

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
TERAPEUTA OCUPACIONAL**

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 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:
- 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:
- convicções pessoais e horizontais, da coordenação cultural esperada e da organização
 - viabilidades técnicas pragmáticas para o fortalecimento cultural que normatiza as ações
 - crenças dos gestores e dos profissionais, da normativa legal existente e da tradição cultural
 - 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:
- aborda o detalhamento de sintomas para a organização do cuidado seletivo aquém dos condicionantes externos
 - articula o individual e o coletivo, compreendendo a saúde de modo ampliado, além do corpo biológico e seus adoecimentos
 - sua estrutura deve ser montada de acordo com a equipe de especialistas nas unidades de saúde para o pronto atendimento
 - 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:
- competência, efetividade, eficácia, custo-utilidade e eficiência econômica
 - trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe
 - universalidade, territorialização, coordenação do cuidado, longitudinalidade, e processo
 - tarefas organizativas, resistência cultural, senso comunitário, regionalização e integralidade
- ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL**
- Considerar o expresso por Duarte e Silva, em Contribuições e desafios da terapia ocupacional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma revisão da literatura (2018), para responder às questões 41 a 43.**
41. Conforme o apresentado no artigo sobre a prática do terapeuta ocupacional no NASF, dentre essas práticas **NÃO** se inclui a de:
- fazer avaliação e acompanhamento do desempenho ocupacional em nível individual e coletivo
 - intervenção pautada no apoio matricial, intervenção multidisciplinar e com enfoque na dimensão coletiva
 - confeccionar tecnologia assistiva de alto custo, como órtese de material termomoldável, prótese e *software*
 - atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, com deficiências, com sequelas de acidente vascular encefálico, entre outras condições
42. As autoras apontam que, nos artigos existentes sobre como os terapeutas ocupacionais atuam no NASF, os procedimentos mais utilizados por esses profissionais são:
- realizar reuniões com as EqSF e orientação aos ACS; atendimentos domiciliares junto à EqSF; mapeamento das microáreas para identificar agravos no território; palestras, oficinas e formação de grupos na comunidade para conscientização dos cuidados; orientações aos familiares e cuidadores sobre o uso da tecnologia assistiva; articulação com equipamentos sociais e desenvolvimento de projeto terapêutico singular
 - prestar orientações e realizar procedimentos de saúde, busca ativa de pacientes em cena de uso para avaliações, bem como criar vínculo visando sua entrada na UBS, cadastrar os pacientes do programa bolsa família e periodicamente marcar-lhes consultas com sua respectiva EqSF, usar o projeto terapêutico singular nas escolas, conhecer e mapear o território para fazer visitas domiciliares sem a EqSF quando necessário
 - proceder a acompanhamentos terapêuticos individualizados dos pacientes de saúde mental, visando orientação de suas rotinas diárias, socialização e controle da administração dos medicamentos, confecção de órteses de material termo-moldável, responsabilizar-se pelos grupos de cuidados em saúde infantil e realizar a avaliação dos usuários do território com lesões laborais para atestar seu retorno ao trabalho ou continuidade do afastamento
 - oferecer apoio matricial às equipes de saúde da família, ou seja, formular uma agenda e rotina de trabalho, com atendimento semanal aos pacientes que o terapeuta ocupacional perceber que tem demanda para seu atendimento, não sendo necessário o atendimento conjunto com as equipes de saúde da família, o que diminuirá a sobrecarga das demandas sobre elas, ficando com as equipes apenas os pacientes mais graves e que necessitam de medicamentos
43. Segundo as autoras, o que mais dificulta o trabalho dos terapeutas ocupacionais no NASF é:
- a falta de materiais instrucionais sobre as políticas que permitam aos terapeutas ocupacionais iniciar suas práticas com base nas informações contidas
 - a formação dos profissionais de terapia ocupacional que não abrange a atenção secundária em saúde e uma visão pouco voltada a outras áreas de conhecimento que não a saúde mental
 - o desconhecimento da profissão por outros profissionais, bem como o desconhecimento do funcionamento do trabalho do NASF e da atuação dos terapeutas ocupacionais como apoiadores
 - a dificuldade de encontrar demandas específicas dos profissionais de terapia ocupacional para a área de formação em uma dimensão coletiva, pois sua formação se volta para a singularidade do sujeito

Considerar o expresso por Prodocimo, Milek e Ferigato, em Atuação da Terapia Ocupacional no Consultório na Rua (2018), para responder às questões 44 a 49.

