

**PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O ANO DE 2024**

EDUCAÇÃO FÍSICA

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
Educação Física	20

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

"Contento-me com pouco, mas desejo muito."

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 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. De acordo com o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado. O acesso ao sistema de saúde pública brasileiro é garantido de forma:
 - (A) universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
 - (B) universal e equânime às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
 - (C) universal, equânime e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação
 - (D) universal e igualitário às ações e aos serviços, para a promoção, proteção e recuperação de todo cidadão brasileiro que contribua com a previdência social

2. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, assegura, no Art. 199, a assistência à saúde executada pela iniciativa privada. A participação da iniciativa privada, prestadora de serviços de saúde, no sistema de saúde pública brasileiro se dá de forma:
 - (A) solidária
 - (B) associativa
 - (C) colaborativa
 - (D) complementar

3. Tendo como base a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República Federativa do Brasil, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, é **CORRETO** afirmar:
 - I. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
 - II. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.
 - III. Os níveis de saúde expressam a organização social, cultural e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais.
 - (A) somente a assertiva I está correta
 - (B) somente as assertivas I e III estão corretas
 - (C) somente as assertivas I e II estão corretas
 - (D) todas as assertivas estão corretas

4. O capítulo I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, no seu Art. 5º considera o entendimento do que seja Vigilância Sanitária em todo território nacional. Esse entendimento se define como:
 - (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
 - (B) um conjunto de ações capaz de alterar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e assistenciais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
 - (C) um conjunto de ações e serviços capaz de diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e sociais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da sociedade no campo da saúde
 - (D) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, alterar ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente e das relações sociais, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde da sociedade

5. Dos serviços e sistemas listados abaixo, são organizados e desenvolvidos obrigatoriamente de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda, aos princípios do SUS contidos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:
 - (A) serviços públicos de saúde e serviços privados conveniados com a Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)
 - (B) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o sistema privado do Brasil
 - (C) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados e conveniados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram ou não, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado de saúde do Brasil
 - (D) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)

6. O capítulo III da Lei nº 8.080/1990, que trata da Organização, da Direção e da Gestão do Sistema Único de Saúde–SUS, no seu Art. 8º orienta a regionalização e hierarquização do SUS em níveis de complexidade, sendo esse de forma crescente. O Art. 9º mostra que a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos referidos órgãos:
- (A) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pelo Consórcio Interestadual de Saúde; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
- (B) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
- (C) no âmbito da União, pelo Conselho Nacional de Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
- (D) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Assistência Social ou órgão equivalente
7. Segundo o Título III-A, da Lei nº 8.080/1990, incluído pela Lei nº 14.510/2022, no seu Art. 26-A, a modalidade de prestação de serviço remoto, que está relacionada a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo Federal, obedecendo aos princípios da autonomia do profissional de saúde; tendo consentimento livre e informado do paciente, sendo a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas, denomina-se:
- (A) teleconsulta
- (B) telemedicina
- (C) telessaúde
- (D) consulta ampliada por telecomunicação
8. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Em seu Art. 4º regulamenta as Regiões de Saúde que serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, podendo ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes. Para que uma Rede de Saúde seja instituída, segundo o Art. 5º, do referido Decreto, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:
- (A) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; internação na área de saúde mental; e vigilância sanitária
- (B) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde
- (C) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada; e vigilância em saúde
- (D) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e internação hospitalar especializada; e vigilância sanitária e epidemiológica
9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Segundo o Art. 30, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Tendo como base essa legislação, é **CORRETO** afirmar:
- I. a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no âmbito da União, é vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- II. a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito do Estado, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- III. a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.
- IV. nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.
- (A) somente as assertivas I, II e III estão corretas
- (B) somente as assertivas I, III e IV estão corretas
- (C) somente as assertivas II, III e IV estão corretas
- (D) todas as assertivas estão corretas

10. Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, o Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
- (A) Conferência de Saúde; e Conselho de Saúde
 - (B) Conselho de Saúde; e Comissão Intergestores
 - (C) Conselho de Saúde; e Conselho Municipal de Secretários de Saúde
 - (D) Conferência de Saúde; Conselho de Saúde e Comissão Intergestores

