

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL ENFERMEIRO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 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 hospitais
 - (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 conflituosas, 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 extramaneirial
 - (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 ambulatorios 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 ambulatorios 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:
- receber tratamentos invasivos intensos
 - ter acesso restrito aos meios de comunicações disponíveis
 - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, e de ter a garantia de sigilo nas informações prestadas
 - 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:
- se dá a pedido de terceiro
 - é determinada pela justiça
 - é determinada pelo gestor municipal
 - 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:
- em hospitais gerais e CAPS
 - 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
 - em estabelecimentos públicos e filantrópicos
 - 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:
- estudo que avalia os efeitos partidários sobre uma determinada sociedade
 - campo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas
 - conceito que coordena as ações para promover um efeito distinto em coletivo
 - 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:
- o trabalho efetivo é constituído por etapas definidas ao planejamento técnico do cuidado assistencial para o aprimoramento clínico
 - a subjetivação e o conhecimento técnico formal aliados, elevam a capacidade de produção da equipe, permitindo o aumento de atendimento em campo prático
 - o aprendizado continuado interfere no conhecimento técnico, permitindo que o saber aplicado seja modificado para atendimento restrito ao adoecimento agudo
 - 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:
- no produto das relações de poder entre a população e o governo
 - na diferença entre as atividades governamentais e o papel parlamentar
 - na soma das atividades dos governos que influenciam a vida dos cidadãos
 - 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:
- integrar a saúde pública
 - questionar a ação pública
 - diferenciar os grupos sociais
 - 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:
- territorialização e tributos especiais
 - adesão e transferência de recursos
 - regionalização e pagamento tributário
 - 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:
- organização orçamentária, seleção de adesão e retorno social
 - avaliação custo-efetiva, eficácia de decisão e resistência cultural
 - processo decisório, implementação da política e avaliação da política
 - 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:
- menos normalizada, formalizada com base em resultados e aproveitando as potencialidades de cada ator no processo, de forma participativa e coletiva
 - com enfoque no taylorismo, em que o poder está centralizado com controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e avaliação da produtividade
 - que respeite o cumprimento do horário, a produção de relatórios pautados pela adoção de comportamentos formais de funcionários associada a uma gestão vertical
 - 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, norteados 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 a quem 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

Considerar as informações e orientações do Caderno de Atenção Básica nº 34 (Ministério da Saúde, 2013), para responder às questões de 41 a 45.

41. A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam:
- (A) cuidado em saúde mental
 - (B) reafirmação da importância da visão dualista do homem
 - (C) construção de um novo saber que responda a cada parte do indivíduo
 - (D) confirmação da importância das ciências como saber empírico e fundamental ao cuidado

42. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental processa-se:
- (A) mediante a oferta de recursos e disponibilização de medicamentos para toda população
 - (B) desde a ampliação da clínica, auxiliando nas intervenções quando a internação se faz necessária
 - (C) no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos constroem juntos o cuidado em saúde
 - (D) com escuta qualificada e possibilidade de interferir diretamente no aconselhamento sobre a conduta a ser seguida
43. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família tem como objetivo contribuir para:
- (A) a criação de medidas preventivas e a programação a seguir
 - (B) a identificação e a correta solução dos problemas existentes
 - (C) a integralidade do cuidado aos usuários e ampliação da clínica
 - (D) a integralidade do cuidado e a construção das agendas individuais
44. A Reforma Psiquiátrica afirma, como direção do cuidado em saúde, que a atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo não somente o controle de sua sintomatologia, mas também:
- (A) o pleno exercício de sua cidadania
 - (B) um espaço de escuta ao usuário sem a participação de seus familiares
 - (C) a proteção quanto a todas as dificuldades previstas para essa condição de saúde
 - (D) a acolhida carinhosa, a fim de proporcionar total relaxamento para os momentos difíceis
45. A aprovação de leis estaduais alinhadas com os princípios de redirecionamento do cuidado em saúde mental reflete o progresso desse processo político de mobilização social, não só no campo da saúde como também:
- (A) na vida do usuário
 - (B) nas práticas esportivas
 - (C) no conjunto da sociedade
 - (D) no trabalho da enfermagem

Considerar o texto “Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental” (CAMPOS e BARROS, 2000), para responder às questões 46 a 53.

46. Dada a complexidade que representa um indivíduo acometido por um transtorno psíquico severo - objeto das intervenções em saúde mental – as vantagens da execução das práticas assistenciais em saúde mental têm sido progressivamente reconhecidas:
- (A) por um conjunto de profissionais que forma a equipe
 - (B) por somente um profissional que represente a equipe
 - (C) pelo técnico de referência que melhor conhece o usuário
 - (D) pelo médico para que possa também ajustar a medicação

