

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

ENFERMAGEM

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

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

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

"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)

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

ENFERMAGEM

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

ENFERMAGEM

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 responsabilidade se concretiza por intermédio de:
- (A) diferentes procedimentos de gestão articulados à terapêutica
 - (B) procedimento de gestão não articulado à singularidade do cuidado
 - (C) diferentes procedimentos de especialistas articulados às redes intersetoriais
 - (D) 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:
- (A) do engajamento biopsicossocial, do processo de desmedicalização e da responsabilização do paciente pelo seu tratamento
 - (B) do recurso psicopedagógico, do processo terapêutico e da responsabilização do especialista de nível superior
 - (C) do gerenciamento do cuidado pela família, da implicação e do vínculo das instâncias jurídicas e médicas
 - (D) 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:
- (A) responsabilização do paciente e de sua família
 - (B) responsabilização de atores e instâncias sociais
 - (C) responsabilização médica e de instâncias administrativas
 - (D) 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:
- (A) diminuir as possibilidades de contenção durante a internação, ao mesmo tempo em que procura avaliar os processos de adoecimento da família
 - (B) aumentar as possibilidades de existência do louco no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico
 - (C) diminuir a circulação do louco no território para prevenção do estigma, ao mesmo tempo em que procura a cura da doença mental
 - (D) 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:
- (A) um profundo e intenso diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas e conhecimentos que nos falam do humano
 - (B) a necessidade de integrar práticas e saberes médicos e psicológicos para o cuidado da vida humana
 - (C) a estabilização da dicotomia sujeito/objeto quando se fala do humano
 - (D) 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:
- (A) estratégia em diálogo permanente
 - (B) estratégia uniprofissional
 - (C) estratégia terapêutica
 - (D) 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:
- (A) integralidade do SUS, o cuidado em liberdade e articulado em rede
 - (B) igualdade do SUS, a atenção compartilhada e definida por níveis de complexidade
 - (C) acessibilidade do SUS, o tratamento com dignidade e organizado pela oferta dos serviços
 - (D) 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 resolutiva 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

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

ENFERMAGEM

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 intersetoriais 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

ENFERMAGEM

41. De acordo com Souza, Amarante e Abrahão, em *Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território*, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (AB) à saúde consiste em um direcionamento da política pública que, além de se constituir numa estratégia para provocar rupturas no modelo tradicional de assistência e avanços no campo da saúde mental, almeja:
- (A) a inclusão da caderneta de vacinação para os usuários da saúde mental
 - (B) a possibilidade de uma vigilância mais intensa sobre o usuário
 - (C) a ampliação das linhas de cuidados na atenção básica
 - (D) a ampliação da clínica da atenção psicossocial
42. Segundo o mesmo texto, a expansão dos serviços comunitários em saúde mental tem sido objeto de constante debate entre gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas da área, e é importante considerar que os serviços precisam refletir:
- (A) as prioridades dos usuários, serviços móveis próximos das casas das pessoas, e o tratamento baseado em projetos terapêuticos singulares
 - (B) as prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS)
 - (C) o resultado do planejamento organizado pelos gestores para cada ano, com o objetivo de garantir a meta programada para cada indicador
 - (D) as metas planejadas; serem próximo das casas das pessoas; e garantia de um cuidado coletivo

43. Para Souza, Amarante e Abrahão, integralidade do cuidado materializa-se à medida que o acolhimento, o vínculo e a responsabilização permitem uma aproximação entre os atores envolvidos, e esses:
- (A) dialoguem e possibilitem que os gestores possam compreender o melhor caminho para o usuário
 - (B) revejam suas formas de pensar e possam garantir o protocolo definido para cada situação
 - (C) dialoguem e produzam novas possibilidades de vida, caminhos, capacidades e habilidades
 - (D) possam seguir os protocolos estabelecidos, como condutas a serem tomadas
44. De acordo com o texto *Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território*, de Souza, Amarante e Abrahão, a loucura traz consigo um histórico de estigma que faz com que os considerados loucos sejam tratados de forma que a equidade:
- (A) encontra facilidade para se materializar
 - (B) encontra dificuldade para se materializar
 - (C) é presente no cotidiano da atenção básica
 - (D) é uma busca impossível nos cotidianos de trabalho
45. Ainda segundo Souza, Amarante e Abrahão, um dos desafios, hoje colocado para a implementação do atendimento integral em saúde mental na experiência estudada, está diretamente relacionado:
- (A) à acessibilidade ao CAPS
 - (B) à compreensão dos gestores
 - (C) à questão da acessibilidade do cuidado territorial
 - (D) à distância entre a Unidade Básica de Saúde e o CAPS
46. Considerando o texto de Silva et al, na *Revista Cubana de Enfermería* (2015), de todos os males vividos pelo homem, a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico e emocional parecem atingir indistintamente pessoas de qualquer nacionalidade, raça, classe social e religião. Contudo, sabe-se que:
- (A) a classe média é a que mais padece pela falta de atenção e cuidado
 - (B) os mais pobres são os que mais padecem pela falta de atenção e cuidado
 - (C) precisamos de que o Sistema Único de Saúde possa cuidar de todos da mesma forma
 - (D) independentemente da classe social, todos sofrem igualmente na busca por atenção a saúde
47. De acordo com o texto de Silva et al, na *Revista Cubana de Enfermería* (2015), o estudo da saúde mental envolve o homem de forma global, ou seja:
- (A) é preciso incluir os acontecimentos esporádicos
 - (B) o fator genético é fundamental para para esse estudo
 - (C) abarca aspectos biológicos, sociais, psíquicos e espirituais
 - (D) contempla o manejo protocolar de conduta do ser humano