REFORMA PSIQUIÁTRICA

11. Ao fazer uma retrospectiva da política de saúde mental brasileira, Zaneratto-Rosa (2021), demonstra que os entraves que acompanharam o processo de Reforma Psiquiátrica representam:
- (A) condições sociais e culturais internacionais pautadas no modelo hospitalocêntrico
 - (B) dificuldades de aprovação de normas técnicas alinhadas ao modelo biopsicossocial
 - (C) limitações nos financiamentos público e privado de modelos alternativos de assistência
 - (D) exigências de uma agenda neoliberal inerente ao cenário político-econômico internacional
12. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a partir do qual se originou o Movimento da Luta Antimanicomial, foi engendrado nas ações antiditatoriais do final da década de 1970. Segundo Zaneratto-Rosa (2021), tais Movimentos tiveram como base:
- (A) os princípios de fraternidade e de inclusão social
 - (B) os princípios libertários e de equidade econômica
 - (C) as lutas pela diversidade cultural e pela liberdade de associação
 - (D) as lutas pela igualdade e pela democracia
13. Analisando os dados da assistência psiquiátrica no Brasil, Zaneratto-Rosa (2021) constata que houve uma desaceleração na diminuição dos leitos psiquiátricos a partir de 2002, em relação à década anterior. Segundo essa autora, a manutenção das instituições psiquiátricas aponta para a:
- (A) complexidade atrelada ao enfrentamento da indústria da loucura
 - (B) especificidade dos trâmites de bloqueio dos recursos orçamentários
 - (C) morosidade na criação de novas formas de credenciamento de serviços
 - (D) dificuldade existente nos processos de autorização de internações hospitalares
14. Para Zaneratto-Rosa (2021), a criação dos novos serviços comunitários no âmbito da Reforma Psiquiátrica teve como prerrogativas:
- (A) o embate aos processos de violação dos direitos humanos e a proposição de um modelo transitório de atenção
 - (B) a crítica à perspectiva biomédica e a sustentação de uma concepção racionalizada da atenção
 - (C) o posicionamento de ruptura com o paradigma manicomial e a afirmação de outra ética de cuidado
 - (D) a negação da lógica preventiva e a imposição de uma estruturação especializada do cuidado
15. Zaneratto-Rosa (2021) chama atenção para a coexistência de dois modelos em disputa na atenção em saúde: o modelo da atenção psicossocial e o modelo da atenção ambulatorial. Essa coexistência representa o desafio de:
- (A) mudança da lógica paramédica, que atravessa a formação dos profissionais de saúde e a expectativa dos usuários de saúde
 - (B) aprimoramento dos princípios clínicos, que norteiam a prática em saúde e a visão dos usuários quanto ao atendimento ofertado
 - (C) superação da tradição biomédica, que perpassa a relação dos usuários com o sistema de saúde e a concepção dos trabalhadores da saúde
 - (D) afastamento do paradigma fisiológico, que embasa as práticas médicas e a percepção dos usuários e familiares em relação ao tratamento medicamentoso
16. Segundo Zaneratto-Rosa (2021), os avanços obtidos pelo SUS representam uma resposta ao enfrentamento das condições de vida da população brasileira. A Reforma Psiquiátrica seguiu nessa direção, ao defender:
- (A) o desenvolvimento de ações de tutela coletiva e de reinserção coletiva
 - (B) a produção de outras formas de vida comunitária e de participação social
 - (C) a invenção de diversos padrões de apoio voluntário e de regularização habitacional
 - (D) a construção de processos de regulamentação laborativa e de seguridade previdenciária
17. Para Zaneratto-Rosa (2021), o avanço da Reforma Psiquiátrica esbarrou em um importante obstáculo na produção do cuidado em saúde mental, qual seja:
- (A) a precarização das políticas sociais intersetoriais
 - (B) a falta de um modelo validado internacionalmente
 - (C) a fragilidade do modelo de atenção extra-hospitalar
 - (D) a inexistência de arcabouço técnico no âmbito do SUS

