos especiais
(B) adesão e transferência de recursos
(C) regionalização e pagamento tributário
(D) universalidade e transparência financeira

36. Um dos métodos para analisar políticas públicas é o do ciclo da política que considera o processo organizado em etapas. Dentre essas etapas, incluem-se:

(A) organização orçamentária, seleção de adesão e retorno social
(B) avaliação custo-efetiva, eficácia de decisão e resistência cultural
(C) processo decisório, implementação da política e avaliação da política
(D) divulgação dos benefícios, acompanhamento fiscal e impacto político

37. Para o atendimento da missão institucional, associada às demandas da sociedade, a relação entre a estrutura e a estratégia é fundamental. Logo, para que os objetivos traçados sejam alcançados, é preciso lançar mão de uma estrutura:

(A) menos normalizada, formalizada com base em resultados e aproveitando as potencialidades de cada ator no processo, de forma participativa e coletiva
(B) com enfoque no taylorismo, em que o poder está centralizado com controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e avaliação da produtividade
(C) que respeite o cumprimento do horário, a produção de relatórios pautados pela adoção de comportamentos formais de funcionários associada a uma gestão vertical
(D) centralizada em rígidas ações programáticas com normas regulamentadas de atendimento, evitando a horizontalidade entre os serviços e os distintos níveis hierárquicos

38. Diversos valores permeiam as instituições, norteando suas decisões e regras. Esses valores são resultantes de fenômenos complexos que dependem, por exemplo, das:

(A) convicções pessoais e horizontais, da coordenação cultural esperada e da organização
(B) viabilidades técnicas pragmáticas para o fortalecimento cultural que normatiza as ações
(C) crenças dos gestores e dos profissionais, da normativa legal existente e da tradição cultural
(D) bases orçamentárias em detrimento do momento histórico que definem ações formalizadas

39. A Rede Básica em saúde organiza e promove o cuidado em diferentes territórios de forma contextualizada, reconhecendo a singularidade de cada existência e também as circunstâncias de cada lugar. Logo, sobre a Rede Básica, é correto afirmar que:

(A) aborda o detalhamento de sintomas para a organização do cuidado seletivo aquém dos condicionantes externos
(B) articula o individual e o coletivo, compreendendo a saúde de modo ampliado, além do corpo biológico e seus adoecimentos
(C) sua estrutura deve ser montada de acordo com a equipe de especialistas nas unidades de saúde para o pronto atendimento
(D) tem enfoque nos aspectos especializados, pois o fundamental é dar solução ao sofrimento real e imediato até o próximo episódio

40. O cotidiano das práticas de cuidado em saúde na Rede Básica, no âmbito micropolítico, é mediado por forças-valores que permitem a reflexão sobre os acontecimentos nos campos de trabalho, da gestão e da educação permanente em saúde. Essas forças-valores são:

(A) competência, efetividade, eficácia, custo-utilidade e eficiência econômica
(B) trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe
(C) universalidade, territorialização, coordenação do cuidado, longitudinalidade, e processo
(D) tarefas organizativas, resistência cultural, senso comunitário, regionalização e integralidade

ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

Responder às questões de número 41 a 45 com base no texto "O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental" (Conceição Maria Vaz Robaina, 2010).

41. A contribuição do Serviço Social ao campo da atenção psicossocial deve estar orientada por:

(A) suas diferentes dimensões, entendendo o sujeito como ser social, histórico e singular
(B) seu projeto ético-político, princípios éticos balizadores e pela regulamentação que rege o exercício profissional
(C) sua dimensão interventiva na realidade social, naquele determinado momento histórico, considerando a relação entre universalidade, singularidade e particularidades
(D) seu mandado social, ou seja, pelo conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos, e pelos fundamentos que amparam o projeto ético-político da profissão