44. Quanto ao grupo populacional em situação de rua, as autoras citam que há em comum a inexistência de moradia convencional, vínculos familiares nulos ou fragilizados, situação de extrema pobreza levando a utilizar espaços públicos para moradia e sustento. Portanto, afirmam que se trata de experiência:
- miserável, de pessoas vindas de lares violentos, precisando sujeitar-se à prostituição ou a práticas criminosas
 - complexa, tendo em comum em sua maioria serem imigrantes de outros estados à procura de melhores condições de vida
 - singular, de indivíduos com débitos na justiça ou usuários de álcool e outras drogas
 - heterogênea, tendo em comum as vivências do processo de exclusão
45. Uma importante mudança no processo histórico legislativo do Consultório na Rua (CnR) é decorrente do Decreto Presidencial nº 7.053/2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, possibilitando que o CnR fosse admitido como:
- uma extensão dos CAPS AD, sendo renomeado como 'consultório na rua'
 - um dispositivo da atenção básica compreendido de forma diferente devido à alteração na nomenclatura, que antes era 'de rua' para 'na rua'
 - foi um dispositivo da atenção psicossocial, compreendido de modo abrangente, com a alteração na nomenclatura que antes era 'de rua' para 'na rua'
 - um dispositivo externo à atenção em saúde, para preservar sua autonomia e a da equipe profissional
46. Tendo em vista a importância da valorização da terapia ocupacional e a luta por campos de atuação, quanto aos profissionais que devem compor as modalidades de CnR, apresentadas no texto, pode-se considerar que:
- o terapeuta ocupacional não está presente na equipe, articula-se com o CnR, porém é vinculado ao NASF ou ao CAPS
 - o terapeuta ocupacional é parte da equipe mínima do CnR, portanto um profissional valorizado e imprescindível neste campo de atuação
 - o terapeuta ocupacional, na maioria dos casos presentes no estudo, só estava na equipe do CnR quando não havia um psicólogo disponível, devido ao desconhecimento de sua atuação
 - tem-se a opção de ter o terapeuta ocupacional ou o fisioterapeuta para compor essa equipe, agravando as questões conflituosas das duas categorias por dividirem o mesmo Conselho
47. Considerando os resultados constatados pelas autoras e sob a perspectiva citada como norteadora do trabalho no CnR, verifica-se que, para se atuar nesse campo, é necessário, principalmente, amplo conhecimento sobre:
- ecomapa
 - redução de danos
 - programas sociais
 - projeto terapêutico singular

48. Em sua pesquisa sobre como atuam os terapeutas ocupacionais no CnR, as autoras constataram que um dos principais dispositivos do trabalho da terapia ocupacional no CnR é:
- o uso de atividades e oficinas
 - o vínculo e a parceria com abrigos
 - o acolhimento e as campanhas sobre DST
 - a escuta e encaminhamentos para comunidades terapêuticas
49. Os resultados encontrados em entrevistas com terapeutas ocupacionais que atuam com a população em situação de rua, levam a refletir sobre a visão de "rua" e permitem concluir que a rua é:
- mais do que um espaço de morar ou de trabalhar, mas também um espaço de criação, que expressa uma cotidianidade própria, atravessada pelo dia a dia de sujeitos individuais e coletivos que habitam singularmente esse espaço onde se pode tecer convivências, encontros e enfrentamentos
 - um campo limitado de se tecer o trabalho devido a violência e exclusão que nela se encontram, havendo assim a necessidade de levar o sujeito para os serviços de saúde, onde realmente poderão ser iniciados os cuidados e a escuta, local onde também poderá ser encaminhado para serviços de assistência social
 - mais do que um campo onde o cotidiano de pessoas nessa situação acontece, onde há a violência do tráfico, a exclusão e as cenas de uso de álcool e outras drogas, o que restringe a possibilidade de trabalho nesses locais; dentro desse contexto, dificulta a própria locomoção dos profissionais de saúde, que não são parte desse território
 - um espaço onde indivíduos moram, trabalham e tecem seu cotidiano, se vinculam a seus pares, portanto, é onde deve acontecer todo o trabalho de saúde para essa população; não é indicado levá-los a outros serviços de saúde, pois os afastaria do local onde se identificam e se sentem confortável, e os colocaria em ambientes nos quais podem sofrer discriminações

