

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

ENFERMAGEM

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

Conteúdo	Nº de questões
Políticas Públicas do SUS	10
Reforma Psiquiátrica	10
Atenção Psicossocial	10
Saúde Mental na Atenção Básica	10
Enfermagem	20

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

"Aprender é mudar posturas"

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

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS

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

09. O Ministério da Saúde se utiliza de Programas e Políticas de Saúde para induzir boas práticas, ordenar e nortear os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde. O Programa Saúde na Hora foi instituído por meio da Portaria MS/GM nº 397/2020. São objetivos desse Programa:

- (A) ampliar o acesso dos usuários por meio da implantação do serviço de teleatendimento em saúde nos municípios
- (B) reduzir o tempo para agendamentos de consultas e exames no Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG)
- (C) ampliar o horário de funcionamento das USF e UBS, possibilitando maior acesso dos usuários aos serviços
- (D) oportunizar o acesso mais célere no atendimento nas unidades de urgência e emergência

10. Os Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. O Centro de Atenção Psicossocial, que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, e que proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, é intitulado de:

- (A) CAPS III
- (B) CAPS II
- (C) CAPS V
- (D) CAPS I

REFORMA PSIQUIÁTRICA

11. A Reforma Psiquiátrica se constituiu como um movimento social, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa. Dentro dessa concepção, Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, autores de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), defendem que a preservação da história e da memória das pessoas que constituíram esse movimento social é fundamental, pois os sucessos alcançados devem ser considerados nos campos:

- (A) do fortalecimento das políticas de assistência social e das liberdades individuais
- (B) da normatização das políticas públicas intersetoriais e do tratamento intensivo
- (C) da institucionalização das políticas públicas de saúde e das conquistas sociais
- (D) da consolidação de leis e portarias ministeriais e da assistência hierarquizada

12. Para os autores Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), a Reforma Psiquiátrica redimensiona o objeto da psiquiatria ao incluir a estratégia da desinstitucionalização e, dessa forma, esse objeto passa a ser a:

- (A) vivência psicopatológica dos indivíduos
- (B) existência-sofrimento dos sujeitos
- (C) dor biopsicossocial dos coletivos
- (D) experiência social da doença

13. Segundo Yasui, Silvio e Natália Barzaghi, autores de *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), o Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), também conhecido como Congresso de Bauru, ampliou o propósito das suas reivindicações ao incluir a discussão sobre a loucura. Tal ampliação se deve à:

- (A) integração de participantes de diferentes movimentos sociais na perspectiva de aumentar a visibilidade da questão psiquiátrica nacional
- (B) participação, além dos técnicos, das lideranças municipais, familiares e dos usuários dos serviços de saúde mental
- (C) inclusão de temáticas diversas no âmbito dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde mental
- (D) cooperação técnica de diferentes setores da sociedade e ao fortalecimento das políticas públicas

14. Em *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2018), os autores Yasui, Silvio e Natália Barzaghi resgatam a dimensão individual dos sujeitos no movimento da Reforma Psiquiátrica, de forma a salientar a esfera micropolítica das relações, fundamental para as transformações a nível macro. Reconhecem, assim, que o espaço da militância viabiliza a:

- (A) elaboração de sentimentos individuais e aspirações do grupo
- (B) produção de novas socializações, novos sentidos e valores
- (C) formação de atores engajados e de lideranças políticas
- (D) ressignificação das lutas individuais e coletivas

15. Com base em *Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), a autora Elisa Rosa Zaneratto, ao fazer uma retrospectiva histórica da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10216/2001), atribui sua aprovação a um profundo processo de mobilização, fruto da:

- (A) multiplicação de intervenções assistenciais, políticas e institucionais voltadas à substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária em saúde mental
- (B) consolidação de serviços de saúde e de projetos ampliados ligados aos direitos humanos dos usuários de saúde mental
- (C) generalização de experiências assistenciais e intersetoriais voltadas à humanização da assistência psiquiátrica hospitalar
- (D) ampliação de projetos sociais ligados à proposta comunitária da assistência em saúde mental

16. Para Elisa Rosa Zaneratto autora de *Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal* (2021), desde os anos 2000, no âmbito da saúde mental, podemos constatar a promulgação de portarias e leis nacionais que regulamentam serviços, programas e modelos assistenciais, o que indica:

- (A) a mudança da Reforma Psiquiátrica em relação à sua proposta fundadora
- (B) o encerramento da Reforma Psiquiátrica nas esferas governamentais
- (C) a evolução da Reforma Psiquiátrica em sua institucionalidade
- (D) a captura da Reforma Psiquiátrica por processos oficiais