42. A autora analisa o paradigma do cuidado da loucura e como ele se relaciona com as expressões da questão social ao longo da história. Em seu raciocínio, explica a solução encontrada pelo liberalismo político-econômico burguês, para reafirmar os preceitos da Revolução Francesa – liberdade, igualdade e fraternidade – necessários à sustentação da sociedade capitalista. Naquele contexto, a partir da ressignificação desses preceitos, principalmente do último, é que se desenvolve o que ela chama de tecnologia de cuidado à loucura, que é:

(A) o isolamento
(B) a laborterapia
(C) o cuidado territorial
(D) a escuta qualificada

43. O campo da saúde mental é uma área de atuação importante para assistentes sociais, no Brasil e no mundo. No texto, evidencia-se que as sucessivas reformas psiquiátricas sempre estiveram associadas a exigências societárias, sendo atravessadas pelo embate entre distintos interesses das duas classes fundamentais da sociedade, o que comprova que o campo da atenção psicossocial constitui-se em espaço sócio-ocupacional do assistente social, posto que ali se expressa a:

(A) loucura
(B) sociedade
(C) subjetividade
(D) questão social

44. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada no modelo italiano basagliano, pressupõe uma horizontalização dos saberes que compõem o campo, para a reprodução social e reinscrição das pessoas com transtornos mentais no mundo social. Na perspectiva de alcance desse objetivo, a matriz de atuação do assistente social mais adequada ao campo é:

(A) atividade clínica, balizada nos saberes psis hegemônicos no campo, utilizando estratégias clínicas e buscando o ajustamento social relacionado ao objeto da profissão
(B) modelo psicológico, baseado na transdisciplinaridade, suprimindo especialidades e abordando a loucura pelo viés de um único saber construído coletivamente no campo
(C) outra perspectiva, priorizando a dimensão individual e subjetiva nas atividades teórico-práticas nas questões do campo, o que não quer dizer que não sejam considerados os determinantes macrossocietários
(D) preservação de identidade e autonomia técnica, buscando identificar determinantes sociais e contribuir para o entendimento de como esses se relacionam com questões do campo e com o objeto da profissão

45. É comum em muitos espaços sócio-ocupacionais o assistente social ter sua imagem atrelada à responsabilidade pelo atendimento das famílias. Isso também ocorre no campo da atenção psicossocial, seja pela confusão que atribui ao paradigma psicossocial a realização de terapia pelos assistentes sociais, seja por esse profissional ter maior lastro de conhecimento e trato nessa área no campo. Segundo a autora, fazer Serviço Social na clínica é:

(A) inserir os familiares em atividades dos serviços, entendendo-os como usuários e parceiros do cuidado
(B) realizar atividades como assembleias, grupos de família e atendimentos individuais aos familiares
(C) traçar o perfil das famílias atendidas, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio, território e políticas sociais acionadas
(D) utilizar os conceitos de função paterna/função materna, associados às figuras de homem e mulher, como fundamento para o modelo de família nuclear burguesa nos atendimentos aos familiares

Responder às questões de número 46 a 50 com base no texto "Quando o camburão chega antes do SAMU: notas sobre os procedimentos técnico-operativos do serviço social" (Tania Maria Dahmer Pereira, 2013).

46. A autora problematiza as durezas institucionais, suas burocracias e os reflexos disso em políticas sociais e na própria atuação de alguns profissionais. Quanto ao hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico ela afirma que a cultura que prevalece é a:

(A) popular
(B) prisional
(C) privatista
(D) desinstitucionalizadora

47. Segue trecho de Triste, Louca ou Má, música do grupo Francisco, el Hombre:

"(...)
Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça
Conformada vítima

Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar

E um homem não me define
Minha casa não me define..."

