

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

PSICÓLOGO

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
Psicologia	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, assinale 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 nortejar 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 de 16 de março de 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 *Trajatórias 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 *Trajatórias 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 *Trajatórias 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 *Trajatórias 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 Silvio 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. Silvio 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 haveria 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 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
 - 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
 - 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
 - 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:
- qualificar o tratamento dentro das internações psiquiátricas para cumprir com os preceitos da reforma psiquiátrica
 - facilitar o processo de curatela do louco para garantia dos seus direitos assistenciais fora do hospital psiquiátrico
 - ampliar o estudo psicopatológico para definição de novos diagnósticos psiquiátricos
 - 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 "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"
 - 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"
 - 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"
 - 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:
- 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
 - 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
 - pela atenção humanizada, de base federal/interestadual, substitutiva ao modelo psicossocial, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas
 - 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:
- as redes de suporte social e os saberes e recursos das especialidades médicas
 - as redes de suporte hospitalar e os saberes e recursos dos territórios
 - as redes de suporte farmacológico e os saberes e recursos médicos
 - 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:
- imediatamente chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU para conduzir o usuário à emergência psiquiátrica
 - imediatamente preencher uma ficha de crise para agendar a consulta com o médico do CAPS
 - disponibilidade de chamar os bombeiros para fazer a contenção do paciente em crise
 - 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 categorias 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 categorias 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 de 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

PSICOLOGIA

41. A abordagem biomédica do processo saúde/doença, no campo da saúde mental, busca:
- (A) unir a psiquiatria com a neurologia, reduzindo o tratamento dos transtornos mentais, como se fossem fenômenos cerebrais
 - (B) analisar criticamente o reducionismo biológico e a adoção do modelo somático de causalidade das doenças
 - (C) compreender a subjetividade e os fenômenos psicopatológicos como questões de ordem social
 - (D) na experiência subjetiva individual, a explicação para questões de ordem física, material e cerebral
42. De acordo com Deborah Uhr, em *A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico* (2012), e Livia Machado Silva e Fernanda Canavêz, em *Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea* (2017), um autor de relevância na definição do conceito de medicalização é o sociólogo Peter Conrad. Para Conrad, medicalização é um:
- (A) movimento de intervenções do saber médico em relação a algumas doenças específicas que já existiam, mas que não recebiam tratamento
 - (B) movimento das corporações médicas, que monopoliza o conhecimento sobre a saúde e aliena o indivíduo do seu autocuidado
 - (C) processo sociocultural em que a perspectiva médica é dominante para definir e tratar problemas não médicos
 - (D) processo regular de colonização médica, também chamado de imperialismo da medicina
43. O processo de medicalização da vida apresenta como produto a:
- (A) culpabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde/doença
 - (B) banalização das dimensões biológicas e dores físicas
 - (C) naturalização do preconceito aos males emocionais
 - (D) interiorização dos conflitos psíquicos do sujeito que sofre
44. A medicalização da vida implica que a clínica psicológica contemporânea lide com:
- (A) a necessidade de as terapias cognitivas serem mais reconhecidas no campo da saúde mental
 - (B) o consumo de suplementos alimentares milagrosos, com a promessa de tratar os sintomas
 - (C) o aumento da prescrição dos psicofármacos para o alívio dos sofrimentos existenciais
 - (D) a perspectiva das doenças psicossomáticas finalmente diagnosticadas

45. Conhecer a discussão sobre o processo de medicalização e reconhecer as influências em seu campo de atuação permite ao psicólogo uma postura crítica, para operar de modo contra-hegemônico. A clínica que atua de modo não medicalizante é aquela que:
- (A) utiliza a noção de subjetividade mínima e une o sujeito da linguagem ao sujeito cerebral
 - (B) valoriza a singularidade e combate as práticas de assujeitamento
 - (C) exalta a individualização dos fenômenos psicológicos e o lugar dos especialistas
 - (D) problematiza as queixas e as transforma em demandas por diagnósticos