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

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

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

24. As portarias que legitimam a Atenção Psicossocial e a Atenção Básica fazem referência à 'lógica do território'. Segundo a orientação do modelo que constitui essas políticas, uma potente rede de saúde existente no território pode propiciar:
- (A) a produção prioritária de consultas médicas, aumentar a contratualidade manicomial e o coeficiente biopsicossocial, bem como possibilitar o reposicionamento da equipe assistencial, diante da superioridade médica
 - (B) a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a vigilância social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento moral e comportamental, diante de si e do mundo
 - (C) a produção de outros modos de fazer andar a vida, aumentar a contratualidade social e o coeficiente de autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo
 - (D) a produção prioritária de consultas médicas, aumentar o acesso farmacológico e o coeficiente tutelar, bem como possibilitar o reposicionamento diante do sintoma psiquiátrico e do mundo
25. De acordo com Martinho Braga Batista e Silva, em *Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental* (2005), na concepção do SUS, o campo da saúde mental pode convocar diferentes atores sociais à responsabilidade pelo cuidado. Segundo o autor, por meio das parcerias e da construção de redes de suporte social, pretende-se:
- (A) qualificar o tratamento dentro das internações psiquiátricas para cumprir com os preceitos da reforma psiquiátrica
 - (B) facilitar o processo de curatela do louco para garantia dos seus direitos assistenciais fora do hospital psiquiátrico
 - (C) ampliar o estudo psicopatológico para definição de novos diagnósticos psiquiátricos
 - (D) construir outro destino social para o louco, que não a internação ou o abandono
26. Em *Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental* (2005) Martinho Braga Batista e Silva apresenta a concepção de 'convocação à responsabilidade' de atores e instâncias sociais na direção da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Assinale o conjunto de discursos citados que permite essa chamada à responsabilidade:
- (A) a "tomada de responsabilidade pelo hospital psiquiátrico", o "aumento da responsabilidade do médico pelo processo de trabalho em equipe" e a "possibilidade de a família advir como responsável pela condição do paciente"
 - (B) a "tomada de responsabilidade pelo serviço de saúde mental", o "aumento da responsabilidade do profissional pelo processo diagnóstico" e a "possibilidade de o sujeito não ser responsável pela própria condição"
 - (C) a "tomada de responsabilidade pelo território", o "aumento da responsabilidade do psiquiatra pelo processo de trabalho em equipe" e a "possibilidade de o sujeito não ser responsável pela própria condição"
 - (D) a "tomada de responsabilidade pelo território", o "aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho" e a "possibilidade de o sujeito advir como responsável pela própria condição"
27. De acordo com o Manual *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* (Ministério da Saúde, 2015), os projetos arquitetônicos e de ambiência dos Centros de Atenção Psicossocial e das Unidades de Acolhimento também devem considerar que são cenários de prática para a formação de residentes, estagiários e docentes. Segundo as diretrizes do SUS e os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial, esses serviços devem investir em relações e processos de trabalho caracterizados:
- (A) pela atenção médica centrada, de base hospitalocêntrica/setorial, substitutiva ao modelo antimanicomial, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade da equipe especializada
 - (B) pela atenção humanizada, de base manicomial/geográfica, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos dos profissionais, à autonomia e à liberdade da equipe especializada
 - (C) pela atenção humanizada, de base federal/interestadual, substitutiva ao modelo psicossocial, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas
 - (D) pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas
28. Segundo o Manual *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* (Ministério da Saúde, 2015), os Centros de Atenção Psicossocial são considerados dispositivos estratégicos no campo da Reforma Psiquiátrica. As ações de cuidado ocorrem com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS visa acompanhar o usuário do serviço para além do próprio local de cuidado, implicando:
- (A) as redes de suporte social e os saberes e recursos das especialidades médicas
 - (B) as redes de suporte hospitalar e os saberes e recursos dos territórios
 - (C) as redes de suporte farmacológico e os saberes e recursos médicos
 - (D) as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios
29. Considerando o Manual *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* (Ministério da Saúde, 2015), a "atenção às situações de crise" é uma das estratégias do Projeto Terapêutico Singular (PTS) direcionada para os usuários e seus familiares nos CAPS. Para que o profissional desenvolva essa ação, é necessário:
- (A) imediatamente chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU para conduzir o usuário à emergência psiquiátrica
 - (B) imediatamente preencher uma ficha de crise para agendar a consulta com o médico do CAPS
 - (C) disponibilidade de chamar os bombeiros para fazer a contenção do paciente em crise
 - (D) disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos

30. O Manual *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* (Ministério da Saúde, 2015), considera que a Unidade de Acolhimento (UA) integra a Rede de Atenção Psicossocial com cuidados à saúde de pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas. Possui o funcionamento por 24 horas e em ambiente residencial. O dispositivo ao qual a UA é referenciada para construção do Projeto Terapêutico Singular é:
- (A) o Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS
 - (B) o Centro de Atenção Psicossocial
 - (C) a Comunidade Terapêutica
 - (D) o Sistema de Justiça

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

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

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

ENFERMAGEM

De acordo com o texto Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil, de Silva et al. Responda as questões de 41 a 45.