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

18. O Movimento da Luta Antimanicomial é reconhecidamente o propulsor da Reforma Psiquiátrica brasileira. Zaneratto-Rosa (2021) aponta que, ao possibilitar a construção de cidadania dos trabalhadores, usuários e suas famílias, este Movimento confere à Reforma Psiquiátrica:
- (A) o caráter de revolução e seu legado organizativo
 - (B) a marca de sua especificidade e o seu grande patrimônio
 - (C) a memória coletiva e sua valiosa articulação entre os poderes
 - (D) o traço de inovação institucional e sua incorporação no imaginário social
19. Yassui (apud Zaneratto-Rosa, 2021) aponta que houve, ao longo das décadas, um enfraquecimento da identidade da Reforma Psiquiátrica como movimento social, processo que se deu em função da:
- (A) mudança da situação de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal
 - (B) fusão dos processos reivindicatórios com os processos público-privados
 - (C) redução do número de participantes nas assembleias e atos públicos
 - (D) supressão das contradições existentes entre os atores sociais
20. Zaneratto-Rosa (2021) faz referência ao Encontro de Bauru, realizado no ano de 2017, como expressão do protagonismo da sociedade civil na defesa da Reforma Psiquiátrica. O Encontro colocou em cena:
- (A) a continuidade da luta pela assistência social
 - (B) o protagonismo das lideranças institucionais
 - (C) a afirmação da trajetória comunitária
 - (D) a potência da militância

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

21. O CAPS é um ponto de atenção estratégico da RAPS pelo seu papel articulador, conforme descrito no 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). Para cumprir com a promoção da vida comunitária, da autonomia dos usuários e ordenar o cuidado, ele pode trabalhar em conjunto com:
- (A) as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde
 - (B) as equipes de saúde do Hospital Geral e agentes comunitários de saúde
 - (C) as equipes de Saúde da Família e as equipes do Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 - (D) as equipes de saúde do Serviço Residencial Terapêutico e as equipes do Centro de Referência de Assistência Social

22. 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 CAPS possuem como uma das suas estratégias para compor o Projeto Terapêutico Singular o "acolhimento diurno e/ou noturno". Essa ação possui os seguintes fins:
- (A) o redimensionamento do projeto terapêutico singular visando a proteção do paciente na situação de crise
 - (B) a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário
 - (C) o redimensionamento das relações do usuário com a equipe, o resgate pessoal, a retomada do tratamento em saúde mental
 - (D) a retomada e o redimensionamento do projeto assistencial em liberdade, o resgate das relações para criação do vínculo terapêutico
23. Na perspectiva do 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), o acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam a participação dos usuários, a ampliação de rede social e sua autonomia, é uma ação voltada para o Projeto Terapêutico Singular, nomeada como:
- (A) acolhimento inicial
 - (B) matriciamento de equipes
 - (C) promoção de contratualidade
 - (D) apoio a serviço residencial de caráter transitório
24. 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), as Unidades de Acolhimento (UA) são consideradas "serviço residencial". Para qualificar o Projeto Terapêutico nos ambientes das UA, é importante que eles se constituam para os usuários da seguinte forma:
- (A) possam receber visitas de amigos e/ou familiares, ou, ainda, ter um quarto reservado para administração dos psicofármacos
 - (B) ter ambientes e equipamentos que viabilizem, por exemplo, ações de contenção da crise e possam receber visitas da equipe do CAPS
 - (C) ter ambientes terapêuticos e equipamentos tecnológicos, por exemplo, para cadastro em benefícios sociais dos moradores da UA e sua inclusão no Programa de Volta Para Casa
 - (D) possam receber visitas de amigos e/ou familiares, ou, ainda, ter ambientes e equipamentos que viabilizem, por exemplo, ações de apoio ao estudo e/ou inclusão digital, no contexto de projetos de inserção na escola