Considerar o expresso por SILVA et al., em Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento (2018), para responder às questões 50 e 51.

50. Segundo Silva et al., os resultados de sua pesquisa sobre os déficits de habilidades sociais e sua relação com o uso de substâncias e/ou recaídas apontam que:
- as habilidades sociais estão ligadas ao uso de substâncias. Os resultados mostraram que independente do país ou tipo de substância, há sempre o mesmo resultado de déficit nas mesmas habilidades sociais
 - a importância da identificação do repertório de habilidades de substâncias psicoativas e a continuação da investigação em pesquisas futuras considerando outros fatores dos participantes e outras formas de coletas de dados
 - os instrumentos de avaliação não são importantes no início do tratamento, já que a comparação entre os estudos por vezes foi contraditória, enviesada ou inconclusiva, mostra que o ideal é intervir diretamente no cotidiano
 - os déficits de habilidades sociais não contribuem para uso e/ou recaídas, mas sim as rupturas familiares, afetivas e de trabalho, o que não necessariamente está ligado às habilidades sociais, mas com a incapacidade de lidar com situações sociais

51. Segundo Silva *et al.*, a maioria das publicações até o momento demonstra associação (direta ou inversa) entre escores fatoriais do Inventário de Habilidades Sociais e problemas relacionados ao consumo de determinadas substâncias. Tal fato sugere a necessidade de:
- (A) estratégias de intervenção iguais, independente dos diferentes tipos de dependência química, uma vez que se demonstra uma associação entre o Inventário de habilidades sociais e o uso de determinadas substâncias ilícitas
 - (B) expansão de serviços como as comunidades terapêuticas que usam a fé religiosa, a experiência da abstinência e o trabalho como também um meio de estimular as habilidades sociais no grupo e surgirem novas habilidades laborais
 - (C) isolamento social como forma de tratamento, já que as habilidades sociais interferem, seja direta ou inversamente no consumo de substâncias. Podendo inclusive, ser orientada a internação para isolamento temporário do núcleo familiar também
 - (D) estratégias de intervenção específicas, segundo diferentes tipos de dependência química, apesar de ainda não ter estudos específicos, relacionando envolvimento com diferentes tipos de substâncias e classes específicas do repertório de habilidades sociais

Considerar o exposto por Fernandes *et al.*, em Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil (2020), para responder às questões 52 a 55.

52. Segundo o artigo, refletir sobre a atenção em saúde mental infantojuvenil com base em seus paradigmas e nos determinantes sócio-históricos que a produzem é um investimento necessário pelas particularidades e especificidades apresentadas por essa população, que necessita de:
- (A) maior investimento financeiro e criação de uma rede solidária
 - (B) uma rede de hospitais psiquiátricos para atender essa demanda
 - (C) um olhar singular acerca de suas necessidades e estratégias de cuidado
 - (D) estratégias de atenção à saúde mental e atendimentos específicos na área
53. Segundo Costa-Rosa (2013) denomina-se “[...] um conjunto de saberes e práticas organizados, de forma persistente e consistente, por um discurso ético-político [...]”, que modifica não apenas o modo como se trata em saúde mental, mas transforma também a forma como a sociedade civil se relaciona com as loucuras que produz e com as pessoas em sofrimento psíquico. Essa definição se refere à:
- (A) psiquiatria social
 - (B) integração social
 - (C) reforma psiquiátrica
 - (D) atenção psicossocial