41. De todos os males vividos pelo homem, a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico e emocional parecem atingir indistintamente:
- (A) pessoas de qualquer nacionalidade, raça, classe social e religião
 - (B) as pessoas mais pobres, de qualquer nacionalidade
 - (C) somente as pessoas mais pobres
 - (D) as pessoas em situação de rua
42. Como forma de tratar ou amenizar os agravos desenvolvidos pela doença mental, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como:
- (A) grande relevância para a construção de parcerias no território, pois não tem condições de uma maior interação com esse agravo
 - (B) grande relevância na promoção da saúde, na prevenção e intervenção sobre a condução de uma vida saudável
 - (C) grande relevância na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação desses agravos
 - (D) grande conhecedora dos casos e de como orientar o apoio especializado para a família
43. Segundo a OMS "saúde mental" é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, e que diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes podem afetar o modo como ela é definida. Portanto, o conceito é:
- (A) mais amplo do que a necessidade de uma vida com regras e alimentação saudável
 - (B) mais amplo do que a simples ausência de transtornos mentais
 - (C) objetivo, sobre a necessidade de mudança de vida para encontrar a cura
 - (D) claro, sobre a necessidade do cuidado da doença mental
44. O estudo da saúde mental envolve o homem de forma global, ou seja:
- (A) abarca aspectos de conhecimento mental e de como saber viver em sociedade
 - (B) envolve questões da herança genética que precisamos saber como conviver
 - (C) envolve aspectos financeiros, sociais, religiosos e de moradia
 - (D) abarca aspectos biológicos, sociais, psíquicos e espirituais
45. o papel do enfermeiro na APS é o de agente de atendimento primário em saúde mental. Desse modo, os profissionais necessitam aprimorar a prática de trabalhar em equipe e com a família, estimulando as reais necessidades da comunidade, por meio da sua participação no planejamento das ações, realizando atendimento integral à família e ao paciente, o que poderá ocorrer à medida que:
- (A) as práticas profissionais mantenham suas tradições
 - (B) forem sendo reformuladas as práticas e o ensino
 - (C) sejam mais rígidos na forma de cuidar e ensinar
 - (D) adotarem práticas mais recreativas no ensino