25. A partir da pesquisa realizada por Martinho B. B. e Silva, apresentada em "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental" (2005), é sugerido que no âmbito da atenção psicossocial existe intensa responsabilização de atores sociais dirigida ao cuidado dos loucos. Essa responsabilização se concretiza por intermédio de:
- diferentes procedimentos de gestão articulados à terapêutica
 - procedimento de gestão não articulado à singularidade do cuidado
 - diferentes procedimentos de especialistas articulados às redes intersetoriais
 - projeto terapêutico universal articulado à definição do diagnóstico da doença mental
26. Na pesquisa realizada em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, de acordo com Martinho B. B. 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), se identificam novos encargos sociais conectados a novos modos de cuidar e gerir a loucura no meio social, eles ocorrem preferencialmente a partir dos seguintes aspectos:
- do engajamento biopsicossocial, do processo de desmedicalização e da responsabilização do paciente pelo seu tratamento
 - do recurso psicopedagógico, do processo terapêutico e da responsabilização do especialista de nível superior
 - do gerenciamento do cuidado pela família, da implicação e do vínculo das instâncias jurídicas e médicas
 - do engajamento, da implicação e do vínculo de atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado
27. No artigo "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental" (Silva, 2005), em relação à desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, o autor destaca em relação a alguns saberes do campo da saúde mental, a seguinte concepção convergente:
- responsabilização do paciente e de sua família
 - responsabilização de atores e instâncias sociais
 - responsabilização médica e de instâncias administrativas
 - responsabilização do paciente e da equipe técnica do CAPS
28. O autor Martinho B. B. e Silva (2005) afirma que o principal objetivo da atenção psicossocial como modalidade terapêutica que valoriza os diferentes saberes e profissionais, incluindo o saber dos familiares e da comunidade é:
- diminuir as possibilidades de contenção durante a internação, ao mesmo tempo em que procura avaliar os processos de adoecimento da família
 - aumentar as possibilidades de existência do louco no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico
 - diminuir a circulação do louco no território para prevenção do estigma, ao mesmo tempo em que procura a cura da doença mental
 - aumentar a responsabilidade da família, ao mesmo tempo em que procura minimizar o estigma
29. Na perspectiva dos autores Yasui, Luzio e Amarante, em "Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território" (2018), a mudança de paradigma promovida pela atenção psicossocial, caracteriza-se pela mudança de objeto, que se desloca da doença e passa a ser a complexidade da vida. Esse objeto na sua dimensão teórica e metodológica prioriza a seguinte perspectiva:
- um profundo e intenso diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas e conhecimentos que nos falam do humano
 - a necessidade de integrar práticas e saberes médicos e psicológicos para o cuidado da vida humana
 - a estabilização da dicotomia sujeito/objeto quando se fala do humano
 - um pensamento unificado do pensar e do fazer sobre o humano
30. No artigo "Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território" (2018), segundo os autores, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, as estratégias de cuidado em saúde mental devem ser tecidas como:
- estratégia em diálogo permanente
 - estratégia uniprofissional
 - estratégia terapêutica
 - estratégia em rede
- SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**
31. Para Lima e Dimenstein (2016), por se desenvolverem na lógica territorial, as ações de saúde mental realizadas no âmbito da Atenção Básica conseguem garantir a:
- integralidade do SUS, o cuidado em liberdade e articulado em rede
 - igualdade do SUS, a atenção compartilhada e definida por níveis de complexidade
 - acessibilidade do SUS, o tratamento com dignidade e organizado pela oferta dos serviços
 - universalidade do SUS, a atenção humanitária e estruturada pelas diversas especialidades