No texto, a autora aborda essa música, considerando as expressões de inconformismo quanto à questão social e ao princípio ético-político que deve orientar a prática do assistente social numa perspectiva de:

(A) defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo
(B) compromisso com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional
(C) garantia do pluralismo, com respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual
(D) exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física

48. A situação de J. retrata diversas expressões da questão social e as consequências dessas à sua subjetividade no decorrer de suas institucionalizações ao longo da vida. Sua história demonstra que para a desinstitucionalização ter êxito é necessário:

(A) ser um dos objetivos dos profissionais atuantes no hospital de custódia o de realizar articulação intersetorial no âmbito de todas as políticas sociais que atravessam a situação, inclusive com a própria saúde mental, avaliar reais redes de suporte social e relacional extra muros e incluir J. como sujeito de sua própria história na construção de possibilidades de desinternação
(B) ser objetivo do serviço substitutivo do território onde se localiza o hospital de custódia o de avaliar reais redes de suporte social e relacional extra muros e incluir J. como sujeito de sua própria história na construção de possibilidades de desinternação
(C) ser o principal objetivo dos profissionais atuantes no hospital de custódia e do serviço substitutivo que a acompanha e realizar articulação intersetorial no âmbito de todas as políticas sociais que atravessam a situação
(D) ser o principal objetivo das intervenções profissionais, intra e interinstitucionais, a busca pela família de J., pois é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o cuidado com as pessoas com transtornos mentais

49. "... J., presa e autuada num delito previsto no Código Penal, poderia ter tido a oportunidade de pagar multa em vez de ser presa caso tivesse recursos para tal." O trecho expressa uma das faces da desigualdade social brasileira que atravessa a lógica punitivista de instituições totais como o manicômio e precisa ser considerado no trabalho do assistente social na saúde mental. Trata-se:

(A) do estigma social
(B) do proibicionismo
(C) da segregação racial
(D) da criminalização da pobreza

50. A autora reflete sobre a dicotomia do termo ***custódia***, suas implicações no exercício de poder e no ato de custodiar por intermédio das instituições públicas em diversas políticas sociais. Considerando a ética do Serviço Social na saúde mental, o conceito correto para o termo, na atuação desse profissional é:

(A) intervenção baseada na proteção social, com intuito de guardar em segurança, proteger
(B) ação mediada por uma cultura emancipatória, articulada à análise do real e suas mediações em determinado tempo histórico
(C) obtenção de tutela ou curatela para os sujeitos que não possuem condições de assumir direitos e deveres em sua vida civil
(D) utilização da regulamentação profissional e da vida em sociedade para vigiar indivíduos com objetivo de protegê-los de si mesmos

51. A Reforma Psiquiátrica é um movimento político e social que prevê a mudança socioassistencial para a saúde mental e, nesse contexto:

(A) o Estado torna-se o principal responsável por assegurar o cuidado psiquiátrico
(B) à família cabe apenas o encaminhamento à instituição psiquiátrica, limitando-se a visitas
(C) as famílias adquirem papel fundamental na produção de cuidado comunitário da pessoa com transtorno mental
(D) o serviço de base comunitária e o manicômio compartilham a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental

52. A reorientação para o cuidado de base territorial e comunitária traz – para o processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental e também para sua família – efeitos complexos que precisam ser rompidos cotidianamente. Dentre os quais, merece(m) destaque:

(A) luta pelos direitos sociais e estigma
(B) construção de cidadania e luta pelos direitos civis
(C) imaginário social de incapacidade e periculosidade
(D) herança da cultura manicomial e inclusão social

53. O neoliberalismo impacta diretamente a atenção em saúde mental e o processo da reforma psiquiátrica. Segundo SANTOS e ROSA (2016), esses impactos sobre as políticas públicas atravessam o cuidado de base comunitária e familiar, acarretando que:

(A) a capacidade da família de prover cuidado esteja indiretamente vinculada à proteção social que recebe do Estado
(B) a minimização do Estado nas políticas de proteção social diminua as vulnerabilidades sociais que afetam diretamente as famílias
(C) a família seja parceira explícita do Estado na proteção social de modo a não sofrer diretamente com as restrições da participação do Estado
(D) muitas funções anteriormente exercidas pelo Estado sejam exigidas agora às famílias sem que estejam preparadas socioculturalmente para exercer tais atividades