54. Segundo as autoras, no que tange à infância e à adolescência, foi somente a partir do ano de 2000 que surgiram os primeiros CAPS infantojuvenis (CAPSij). E, no campo político, somente em 2004 o Ministério da Saúde, com apoio dos setores governamentais e não governamentais, visando construir coletiva e intersetorialmente as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida a essa população, criou:
- (A) o Encontro Nacional Infantojuvenil
 - (B) o Grupo de trabalho Infantojuvenil
 - (C) o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil
 - (D) a Reunião de Saúde Mental Infantojuvenil
55. Com o intuito de viabilizar condições de avanço para a saúde mental, em 2011, o Ministério da Saúde, com a finalidade de promover criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS e preconizando o cuidado em saúde a grupos mais vulneráveis, dentre os quais crianças e adolescentes, cria a Portaria nº 3.088/2011, que institui:
- (A) a Rede de Atenção Psicossocial
 - (B) a Rede de atenção infantojuvenil
 - (C) o Estatuto da Criança e do Adolescente
 - (D) as diretrizes do Cuidado na Atenção Psicossocial

Considerar o exposto por Lussi *et al.*, em Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos (2019), para responder às questões 56 e 57.

56. A prática que, mesmo não sendo um consenso no meio acadêmico e, comprovadamente, tendo tido uso histórico vinculado às posturas indiscriminadas, punitivas e de tortura em instituições psiquiátricas, sendo intensivamente questionada e contraindicada é a:
- (A) psicocirurgia
 - (B) medicação injetável
 - (C) eletroconvulsoterapia
 - (D) terapia comportamental
57. No texto afirma-se que a terapia ocupacional é uma profissão historicamente comprometida com a reforma psiquiátrica e com o movimento da luta antimanicomial, formando profissionais implicados com a:
- (A) seleção e adequação às cooperativas sociais e com o mercado de trabalho
 - (B) inclusão social e com a emancipação de sujeitos e indivíduos coletivos
 - (C) redução de danos e com a inclusão nas comunidades terapêuticas
 - (D) desigualdade social e com o trabalho de cooperativas sociais

Considerar o exposto por Morato e Lussi, em Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental (2018) para responder às questões 58 a 60.

58. Segundo Saraceno, 2011 citado no artigo, a reabilitação não é substituição da desabilidade pela habilidade, mas um conjunto de:
- (A) práticas e saberes capazes de orientar a política de saúde
 - (B) ações assistenciais, capazes de facilitar a vida de seus usuários
 - (C) referenciais teóricos, que conduzem as estratégias de cuidado em saúde mental
 - (D) estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos
59. Segundo Mangia e Nicaccio (2001), citadas pelas autoras, um dos pontos de discussão sobre a orientação prática do terapeuta ocupacional na atual configuração da assistência em saúde mental reside justamente na reflexão acerca da produção da atenção em espaços reais de vida das pessoas e, também:
- (A) no envolvimento do sujeito em atividades que reflitam suas necessidades
 - (B) no percurso da vida laborativa para a construção de sua subjetividade
 - (C) na prescrição de atividades terapêuticas visando normatização da vida
 - (D) na vida afetiva do usuário, sobre seus cuidados dentro da rede de assistência
60. Segundo as autoras, três conceitos são a base da reabilitação psicossocial:
- (A) ampliação das atividades coletivas e sociais; construção do espaço de trabalho e o convívio social
 - (B) desenvolvimento de espaços de interação social, organização da vida afetiva e laborativa e a interação
 - (C) prevenção de situações difíceis; desenvolvimento de espaço coletivo de convívio e a vida laborativa
 - (D) promoção de oportunidades de espaços de troca; (re)construção do poder contratual e a cidadania