32. Segundo Lima e Dimenstein (2016), a ferramenta do apoio matricial visa promover, dentre outras medidas, a corresponsabilização entre as equipes e o aumento da capacidade resolutive da Atenção Básica. Essa ferramenta pode ser definida como:
- (A) uma ferramenta corporativa direcionada para a delimitação do poder médico nas equipes multiprofissionais
 - (B) uma tecnologia de arranjo organizacional que oferece suporte técnico especializado em determinadas áreas
 - (C) uma estratégia institucional que propõe o trabalho em equipe a partir da dissolução dos saberes especializados
 - (D) um dispositivo tecnológico voltado ao aprimoramento dos núcleos de especialidade
33. De acordo com Lima e Dimenstein (2016), o dispositivo do apoio matricial propicia o rompimento da lógica indiscriminada e medicalizante dos encaminhamentos realizados pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família, na medida em que possibilita:
- (A) a reestruturação do acesso e o controle dos insumos e ações na rede de urgência e emergência
 - (B) o redirecionamento do acesso e a distribuição dos recursos da saúde de acordo com os níveis de atenção especializada
 - (C) a racionalização do acesso e do uso de recursos especializados frente às demandas de saúde mental
 - (D) a hierarquização do acesso e o fortalecimento dos serviços intensivos em saúde mental
34. No que tange a atenção à crise no território, Lima e Dimenstein (2016) defendem que a discussão de casos entre as equipes, promovida pelo apoio matricial, se configura como importante recurso, pois assegura:
- (A) uma melhor avaliação da gravidade, dos riscos e das vulnerabilidades nas situações de crise
 - (B) uma avaliação diagnóstica mais precisa, a estratificação dos riscos e a definição do perfil sociocultural
 - (C) a categorização dos sintomas, a identificação das precariedades subjetivas e a proposição do protocolo de atendimento
 - (D) a classificação imediata dos riscos, a detecção das ameaças e adversidades do território e a priorização do encaminhamento para os serviços especializados
35. Lima e Dimenstein (2016) ressaltam que o apoio matricial é uma ferramenta fundamental no contexto da Reforma Psiquiátrica, em prol da desinstitucionalização, na medida em que produz:
- (A) desvinculação institucional entre as equipes e responsabilização dos usuários por seu cuidado
 - (B) reformulação do papel das equipes matriciadoras e incremento do protagonismo das famílias na articulação de rede
 - (C) autonomia nas equipes matriciadas e nos sujeitos-alvo do cuidado
 - (D) mudança na lógica do cuidado especializado com valorização das ações intrasetoriais
36. A propagação do modelo psicossocial na comunidade é um dos efeitos do matriciamento. Segundo Lima e Dimenstein (2016), essa propagação está relacionada:
- (A) a atividades culturais promovidas pelos usuários e familiares, garantindo a identificação de recursos intersetoriais
 - (B) à veiculação de informações positivas nas redes sociais, aumentando a credibilidade das ações de atenção psicossocial
 - (C) a campanhas de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, valorizando o papel dos profissionais de saúde mental
 - (D) à articulação da rede que, ao promover processos de inserção, reforça a difusão do modelo
37. As autoras Lima e Dimenstein (2016) advogam que a sustentação do cuidado à crise no território é condição da afirmação da ética contida no modelo psicossocial, qual seja:
- (A) cuidar em liberdade
 - (B) tratar com prudência
 - (C) interromper o sofrimento
 - (D) tutelar com responsabilidade
38. Para Figueiredo e Paula (2021), ao considerar as singularidades dos sujeitos e coletividades, o apoio matricial colabora para a efetivação de um cuidado integral aos usuários na Atenção Primária. Para isso, a equipe matriciadora deve lançar mão das seguintes ferramentas:
- (A) escuta especializada; reuniões de gestão; relatos de caso; e construção do Projeto Terapêutico Coletivo
 - (B) escuta compartilhada; reuniões técnicas; apresentação de caso; e construção de Projeto Terapêutico Familiar
 - (C) escuta ampliada; reuniões de equipe ampliada; estudo de caso; e construção de Projeto Terapêutico Compartilhado
 - (D) escuta qualificada; reunião de equipe; discussão de caso; e construção de Projeto Terapêutico Singular
39. O modelo hegemônico de assistência, difundido na formação da maioria dos profissionais de saúde, é apontado por Figueiredo e Paula (2021) como limitante ao trabalho compartilhado, pois compreende:
- (A) visão delimitada e ações centradas na produção de autonomia
 - (B) perspectiva reducionista e intervenções centradas no contexto dos indivíduos
 - (C) concepção e experiência fragmentadas do cuidado e do trabalho
 - (D) concepção holística e práticas ampliadas da assistência multiprofissional em saúde

40. Taxas de mortalidade maiores que as da população em geral e expectativa de vida reduzida em mais de dez anos são apontadas por Treichel et al (2019) como desafios na oferta de cuidado em saúde mental para os sistemas de saúde no mundo inteiro. Segundo esses autores, tal panorama é favorecido por:
- (A) número reduzido de serviços e ações de saúde; e arranjo ineficaz dos recursos humanos atuantes em saúde mental
 - (B) baixa integração das redes de saúde; e falta de profissionais preparados para ofertar cuidados adequados em saúde mental
 - (C) excesso de articulações intersectoriais dos serviços e sistemas de saúde; e insuficiência dos recursos humanos em todos os níveis de atenção
 - (D) desestruturação na hierarquia dos sistemas socio-sanitários; e predominância de profissionais desmotivados para a assistência em saúde

