PROCESSO SELETIVO

2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
EDUCADOR FÍSICO

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

41. A atividade física é um comportamento complexo e multidimensional, entendido como "todo movimento corporal produzido pelo acionamento dos músculos esqueléticos resultando em aumento substancial do gasto energético acima do metabolismo de repouso". Assim, esse tipo de atividade pode ser aplicada em diferentes domínios, a saber:

(A) competência, pesquisa, funcional, cotidiana e temporal
(B) efetividade, eficácia, eficiência, qualidade e desenvolvimento
(C) desportiva, tempo de lazer, laboral, transporte ativo e reabilitação
(D) acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e comunitária

42. O exercício físico é um subconjunto da atividade física e, diferente do conceito mais ampliado desta, pode ser compreendido como ação:

(A) exclusiva para estabelecimentos especializados para o condicionamento físico
(B) realizada de forma alternada para promoção da saúde e prevenção de doenças
(C) especializada e organizada de forma planejada e executada com objetivo específico
(D) estabelecida para aprimoramento da performance exclusiva para o alto desempenho

43. Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico trouxe um novo perfil de morbimortalidade global, com a diminuição da prevalência das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, a inatividade física tem papel:

(A) irrelevante, pois é um fator não modificável e sem relação comportamental com a saúde
(B) relevante, pois o alto nível populacional dedicado à atividade física é um desafio sanitário
(C) relevante, pois é um fator modificável e associado à proteção contra doenças degenerativas
(D) indiferente, pois nesse contexto o papel da assistência é primordial para a prevenir doenças

44. A prática de atividade física como modalidade terapêutica na saúde mental, quando aplicada às pessoas institucionalizadas, pode promover alguns benefícios, dentre os quais é correto citar que:

(A) combate a obesidade, acalma a pessoa, aumenta a adesão aos medicamentos e melhora a aceitação do tratamento em internação
(B) qualifica o tratamento, institucionalizando a pessoa em tratamento para melhor cuidado e integração da equipe interdisciplinar
(C) melhora a relação familiar, pois a pessoa mais ativa se acalma e se torna menos propensa à crise que acirra as articulações sociais
(D) ameniza a sensação de isolamento, torna a pessoa mais cooperativa, melhora a disposição física, aumenta a autoestima e reduz a ociosidade

45. A prática regular de atividade física, junto aos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, configura-se como uma estratégia para:

(A) melhorar o fluxo de atendimento à crise na saúde mental
(B) favorecer a reinserção social do paciente com transtorno mental
(C) promover melhor adesão aos medicamentos associados à reabilitação
(D) apoiar o trabalho das equipes de saúde no tratamento em saúde mental

46. Pesquisas têm apontado evidências sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável em pessoas que fazem uso de antipsicóticos, pois estas apresentam um risco aumentado de comorbidades cardiometabólicas. Nesse sentido, há ênfase na necessidade de um olhar integral do profissional de saúde, que destaque medidas para prevenir:

(A) obesidade, hipertensão e diabetes
(B) hospitalização, hipermedicalização e crises
(C) psicose, esquizofrenia e distúrbios cognitivos
(D) iatrogenia, intercorrências e intervenções evitáveis

47. O fato de o transtorno mental afetar a vontade da pessoa, sem incentivo à prática de atividade física sair dessa condição se torna mais difícil. O exercício regular promove frequentemente um efeito de bem-estar. Por isso, sabe-se que as intervenções bem-sucedidas, além de provocarem uma aceitação das características físicas, podem promover:

(A) redução do peso e aumento da força física
(B) alívio de sintomas da depressão e alucinações
(C) aumento da capacidade emocional e cognitiva
(D) reestruturação do pensamento e organização das ideias

48. Os resultados de alguns estudos sugerem que o estresse tem forte influência direta no estado de ansiedade. Assim, Lourenço et al. (2017) indicam a inclusão de programas regulares de atividade física para o gerenciamento emocional, pois estes trazem benefícios para pessoas com sintomas depressivos e ansiosos, principalmente associados a exercícios:

(A) aeróbios
(B) aquáticos
(C) funcionais
(D) anaeróbios

49. As oportunidades de trabalho na saúde pública, inclusive no campo da saúde mental, foram ampliadas para o profissional de educação física, integrando-o às equipes multiprofissionais. Tal condição pode ser afirmada pelo:

(A) crescimento do número de estabelecimentos de saúde com maior espaço físico
(B) prejuízo da produção científica na Educação Física sobre Políticas Nacionais de Saúde
(C) desenvolvimento de equipes multiprofissionais para um atendimento ampliado na saúde
(D) aumento das possibilidades de intervenção e interlocução com o Sistema Único de Saúde

50. Tradicionalmente, o cuidado em saúde mental apresenta hegemonia da psiquiatria. Entretanto, para atender aos princípios contidos na lei que institucionaliza a reforma psiquiátrica, o cuidado:

(A) deve ser reorientado para ultrapassar as intervenções tradicionais
(B) deve enfatizar a qualidade da consulta psiquiátrica e da abordagem clínica
(C) promove a prescrição adequada de medicamentos de forma seletiva
(D) promove o aperfeiçoamento da tecnologia do cuidado e educação profissional

51. A reforma psiquiátrica brasileira é produto de um processo social que se constrói cotidianamente, compreendendo a doença mental num contexto biopsicossocial. Nessa direção, o desafio que se constitui para os profissionais que tratam da saúde mental é:

(A) criar novas práticas
(B) reduzir as internações
(C) adotar novas farmacologias
(D) aumentar o número de consultas

52. A mudança de paradigma no processo de cuidado terapêutico no centro de atenção psicossocial trouxe novas metodologias de intervenção para se desenvolver o cuidado na perspectiva da clínica ampliada, envolvendo o tratamento sob:

(A) uma dimensão clínica e uma dimensão subjetiva, psicossocial e política
(B) um perfil hospitalocêntrico com enfoque nos sintomas e sinais da doença
(C) a probabilidade real do risco epidemiológico fundamentado na saúde emocional
(D) os aspectos da razão associados ao método técnico-farmacológico permanente

53. As oficinas terapêuticas têm se transformado em uma das principais estratégias de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial. Rompendo com a prática e o saber psiquiátrico dominante, estabelecem nova função dentro do campo da saúde mental. Assim, as oficinas terapêuticas podem ser consideradas como uma estratégia de:

(A) remanejamento do estresse
(B) desinstitucionalização
(C) tratamento alternativo
(D) psicologia

54. As atividades voltadas para aprimorar o tratamento no campo da saúde mental, onde se destacam as oficinas terapêuticas, normalmente ocorrem com a participação de mais de um profissional. Pode-se, portanto, perceber que os esforços nessa direção buscam promover o trabalho mediante:

(A) atuação especializada
(B) organizações apoiadas
(C) abordagens interdisciplinares
(D) aumento do efetivo profissional

55. A expectativa de vida da população acometida por transtornos mentais é reduzida entre 10-15 anos em comparação com a população em geral. Como fatores contribuintes, pode-se apontar:

(A) a depressão psicológica e a ansiedade
(B) as alucinações esquizofrênicas e neuroses
(C) a inatividade física e a presença de comorbidades
(D) os surtos psiquiátricos e transtorno de personalidade

56. O exercício físico está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de cumprir exigências das diretrizes na forma de ações e serviços de modo universal e integral em todos os níveis de complexidade. No panorama da reforma psiquiátrica, o exercício físico contribui para:

(A) promover a saúde e o conforto nos episódios de crise
(B) ampliar a conduta clínica a partir da consulta psiquiátrica
(C) potencializar o efeito medicamentoso que impedirá novas crises
(D) recuperar em caso de transtornos graves e impedir novas crises

57. Pesquisas revelaram a eficácia do exercício físico no processo terapêutico para a saúde mental. Entretanto, a prescrição inadequada pode desencadear problemas como:

(A) parodoxo da felicidade, atrofia muscular e pico hipertensivo
(B) síndrome do overtraining, dismorfia muscular e distúrbios de humor
(C) desorganização mental, desarmonia muscular e atitudes obsessivas
(D) descontrole da glicose sérica, lesão muscular e compulsão alimentar

58. Apesar da relação entre exercício físico e saúde mental já estar bem documentada, e as evidências demonstradas serem consistentes para sua prática global, deve-se levar em consideração a forma como tais pesquisas e suas aplicabilidades estão sendo divulgadas para profissionais da saúde mental e gestores, porque:

(A) nem todas as equipes de saúde estão acessíveis para atualizarem o seu conhecimento
(B) o exercício é recomendado pelos aspectos físicos apenas e não como ferramenta terapêutica
(C) nem sempre os artigos científicos possuem validade externa confiável para gerar novas ações
(D) a quantidade de produção científica sobre essa relação é o parâmetro ideal para novos profissionais

59. Pesquisas demonstraram que a atividade física trouxe benefícios aos pacientes esquizofrênicos, ao se propor uma dinâmica diferenciada ao cotidiano desses sujeitos. Tal resultado deve-se:

(A) ao esclarecimento do quadro clínico graças à terapia medicamentosa compartilhada
(B) à melhor aceitação da rotina de medicamentos comumente submetida
(C) ao aumento da internação sem críticas e comportamentos adversos
(D) ao fato de tornar esses sujeitos agentes principais do tratamento

60. Apesar de inquestionável o valor da atividade física no tratamento da saúde mental, efeitos adversos podem ocorrer quando a atividade não é adequadamente prescrita. Por isso, é necessário considerar que os resultados sempre dependem do:

(A) perfil do profissional que acompanha os pacientes
(B) espaço onde a atividade será ministrada aos pacientes
(C) ajuste da medicação dos pacientes
(D) estado em que se encontram os pacientes