Rio
PREFEITURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

TERAPEUTA OCUPACIONAL

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
Terapia Ocupacional	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 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 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 compõe 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 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 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

TERAPIA OCUPACIONAL

41. As unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, as residências terapêuticas e as enfermarias especializadas nos hospitais gerais são dispositivos ofertados pela rede de atenção:

(A) especializada
(B) psicossocial
(C) psiquiátrica
(D) hospitalar

42. Oficinas de atividades autoexpressivas são espaços que contribuem tanto para a expressão criativa quanto para:

(A) a identificação das dificuldades subjetivas
(B) a descoberta dos potenciais artísticos
(C) a identificação de processos criativos
(D) o acolhimento e o cuidado dos sujeitos

43. Segundo Purgossi & Gilbertoni (1997), no processo do fazer existe uma transformação interna, emocional, que acontece por meio da tríade:

(A) terapeuta, atividade e espaço físico
(B) espaço físico, material e grupo
(C) paciente, terapeuta e atividade
(D) grupo, material e paciente

44. O protagonismo nas atividades é fundamental para o engajamento do usuário na atividade, pois promove a coparticipação no processo de tratamento, além de facilitar:

(A) o envolvimento criativo
(B) o prazer na execução
(C) a criação de vinculo
(D) o processo social

45. Castilho (2007) afirma que as oficinas terapêuticas favorecem, aos indivíduos, a descoberta de novos papeis, habilidades, funções, e proporcionam:

(A) vivências prazerosas e reconhecidas pela sociedade
(B) melhoria da interação social e autossustentabilidade
(C) independência e aumento da autoestima
(D) autodeterminação e emancipação social

46. As práticas de intolerância e violência contra a população de rua e usuária de álcool e outras drogas é histórica. Assim como a violação de:

(A) direitos jurídicos e controle social
(B) cuidado e proteção judiciária
(C) proteção social e legislativa
(D) direitos sociais e políticos

47. Para a população estigmatizada em situação de rua, o trabalho tem um significado importante e funciona como uma ferramenta de:

(A) emancipação social
(B) valor financeiro
(C) relação social
(D) troca afetiva

48. A possibilidade de inclusão social da população de rua, com uso abusivo de álcool e outras drogas, que acolhe as diferenças e ampara as especificidades de cada um, de forma particular, sendo uma alternativa potente de trabalho, é denominada de:

(A) trabalho protegido
(B) oficina terapêutica
(C) economia solidária
(D) intercâmbio social

49. O proibicionismo ainda é o pano de fundo para a compreensão das drogas, e isso empobrece a discussão necessária e multifatorial, que abrange fatores:

(A) econômicos, políticos, familiares, morais e legislativos
(B) econômicos, sociais, jurídicos, culturais e subjetivos
(C) morais, familiares, socioculturais e de saúde
(D) políticos, jurídicos, familiares e de saúde

50. A condição do indivíduo, que está inabilitado para aceitação social plena é definida por Erving Gofmam como:

(A) invisibilidade
(B) preconceito
(C) esteriótipo
(D) estigma

51. Para os terapeutas ocupacionais, a teoria do cotidiano contextualizada na atenção ao usuário, fazendo uso das possibilidades e naquilo que foi danificado, destruído, tem o foco na construção de:

(A) oficinas especializadas e de moradias assistidas
(B) projetos terapêuticos e de inclusão no CAPS
(C) trabalho e de outras formas de inclusão
(D) vida e de outros fazeres e significado

52. Em consonância com as diretrizes da RAPS, em 2014 o Ministério da Saúde lançou um documento voltado à construção da saúde mental infantojuvenil, denominado:

(A) Atenção psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado
(B) Diretrizes para o cuidado infantojuvenil nos Centro de Atenção Psicossocial, hospitais e escolas
(C) Política nacional de atenção em saúde mental infantojuvenil nos serviços de saúde e educação
(D) Atenção à saúde mental infantojuvenil dentro da rede de serviços públicos: construindo laços

53. Os achados de Amanda D. S. A. Fernandes, Bruna Lídia Tãno, Maria Fernanda B. Cid e Thelma S. Matsukura, em *A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado* (2022), sobre os aspectos dos profissionais que atuam com saúde mental, apontam algumas habilidades e atitudes que necessitam ser desenvolvidas, além da afinidade com o campo. São elas:

(A) compreensão da Psicanálise Winnicottiana e da Teoria Piagetiana como base para a atuação
(B) saber articular com os núcleos família e escola, capacidade de impor limites aos usuários
(C) capacidade de criar vínculo e saber trabalhar em equipe
(D) conhecimento das linhas teóricas e de saúde coletiva

54. Os resultados de Amanda D. S. A. Fernandes, Bruna Lídia Tãno, Maria Fernanda B. Cid e Thelma S. Matsukura, em *A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado* (2022), sobre se os participantes da pesquisa (gestores e profissionais de Unidades de Saúde da ABS) já tiveram experiência no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, mostram que:

(A) a maioria dos participantes nunca teve experiência no campo de saúde mental infantojuvenil; somado a isso, há a falta de afinidade indicada pelos participantes
(B) a maioria dos participantes teve algum tipo de experiência em saúde mental infantojuvenil e relatou não ter afinidade, devido à complexidade
(C) a minoria dos participantes nunca teve experiências com saúde mental infantojuvenil, e possui afinidade com a atuação
(D) metade dos entrevistados relatou ter experiência com saúde mental e afinidade com a atuação

55. Quando Amanda D. S. A. Fernandes, Bruna Lídia Tãno, Maria Fernanda B. Cid e Thelma S. Matsukura, em *A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado* (2022) citam o NASF, falam sobre:

(A) priorizar o agendamento com a psicóloga do NASF, como modelo de porta de entrada nos serviços de saúde para os casos suspeitos de atendimento em saúde mental infantojuvenil
(B) as outras equipes de saúde da ABS realizarem o matriciamento diretamente com o CAPSi, uma vez que a proposta do NASF não é de atendimento ambulatorial
(C) a procura apenas do psicólogo e do fonoaudiólogo para as demandas de saúde mental infantojuvenil, devido à dificuldade da compreensão do papel do NASF
(D) os profissionais oportunizarem, com o NASF, situações de discussão e reflexão sobre saúde mental e de acompanhamento de casos e apoio matricial

56. A sigla PTS significa:

(A) programa de trabalho e singularidade
(B) programa terapêutico simplificado
(C) projeto de tratamento singular
(D) projeto terapêutico singular

57. São fortes características de cuidado do CAPS AD:

(A) ter a internação como primeira escolha de plano terapêutico, e a intervenção medicamentosa, visando à desintoxicação e ao afastamento das causas de adoecimento
(B) utilizar o trabalho dos usuários como maneira de organizar o cotidiano do serviço de saúde, além de lhes ocupar, e o incentivo a frequentar os grupos terapêuticos
(C) avaliar autonomia e histórico ocupacional de seus usuários, assim como reforçar a cidadania, inclusive favorecendo sua circulação pelo território
(D) eleger um usuário do antigo modelo para apadrinhar os recém-chegados e os inserir nas oficinas de geração de renda

58. Especificamente sobre a atuação do terapeuta ocupacional, Paula de Fátima Oliveira Faria, em *O cotidiano de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas e a terapia ocupacional (2022)*, acredita que:

(A) possa objetivar a participação social e ressignificar o uso de álcool e outras drogas, auxiliando a compreensão e a reinvindicação de sua autonomia e de seu papel social, em detrimento do conformismo de um lugar social forçosamente ocupado, dentro de um sistema que objetiva apenas adquirir lucro, e gera desigualdade social

(B) o terapeuta ocupacional é o principal elo entre os usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, uma vez que o uso dessas substâncias acaba por deteriorar as relações familiares, e levá-los a se vincular somente com outros sujeitos em mesma situação

(C) devido à história da profissão nos hospitais psiquiátricos, acaba se limitando às oficinas de geração de renda e na organização do cotiando dos serviços. A autora acredita que a profissão da Terapia Ocupacional tem grande potencial nesse campo de atuação e que atualmente não é bem aproveitado

(D) é atravessada por contextos sociais e políticos que visam ao lucro e à desigualdade social. Além disso, o desconhecimento da profissão por gestores e outros profissionais, por si só, já é um grande fator que gera desafios diariamente para os terapeutas ocupacionais

59. Considerando os conteúdos que emergiram da análise temática, sobre a concepção do território, Paula de F. O. Faria defende, em *O cotidiano de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas e a terapia ocupacional (2022)*, que este é formado pelos objetos naturais, geográficos e:

(A) pela sociedade disruptiva. Sua dinamicidade corresponde ao quanto conseguem gerar de valor monetário; por isso, vemos nos grandes centros maior segregação e uso de álcool e outras drogas

(B) pela sociedade frenética. Sua dinamicidade corresponde à capacidade de empatia e à troca entre os seres humanos, motivo pelo qual, após o isolamento social, vemos involuções

(C) pela sociedade em movimento. Sua dinamicidade corresponde às inter-relações dos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social

(D) pela sociedade estática. Sua dinamicidade corresponde à troca dos sujeitos, havendo estagnação quando há um nível elevado de desigualdade

60. Sobre o esforço de reconstrução do indivíduo e a ressignificação do cotidiano, dentro de um cuidado psicossocial, Paula de F. O. Faria, em *O cotidiano de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas e a terapia ocupacional* (2022), afirma que:

(A) é um dos maiores desafios no trabalho dos terapeutas ocupacionais e que, muitas vezes mal gerido, leva à perda de vínculo terapêutico e ao distanciamento dos serviços de saúde. A frustração com esses fatores e o distanciamento levam a recaídas

(B) trata-se de uma luta constante e solitária contra as mazelas sociais, em lugares insalubres e de risco, como as cenas de uso, e de toda uma crença pejorativa social e autoimposta sobre os usuários de álcool e outras drogas

(C) não é possível sem um trabalho social que diminuía o preconceito e vise à inclusão, e que cada profissional, trabalhando dentro de sua especificidade, vai encontrar um significado diferente deste sujeito

(D) é um trabalho de rompimento da alienação. Tal alienação pode ocorrer quando não há uma reflexão sistemática das pessoas em suas próprias condições na sociedade contemporânea