EDUCAÇÃO FÍSICA

41. O deslocamento pode ser uma boa oportunidade para realizarmos algum tipo de atividade física, diminuindo assim, o tempo de sedentarismo. Um exemplo desse tipo de atividade é:
- (A) ir andando ou pedalando para o trabalho
 - (B) correr todos os dias, de forma intervalada
 - (C) ir para a academia e realizar caminhadas na esteira
 - (D) evitar o deslocamento a pé para o trabalho, com o objetivo de guardar energia para exercitar-se após o expediente
42. Sobre a atividade física e o exercício físico, assinale a resposta **CORRETA**:
- (A) exercício físico e atividade física são a mesma coisa
 - (B) a diferença entre atividade física e exercício físico está na intensidade
 - (C) todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico
 - (D) toda atividade física é um exercício físico, mas nem todo exercício físico é uma atividade física
43. Sobre os conceitos técnicos que devem ser de conhecimento do profissional de Educação Física, no que diz respeito às atividades físicas, podemos definir essas atividades como:
- (A) atividades sem planejamento ou estrutura definida, porém importantes para diminuição do comportamento sedentário
 - (B) atividades planejadas e estruturadas
 - (C) atividades realizadas de forma repetitiva, com objetivos definidos
 - (D) atividades que têm como objetivo manter as capacidades físicas
44. A atividade física é importante para todos os ciclos de vida, inclusive para as crianças, sendo a duração recomendada, na idade de 3 a 5 anos de idade, de:
- (A) pelo menos três horas por dia de atividades físicas de qualquer intensidade, sendo, no mínimo, uma hora de intensidade moderada a vigorosa, que pode ser acumulada ao longo do dia
 - (B) pelo menos uma hora por dia de atividades físicas de qualquer intensidade, sendo, no mínimo, 30 minutos de intensidade moderada a vigorosa, que pode ser acumulada ao longo do dia
 - (C) pelo menos três horas por dia, em qualquer intensidade
 - (D) pelo menos uma hora por dia, em intensidade vigorosa
45. As atividades da vida diárias exigem que diversas capacidades físicas sejam utilizadas pelo indivíduo. Por exemplo: uma pessoa precisa subir em uma escada móvel para apanhar algo em uma prateleira que está em uma altura de três metros. Nessa situação, a capacidade física que precisaria ser utilizada prioritariamente, pelo indivíduo é:
- (A) a força
 - (B) o equilíbrio
 - (C) a flexibilidade
 - (D) a coordenação motora
46. Quando falamos de comportamento sedentário, estamos falando sobre:
- (A) as atividades físicas de baixa intensidade
 - (B) os exercícios físicos de baixa intensidade
 - (C) o tempo que o indivíduo passa dormindo
 - (D) as atividades realizadas quando você está acordado sentado, reclinado ou deitado, e gastando pouca energia
47. As Unidades de Saúde ofertam oficinas de atividade física, que podem ajudar a população a inserir a prática de atividade física no seu dia a dia, pois, essa prática promove o desenvolvimento humano, o bem-estar, diminui o estresse e os sintomas de ansiedade e depressão. Para adultos, o tempo recomendado de atividade física é:
- (A) pelo menos 150 minutos por dia, na intensidade vigorosa
 - (B) pelo menos 150 minutos semanais, na intensidade moderada
 - (C) pelo menos 1 hora por dia, de qualquer intensidade, podendo a atividade ser distribuída ao longo do dia
 - (D) pelo menos 75 minutos por dia, de qualquer intensidade, devendo ser concentrada em um período do dia
48. São benefícios da atividade física para pessoas com transtornos mentais:
- (A) ampliar o tempo de sono
 - (B) estimular a competitividade
 - (C) controlar o índice de glicose no sangue
 - (D) estimular a autonomia e o bem-estar do indivíduo