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

ENFERMAGEM

48. Como afirma o texto de Silva et al, ao redefinir e reorganizar o modelo de assistência, abriu-se para a enfermagem um campo mais abrangente e com um raio de ação mais ampliado. Se antes estava limitada aos cuidados dos doentes hospitalizados, a enfermagem passa, agora, a ocupar-se também dos:
- (A) usuários abusivos de substâncias, como álcool e outras drogas
 - (B) bens e pertences que os usuários levam para o período de internação
 - (C) conflitos familiares para interferir e aconselhar sobre o melhor caminho
 - (D) conflitos e das inaptações, ou seja, a incorporar a atenção aos saudáveis
49. Para Silva et al, o papel do enfermeiro na APS é o de agente de atendimento primário em saúde mental. Desse modo, os profissionais necessitam aprimorar a prática de trabalhar em equipe e com a família, estimulando as reais necessidades da comunidade através da sua participação no planejamento das ações, realizando atendimento integral à família e ao paciente, o que poderá ocorrer à medida que:
- (A) sejam reformulados as práticas e o ensino
 - (B) aumente o número de enfermeiros formados
 - (C) coloquem em prática todo o conhecimento estudado
 - (D) seja aprimorado o dimensionamento dos profissionais enfermeiros nos CAPSs
50. Considerando Almeida Filho, Moraes e Peres, a assistência de enfermagem ao cliente com transtorno mental, no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender às propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo:
- (A) trabalho coletivo e integrado à necessidade do usuário
 - (B) trabalho com grupos de pares, familiares e comunitários
 - (C) isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química
 - (D) isolamento, pela construção do projeto terapêutico singular e inclusão da família no processo
51. Para Almeida Filho, Moraes e Peres, é necessário fecundar a ideia de que as teorias são importantes e devem dialogar entre si, sem perder de vista que, em saúde mental, a questão mais importante é sobre a:
- (A) pessoa exposta aos riscos da violência urbana
 - (B) vontade que cada pessoa deve ter em busca da cura
 - (C) pessoa que sofre, inserida em sua complexidade comunitária
 - (D) maneira como cada um compreende o seu compromisso social
52. De acordo com Almeida Filho, Moraes e Peres, o ser humano não vive sozinho, mas em um contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima. Por isso, para cuidá-lo, não se pode deixar de vê-lo como um:
- (A) todo integrante desse contexto
 - (B) membro adoecido e problemático da família
 - (C) membro fundamental e o mais importante dessa rede
 - (D) ser passivo, que precisa totalmente da sua rede de apoio
53. Considerando o texto de Almeida Filho, Moraes e Peres, as responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental aumentam, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta, que envolve:
- (A) maior distanciamento do usuário
 - (B) convivência afetiva com o usuário
 - (C) compromisso com uma prática técnica/mecânica
 - (D) criatividade para construir planos de cuidados semelhantes a todos
54. De acordo com a publicação *A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios* (2013), percebe-se que no processo histórico da evolução de enfermagem, no campo da psiquiatria, o papel da enfermagem era manter a ordem asilar através da:
- (A) desordem disciplinar
 - (B) assistência de qualidade
 - (C) liberdade de expressão
 - (D) vigilância constante
55. No campo da saúde, as transformações a partir da Reforma Psiquiátrica e a lógica da desinstitucionalização norteiam a Política Nacional de Saúde Mental. Essa política reverteu o modelo manicomial para o de atenção psicossocial, onde o acesso, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento das pessoas em situações-limite têm se dado por:
- (A) serviços manicomiais
 - (B) serviços hospitalares
 - (C) serviços centralizados
 - (D) serviços territorializados
56. Em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental é instituída, tendo como uma das diretrizes a desinstitucionalização, com:
- (A) a retirada das ações de saúde mental na atenção básica
 - (B) a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos
 - (C) a diminuição e consolidação da rede de atenção especializada
 - (D) a internação compulsória de usuário de crack e de outras drogas
57. Na prática da Enfermagem Psiquiátrica, destaca-se como ação exclusiva do enfermeiro:
- (A) a escuta qualificada
 - (B) a consulta de enfermagem
 - (C) a assistência centrada na pessoa
 - (D) a supervisão de equipe multiprofissional

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

ENFERMAGEM

58. De acordo com Silva *et al* (2017), a admissão do enfermeiro para trabalhar na psiquiatria seria, até a década de 1980, associada a castigo, um lugar para onde poucos profissionais iriam de livre escolha e para onde o funcionário-problema era transferido. Entretanto, também:
- (A) representava o declínio profissional
 - (B) era vista com olhares menos preconceituosos
 - (C) representava uma alternativa de profissionalização
 - (D) o enfermeiro ficava encarregado cada vez menos de atribuições administrativas
59. Com a luta da Reforma Psiquiátrica, o processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos exigiu que todos os profissionais revissem o conceito da forma de lidar com o paciente em sofrimento mental, aderindo a novos hábitos e novas atitudes dentro do contexto do cuidar. Nesse movimento, surgiu a idealização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que possibilitam à enfermagem:
- (A) recuperar a saúde biológica do indivíduo
 - (B) participar de espaços de oficinas, individualmente
 - (C) diversas atividades dentro e fora do serviço
 - (D) visita domiciliar apenas acompanhado de outro profissional
60. Segundo Silva *et al* (2017), foi anunciada, em 2001, a Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo era:
- (A) instituir o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos
 - (B) o redirecionamento da assistência à saúde mental
 - (C) o oferecimento de tratamento em serviços hospitalares
 - (D) a despriorização dos atendimentos nos CAPSs e na rede