47. Entende-se como trabalho em equipe aquele realizado por um conjunto:
- (A) diversificado de profissionais de diferentes áreas
 - (B) autônomo que tem como liderança a enfermagem na equipe
 - (C) autônomo, com cada membro da equipe agindo isoladamente
 - (D) diversificado de profissionais com práticas em locais diferentes
48. As propostas de reorientação na assistência de enfermagem à saúde mental foram determinadas pelas mudanças ocorridas na:
- (A) comunidade terapêutica
 - (B) própria enfermagem
 - (C) reabilitação social
 - (D) psiquiatria
49. Freud destacou a importância de compreender a pessoa acometida por um transtorno mental como sujeito de sua história e não somente como uma doença, revolucionando o entendimento da loucura. A partir de então, passa a ser importante:
- (A) reconhecer que os sujeitos revelam em alguns de seus discursos sua expressão e seus desejos
 - (B) desconsiderar o que os sujeitos apresentam em seus discursos, sem reconhecê-los como sua expressão
 - (C) ouvir os sujeitos, saber de suas histórias, mantendo-se fiel à interpretação do significado discurso manifesto
 - (D) ouvir os sujeitos, saber de suas histórias, interpretando os seus significados para além do discurso manifesto
50. A Psiquiatria Democrática Italiana apresenta-se como um modelo de reforma que culminou na proibição da construção e utilização do manicômio como terapêutica, valorizando e reconhecendo a:
- (A) fundamental desconstrução de serviços alternativos nas comunidades
 - (B) função essencial dos equipamentos extra-hospitalares
 - (C) fundamental importância dos hospitais psiquiátricos
 - (D) função especial dos equipamentos asilares
51. A Reforma Psiquiátrica, segundo os autores, contemplou vários aspectos, não se restringindo à formulação de políticas de saúde mental e sua tradução na transformação dos dispositivos assistenciais. As propostas de Reforma Psiquiátrica estavam afinadas com a:
- (A) supressão do sujeito no seu processo de adoecimento e tratamento
 - (B) ampliação do objeto de trabalho para além da dimensão biológica
 - (C) permanência na centralidade do modelo de atenção hospitalar
 - (D) manutenção da exclusão social do louco na sociedade
52. O processo fundante do ensino de enfermagem psiquiátrica deu-se:
- (A) nos moldes asilares
 - (B) nos serviços territoriais
 - (C) nos serviços residenciais
 - (D) nos contextos da reforma psiquiátrica
53. A Reforma Psiquiátrica aponta o importante momento para rever o objeto de trabalho (constituir o sujeito enquanto cidadão), a prática (utilizar-se de novos instrumentos e com isso aumentar a possibilidade de intervenção) e ampliar a finalidade da assistência. Considerando o novo paradigma de saber e fazer apontado pela Reforma Psiquiátrica, a assistência de enfermagem:
- (A) deve ter como foco a construção do cuidado em saúde
 - (B) deve manter o cuidado já estabelecido pelo médico de referência
 - (C) deve ampliar a finalidade da assistência priorizando a remissão dos sintomas manifestos
 - (D) deve ampliar a finalidade da assistência para além da remissão dos sintomas manifestos
- Considerar o artigo Saberes e fazeres no cuidado de enfermagem em saúde mental. (KURIMOTO et al., 2017) para responder às questões 54 a 60.**
54. Os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam na reforma psiquiátrica:
- (A) a manutenção de um modelo de tratamento manicomial
 - (B) a possibilidade de um novo modo de cuidar da loucura
 - (C) a permanência de um olhar biomédico centrado
 - (D) a exclusão da loucura na sociedade
55. No contexto do cuidado comunitário, que tem a cidadania como valor, cuidar passa a ter outros significados, dentre os quais, se pode citar:
- (A) a exclusão da vida cotidiana do sujeito no seu tratamento
 - (B) o olhar cuidadoso sobre os aspectos subjetivos do sujeito
 - (C) a ênfase da importância do isolamento como forma de tratar
 - (D) a atribuição exclusiva à enfermagem na centralidade do cuidado
56. Conforme expresso no texto, “o psicótico aparece como aquele que se faz também mestre dos discursos: com seu discurso pulverulento — aquele com o qual se pode dizer qualquer coisa e tudo ao mesmo tempo”. Dessa forma, o psicótico:
- (A) faz sempre o que é conhecido
 - (B) concorda com o instituído
 - (C) desfaz o estabelecido
 - (D) estabiliza no discurso
57. A proposta denominada “Prática entre Vários” é compreendida como uma estratégia clínica que prevê uma forma de organizar o trabalho que considera o sujeito e opera para que essa condição seja sempre reconhecida. Assim, tal estratégia está organizada de forma que:
- (A) a orientação lacaniana é a referência teórica e clínica obrigatória
 - (B) todos os membros da equipe se colocam na condição de parceiros do sujeito
 - (C) a organização do trabalho se constrói fora da reunião dos membros da equipe
 - (D) todos os profissionais são instituídos como responsáveis terapêuticos para determinado sujeito

58. Segundo o artigo mencionado, o "cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria e suas coisas de fineza pode ser entendido como":
- (A) processo guiado pelo tempo da instituição
 - (B) depreciação do saber do sujeito que sofre
 - (C) instituído por meio de padronizações
 - (D) cuidado esvaziado de saber prévio
59. O cuidado de enfermagem na área da saúde mental vem passando por transformações com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se consolida a partir da década de:
- (A) 60
 - (B) 70
 - (C) 80
 - (D) 90
60. O cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria está inserido em um cotidiano marcado pelo complexo e pelo inusitado, assim exige do profissional:
- (A) distanciamento
 - (B) saber técnico
 - (C) postura rígida
 - (D) escuta atenta