54. De acordo com SANTOS e ROSA (2016), o cárcere privado aparece como uma das respostas extremas das famílias aos problemas enfrentados em alguns casos de transtorno mental, face a certa ausência do Estado como agente de proteção de direitos e também à cultura manicomial. Considerando isso, percebe-se que é necessário:

(A) compreender as múltiplas expressões da questão social vivenciadas pela família, analisar o cuidado comunitário e as vulnerabilidades sociais do grupo familiar
(B) responsabilizar juridicamente a família da pessoa com transtorno mental independentemente das condições socioassistenciais que estão recebendo do Estado
(C) analisar as expressões da questão social que permeiam o núcleo familiar e informar ao Ministério Público
(D) identificar se há sobrecarga física e emocional da família e encaminhar para acompanhamento psicoterápico

55. É recomendado para os serviços extra-hospitalares, a fim de que se evite o cárcere privado como estratégia de cuidado das famílias:

(A) acolher as famílias e suas demandas em situações de crise, haja vista que possuem parco repertório de manejo
(B) construir com as famílias o ideário de cura bem como a expectativa de imprevisibilidade intrínseca ao transtorno mental
(C) acompanhar e orientar as famílias de forma contínua para promover o suporte necessário, pois muitos familiares não se sentem preparados para lidar com os cuidados
(D) considerar as vivências familiares inerentes ao convívio enquanto informantes para auxiliar no projeto terapêutico prescrito pelo serviço territorial

56. Passos (2018) destaca que o manicômio e diversas instituições, desde família, escola e prisões são instituições de violência. Sobre o manicômio afirma que:

(A) funciona para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizar o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades
(B) constitui um dispositivo de custódia e o fim do hospital psiquiátrico elimina as violências de segregação social e racial
(C) defende a medicalização da vida e a internação compulsória, rompendo com a violência institucional manicomial
(D) fomenta a violência institucional sobre os corpos negros e a despatologização da vida

57. De acordo com PASSOS (2018), há uma reatualização de práticas e estratégias manicomiais que precisam ser problematizadas e se pode afirmar que:

(A) desracializar os corpos e a própria história faz parte dos novos rumos da Luta antimanicomial
(B) a medicalização dos corpos de jovens negras em cumprimento de medida socioeducativa dá-se pelo comportamento submisso e dócil
(C) as comunidades terapêuticas têm sido uma estratégia importante para tratar os considerados desvios sociais tendo como foco grupos minoritários
(D) as relações de raça, gênero e classe tiveram destaque na efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira

58. Frantz Fanon conhecido no Brasil pelo debate sobre colonialismo e a luta antirracista, contribuiu também, segundo PASSOS (2018), para o campo da saúde mental, embora ainda de forma pouco conhecida. De acordo com Fanon:

(A) a ruptura do modelo manicomial é contrária a luta antirracista
(B) a luta pela mudança da herança manicomial não ocorreria pela via da reestruturação desse modelo e, sim, pela sua ruptura
(C) a luta antimanicomial é um mero movimento de reforma assistencial em saúde mental
(D) a humanização do hospício e da psiquiatria são estratégias de ruptura com a herança manicomial

59. PASSOS (2018) sinaliza em seu texto os impactos do colonialismo na construção da subjetividade negra brasileira, bem como os efeitos do racismo na produção de intenso sofrimento dessa população. Quanto a esse aspecto, convém ressaltar que:

(A) o sofrimento oriundo do racismo é uma questão estrutural do sujeito
(B) a população atendida nos CAPS é majoritariamente negra
(C) o número de mulheres negras em manicômios judiciários é inferior ao de mulheres brancas
(D) as mulheres negras são minorias no que diz respeito ao uso prejudicial de crack

60. A Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, segundo PASSOS (2018), é considerada um retrocesso na história da política de saúde mental brasileira porque:

(A) constitui equipe médica para ser responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para pessoas com transtorno mental
(B) cria o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV (CAPS AD IV)
(C) reduz em 60% os valores pagos pelas diárias em leitos psiquiátricos
(D) cria as unidades ambulatoriais ampliadas