De acordo com o texto *Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio*, de Karina Fukumitsu e Maria Júlia Kovács, responda as questões 46 a 48:

46. De acordo com *Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio* (2016), de Karina Fukumitsu e Maria Júlia Kovács, o enlutado pelo suicídio na família é visto como um sobrevivente, porque é:
- (A) demandada muita energia psíquica para a elaboração do luto
 - (B) vítima da escolha de um ente desesperado
 - (C) protegido pela comunidade local
 - (D) herdeiro direto do suicida
47. Em *Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio* (2016), Karina Fukumitsu e Maria Júlia Kovács defendem que, para ajudar os sobreviventes a lidar com a morte por suicídio e suas repercussões, os psicólogos devem:
- (A) deixar claro que o sujeito não pode se entregar aos sentimentos de abandono e desamparo que o suicídio reverbera
 - (B) acolher o enlutado para que amplie seus recursos de enfrentamento e estratégias de reconciliação ao luto
 - (C) estabelecer com o paciente que será preciso aprender a se cuidar e a receber cuidados de outras pessoas
 - (D) demarcar com o enlutado o início de uma nova história, a partir do final da vida de outra pessoa
48. Segundo Karina Fukumitsu e Maria Júlia Kovács, em *Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio* (2016), o termo pós-venção se refere:
- (A) ao trabalho de conscientização na mídia sobre os impactos da perda por suicídio
 - (B) às atividades realizadas com familiares após a elaboração do luto
 - (C) às atividades de prevenção do suicídio após a primeira tentativa
 - (D) à prevenção, ao luto e às atividades após a perda por suicídio

49. A constatação de que muitas crianças com problemas de saúde mental circulam por diferentes instituições e serviços impôs à política de saúde mental infantil brasileira:
- (A) o fundamento intersetorial da construção de rede
 - (B) o princípio da equidade na garantia de direitos
 - (C) a diretriz ética de autonomia do paciente
 - (D) a orientação de romper com os especialismos
50. De acordo com M.C.V. Couto e P.G.G. Delgado, em *Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial* (2010), cada setor possui mandatos próprios. Para esses autores, o mandato da saúde mental é:
- (A) social
 - (B) comunitário
 - (C) clínico
 - (D) cultural
51. Ainda segundo M.C.V. Couto e P.G.G. Delgado, em *Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial* (2010), o que deve orientar a articulação intersetorial em saúde mental é a:
- (A) tomada de responsabilidade pelo problema
 - (B) dimensão clínica do caso complexo
 - (C) síntese de saberes distintos após o diálogo
 - (D) lógica da atenção psicossocial.
52. De acordo com Ângela Slongo Benetti, em *Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira* (2020), na atenção à crise em leitos de saúde mental no hospital geral, o psicólogo pode atuar na função de *holding*, tal como apresentada por Winnicott em sua teoria. No *holding*, o manejo clínico significa:
- (A) ajudar na identificação dos bloqueios das emoções mais profundas e recalçadas, visando retomar a pulsação energética e a liberação dos conflitos registrados na memória do corpo
 - (B) escutar as palavras e os silêncios para evidenciar o corpo pulsional, aspirando à liberação da energia sexual reprimida e à emersão do sujeito-existência-corpo-sofrimento
 - (C) ganhar a confiança do paciente num primeiro momento, para depois poder tocar e manipular o seu corpo, propondo destravar a energia psíquica contida e não expressada nos movimentos
 - (D) oferecer uma presença que sustente o desenvolvimento da confiança necessária, para que o indivíduo possa expressar suas vivências e sensações, permitindo o processo de integração de seu corpo
53. Para Ângela Slongo Benetti, em *Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira* (2020), o trabalho do psicólogo e da equipe multiprofissional, na atenção à crise em leitos de saúde mental no hospital geral, propõe:
- (A) uma mudança de local para tratar os sofrimentos existenciais
 - (B) uma alternativa para a contenção mecânica fora dos CAPS
 - (C) um espaço diferenciado para lidar com o doente mental
 - (D) um outro lugar para o corpo, para além do biomédico