46. Silva et al, aponta que muitos profissionais ficaram à margem do Movimento da Reforma Psiquiátrica, não acompanhando as mudanças práticas que a Reforma Psiquiátrica trouxe para a profissão, o que faz com que a qualificação dos enfermeiros da APS torne-se:
- (A) praticamente impossível diante de tanta procura
 - (B) difícil, por pouco interesse dos profissionais
 - (C) fácil e de boa adesão pelos profissionais
 - (D) altamente dispendiosa e pouco acessível
47. Para Silva et al, é essencial que os enfermeiros conheçam e saibam diferenciar cada tipo de sofrimento emocional existente na sua área de abrangência, para que possa:
- (A) melhorar o planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade
 - (B) melhorar o planejamento, para que as doenças não ocorram mais por ali
 - (C) ter alternativas de como encaminhar o paciente para internação
 - (D) conhecer a causa principal da doença mental em seu território
48. Segundo Silva et al, com o objetivo de modificar gradativamente a assistência centrada na internação em hospitais psiquiátricos, a OMS propõe um modelo de atenção à saúde mental baseado na:
- (A) comunidade terapêutica e nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 - (B) comunidade, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária
 - (C) comunidade, considerando sempre a importância da internação
 - (D) comunidade terapêutica e na importância das internações
49. De acordo com Silva et al, com a proposta da Reforma Psiquiátrica, o indivíduo que antes era tratado dentro de manicômios e instituições asilares passa agora a ser tratado na:
- (A) comunidade, junto à população em situação de rua que também precisa de cuidado
 - (B) residência terapêutica, protegido do contato com a família
 - (C) comunidade, junto à sua família e de forma humanizada
 - (D) rede hospitalar apropriada para essas situações
50. A enfermagem psiquiátrica surgiu no início da década de 1950. Na psiquiatria, inicialmente, a assistência da enfermagem era voltada para:
- (A) a repressão e a vigilância do paciente
 - (B) o cuidado integral do paciente
 - (C) o bem-estar do paciente
 - (D) o bem-viver do paciente
51. A admissão do enfermeiro para trabalhar na psiquiatria seria, até a década de 1980, associada a:
- (A) um lugar para onde todos os profissionais faziam concursos públicos
 - (B) um lugar para onde o funcionário-problema não era transferido
 - (C) um lugar para onde poucos profissionais iriam de livre escolha
 - (D) um lugar que não estava associado a castigo profissional
52. O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como marco a luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental, como ser humano nas formas de tratamento e assistência, nos hábitos e na ética. Além disso, contemplava:
- (A) o afastamento dos pacientes do convívio social nas grandes instituições
 - (B) a manutenção dos pacientes nos manicômios, internados
 - (C) o reforço às práticas manicômiais e o abandono familiar
 - (D) o resgate e a reconstrução de laços familiares e sociais
53. O campo da atenção psicossocial passa por reflexões sobre a atuação do enfermeiro no setor da psiquiatria, por meio de:
- (A) práticas profissionais comprometidas com os cuidados subjetivos
 - (B) práticas profissionais pouco atentas ao sujeito e a seu sofrimento
 - (C) práticas profissionais que negligenciam o cuidado de cada sujeito
 - (D) práticas profissionais que reforçam a violência institucional
54. O profissional de enfermagem deve estar seduzido pelo trabalho, para desconstruir representações sobre o paciente em sofrimento mental, oriundas do paradigma psiquiátrico na definição de louco e loucura. Assim, é necessário que:
- (A) o trabalho não garanta a segurança da pessoa em sofrimento psíquico
 - (B) o enfermeiro passe a estar fechado a novas discussões
 - (C) haja melhor qualidade no ensino dos profissionais
 - (D) o enfermeiro procure não ser crítico no trabalho
55. A Lei nº 10.216 entra em vigor com a Portaria nº 336 de fevereiro de 2002, que estabelece as funções, modalidades e composição das equipes de enfermagem:
- (A) nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 - (B) nas Residências Terapêuticas (RTs)
 - (C) nas Comunidades Terapêuticas
 - (D) nos Hospitais Psiquiátricos
56. Na perspectiva da Atenção Psicossocial, o enfermeiro, na construção do projeto terapêutico, pode:
- (A) acolher os envolvidos no processo de adoecimento
 - (B) valorizar a doença em detrimento do sujeito
 - (C) trabalhar sozinho, sem integração à equipe
 - (D) atender apenas os familiares e cuidadores
57. De acordo com Silva et al., na publicação *A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios* (2013), o relacionamento terapêutico é uma importante tecnologia de cuidado que possui um rol de saberes e práticas destinadas:
- (A) à desorganização da pessoa com transtorno mental
 - (B) ao entendimento do ser humano em sua totalidade
 - (C) ao distanciamento profissional do paciente
 - (D) a focalizar a doença do sujeito que sofre
58. Na prática da Enfermagem Psiquiátrica, destaca-se como ação exclusiva do enfermeiro:
- (A) a coordenação de todos os profissionais
 - (B) a contenção mecânica e medicamentosa
 - (C) a construção do projeto terapêutico
 - (D) a consulta de enfermagem

59. As mudanças que vêm ocorrendo na assistência em saúde mental têm instigado repensar o atual ensino de Enfermagem Saúde Mental/Psiquiátrica na graduação. Percebe-se que:
- (A) os enfermeiros vivenciam uma situação de emaranhamento de papéis no cotidiano, que auxiliam seu ajustamento profissional na prática
 - (B) grande parte desses profissionais que vão trabalhar em serviços de saúde mental possui conhecimento específico da área
 - (C) a maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar em Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental
 - (D) a grande parte desses profissionais escolheu trabalhar na saúde mental e possui domínio teórico exemplar
60. A exposição de conteúdos curriculares adequados, que envolvem a saúde mental e a prática clínica supervisionada, torna mais provável que os estudantes de enfermagem desenvolvam competências adequadas nessa área. A aproximação do aluno com os serviços substitutivos:
- (A) rompe com a possibilidade de trocas de experiências e aprendizados mútuos com usuários e com os profissionais
 - (B) sensibiliza-o para a abrangência da rede social que permeia o cuidado da pessoa com transtorno mental
 - (C) enfraquece sua compreensão acerca do portador de transtorno mental como um sujeito de direitos
 - (D) desestimula os profissionais que ali atuam, produzindo um desinteresse por esse campo de atuação