49. É sabido que as atividades no serviço em Saúde Mental durante a Covid-19 estavam limitadas, primeiro com a suspensão de atendimentos e depois, restritas a atendimentos individuais. A partir disso, podemos apontar como estratégias para reinventar as práticas do serviço em saúde mental durante a Covid-19, EXCETO:
- (A) incentivo às atividades físicas ao ar livre e em grupo
 - (B) divulgação de circuitos de atividades físicas para realizar no ambiente doméstico
 - (C) criação de folders informativos ilustrativos com dicas de cuidados contra a Covid-19
 - (D) publicação, através das mídias sociais, de materiais de apoio relacionados a hábitos saudáveis
50. É considerada(o) uma estratégia de ressocialização comunitária, que trabalha com práticas implicadas à cultura corporal da comunidade que o usuário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) faz parte:
- (A) trabalho transdisciplinar
 - (B) trabalho direcionado
 - (C) oficinas de práticas corporais
 - (D) grupo de apoio
51. As oficinas de práticas corporais são estratégias de cuidado, determinadas pelos CAPSs, e têm como um de seus objetivos:
- (A) o desenvolvimento de habilidades físicas específicas
 - (B) o desenvolvimento de habilidades corporais em contexto biopsicossocial
 - (C) o desenvolvimento de habilidades físicas, sem considerar os aspectos psicológicos e sociais
 - (D) o desenvolvimento de habilidades corporais, levando em consideração somente os aspectos biológicos
52. Os usuários do Serviço de Saúde devem ser contemplados em todos os níveis de atenção, considerando as seguintes variáveis:
- (A) sociais, familiares e culturais
 - (B) sociais, individuais e culturais
 - (C) sociais, familiares e hormonais
 - (D) hormonais, individuais e culturais
53. O objetivo do profissional de Educação Física junto às pessoas com transtornos mentais é:
- (A) controlar o nível de estresse
 - (B) ampliar o cuidado do indivíduo
 - (C) cuidar somente do corpo do aluno
 - (D) diminuir o número de lesões durante a atividade física
54. São possibilidades de intervenções do profissional de Educação Física no âmbito da saúde mental, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs):
- (A) exercícios de leitura
 - (B) exercícios resistivos e culturais
 - (C) exercícios exclusivamente individualizados
 - (D) exercícios voltados somente para competição
55. As oficinas de práticas corporais apresentam um trato metodológico que pode ser dividido em:
- (A) aula propriamente dita e avaliação
 - (B) alongamento, aquecimento e aula propriamente dita
 - (C) aquecimento, aula propriamente dita e volta à calma
 - (D) apresentação, alongamento, aula propriamente dita e avaliação
56. Os cuidados em saúde mental necessitam de espaços terapêuticos diversificados. São exemplos de espaços terapêuticos, EXCETO:
- (A) oficinas de criação
 - (B) oficinas de expressão
 - (C) oficinas de musculação
 - (D) oficinas de atividades de integração
57. O trabalho do profissional de Educação Física dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) deve pautar-se em:
- (A) desempenhar atividades esportivas
 - (B) atendimento exclusivamente individualizado
 - (C) ir ao encontro de atividades voltadas para o desenvolvimento do físico
 - (D) ir ao encontro do que é proposto, tanto pelas diretrizes do SUS quanto da atenção à saúde mental
58. Objetivando não gerar falta de interesse, afastamento e cuidados dos usuários dos serviços de saúde mental, o profissional de Educação Física deve organizar suas intervenções considerando:
- (A) pesquisas *on-line*
 - (B) a literatura especializada
 - (C) os desejos dos participantes
 - (D) seus próprios conhecimentos
59. Conjecturando a estruturação das oficinas de práticas corporais, como estratégia de cuidado mental nos CAPSs, podemos afirmar que ela NÃO se caracteriza pela:
- (A) diversidade de apreensão motora, cognitiva e afetiva
 - (B) racionalidade crítica sobre o processo saúde-doença
 - (C) abordagem por meio de metodologias unicamente individualizadas
 - (D) autonomização dos sujeitos sobre seus saberes, com referência da tessitura das práticas corporais
60. As oficinas de práticas corporais são estratégias potenciais de cuidado do profissional de Educação Física, uma vez que:
- (A) buscam metodologias individualizadas
 - (B) suscitam uma intervenção unidirecional
 - (C) fomentam a elitização do Sistema Único de Saúde
 - (D) possibilitam a integralidade em saúde por parte do usuário