54. De acordo com Maurício Fiore, em *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas* (2012), é correto afirmar que o paradigma proibicionista:
- (A) colocou toda a produção científica como aliada na luta contra as drogas
 - (B) exclui o medo das elites em relação à desordem urbana
 - (C) estabelece limites arbitrários para os usos das drogas
 - (D) esgota o fenômeno contemporâneo das drogas
55. Segundo Maurício Fiore, em *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas* (2012), a premissa fundamental do paradigma proibicionista é o consumo de drogas:
- (A) sustenta o tráfico de drogas, sendo este o inimigo principal do Estado proibicionista
 - (B) é uma prática prescindível e danosa, o que justifica sua proibição pelo Estado
 - (C) não causa dependência, mas financia o tráfico internacional de drogas
 - (D) causa sempre grande sofrimento psíquico e, por isso, deve ser punido pelo Estado
56. Para Maurício Fiore, em *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas* (2012), são exemplos de drogas que engendram danos potenciais à saúde dos indivíduos e da sociedade, mas cujo consumo não é proibido:
- (A) os analgésicos e os psicotrópicos
 - (B) os alimentos ultraprocessados e as bebidas estimulantes
 - (C) o tabaco e a *cannabis sativa*
 - (D) as drogas psicoativas e a papoula
57. Ainda de acordo com Maurício Fiore, em *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas* (2012), a medida preventiva mais eficiente para suplantar os problemas que o consumo de drogas pode causar é:
- (A) legalizar o uso e a produção de algumas drogas proscritas
 - (B) valorizar o autocuidado e o fortalecimento dos laços sociais
 - (C) promover sanções ao uso de acordo com cada droga
 - (D) descriminalizar o consumo e tratar o usuário
58. Segundo Satila E. F. de Souza, Cleiana F.B. Mesquita e Fernando Sérgio P. de Sousa, em *Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência* (2017), a equipe de abordagem de rua disponibiliza um acompanhamento à população em situação de rua e usuária de drogas, alicerçado:
- (A) no ressignificar de histórias particulares e de lugares sociais
 - (B) na clínica peripatética e nas orientações acerca da saúde
 - (C) na escuta e na construção de um projeto terapêutico
 - (D) no acolhimento, na escuta e no vínculo
59. Segundo Satila E. F. de Souza, Cleiana F.B. Mesquita e Fernando Sérgio P. de Sousa, em *Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência* (2017), sobre a Política de Redução de Danos, é correto afirmar que se constitui como:
- (A) um conjunto de ações de saúde pública voltadas para a minimização das consequências adversas causadas pelo uso abusivo relacionadas com o uso de drogas
 - (B) um conjunto de ações intersetoriais voltadas para a administração das consequências adversas causadas pelo o uso abusivo de drogas
 - (C) uma linha de entendimento que percebe que a maioria dos usuários de álcool e de outras drogas não têm muitas complicações em suas vidas devido ao uso
 - (D) uma linha de entendimento crítico ao paradigma proibicionista e a favor da descriminalização do uso e da legalização da produção de substâncias entorpecentes
60. Para Satila E. F. de Souza, Cleiana F.B. Mesquita e Fernando Sérgio P. de Sousa, em *Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência* (2017), os objetivos dos consultórios de rua, na modalidade de atendimento extramuros, são:
- (A) implantar o modelo de atenção com responsabilização e vínculo, a garantia dos direitos dos usuários e a valorização do trabalho na saúde
 - (B) avaliar o usuário, para saber a gravidade do seu estado de saúde, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, e, assim, determinar a necessidade de um atendimento mais urgente e intensivo
 - (C) garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, a assistência integral aos usuários e a promoção dos laços sociais com enfoque intersetorial
 - (D) flexibilizar as sanções aos usuários, garantindo sua liberdade de escolha e seu papel de protagonista do cuidado em saúde