

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

**SERVIÇO SOCIAL**

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
Serviço Social	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:
- 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
  - 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
  - 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
  - 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:
- teleconsulta
  - telemedicina
  - telessaúde
  - 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:
- atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; internação na área de saúde mental; e vigilância sanitária
  - atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde
  - atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada; e vigilância em saúde
  - 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:
- a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no âmbito da União, é vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
  - a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito do Estado, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
  - 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.
  - 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.
- somente as assertivas I, II e III estão corretas
  - somente as assertivas I, III e IV estão corretas
  - somente as assertivas II, III e IV estão corretas
  - 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 antiditoriais 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

18. O Movimento da Luta Antimanicomial é reconhecido como 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

## Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

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

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

## SERVIÇO SOCIAL

Responda as questões de 41 a 46 a partir do texto "Racismo e Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul

41. "Duzu lambeu os dedos gordurosos de comida, aproveitando os últimos bagos de arroz que tinham ficado presos debaixo de suas unhas sujas. Um homem passou e olhou para a mendiga, com uma expressão de asco. Ela lhe devolveu um olhar de zombaria. O homem apressou o passo, temendo que ela se levantasse e viesse lhe atrapalhar o caminho.

Duzu olhou no fundo da lata, encontrando apenas o espaço vazio. Insistiu ainda. Diversas vezes levou a mão lá dentro e retornou com um imaginário alimento que jogava prazerosamente à boca. Quando se fartou deste sonho, arrotou satisfeita, abandonando a lata na escadaria da igreja e caminhou até mais adiante, se afastando dos outros mendigos." (Trecho do conto "Duzu-Querença", de Conceição Evaristo no livro Olhos D'água, p.31)

Considerando a população de rua como parte dos usuários atendidos na Rede de Atenção Psicossocial, o trecho destacado e a bibliografia supracitada, podemos afirmar que a:

- (A) formação social e histórica brasileira foi construída por meio da exploração e desumanização de africanos e indígenas após a invasão dos portugueses com objetivos de colonização. Dessa forma, o racismo e a desigualdade social sustentaram a formação do país, tornando-se parte da estrutura do Brasil, sendo ele estruturante e estrutural na sociedade brasileira
- (B) população em situação de rua faz parte do exército industrial de reserva, sendo funcional ao capitalismo e importante para manutenção desse sistema sociopolítico e econômico
- (C) formação social e histórica brasileira foi construída por meio da exploração e desumanização de africanos e indígenas após a invasão dos portugueses com objetivos de colonização. Porém, o racismo foi superado com a abolição da escravidão e apesar da existência da desigualdade social, aqueles que se esforçam conseguem superá-la e viver em melhores condições de vida ou mesmo atingir diferentes graus de mobilidade social
- (D) existência de pessoas que vivem em situação de rua não tem relação com questões de saúde mental ou fatores ligados a raça ou etnia ou classe, eles estão lá porque querem

42. A partir do entendimento dos autores e do trecho abaixo que, descreve as particularidades da sociedade brasileira, é importante destacar que o período pós abolição da escravidão caracterizou-se para a população negra e indígena no Brasil por um:

“O Brasil é o país com maior número de afrodescendentes fora do continente africano, o que mais recebeu escravizados durante o sistema escravocrata e o último país das Américas a decretar a falsa abolição da escravidão – essa, feita de maneira tão irresponsável que, nas palavras de Abdias Nascimento (2016, p. 79) “não passou de assassinato em massa.””(SILVA; PEREIRA,2020, p. 22)

- (A) período de reparação histórica e criação de políticas sociais públicas de apoio à população africana e indígena livre para educação, emprego, saúde e habitação, principalmente
- (B) processo de abandono do poder público aos africanos e indígenas livres, recebendo apoio privado a partir de suas contratações em empresas que possuíam Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e algumas iniciativas preliminares de assistência social ligadas à Igreja
- (C) processo de continuidade da escravidão, considerando que a maioria dos africanos e indígenas livres não possuíam condições de abandonarem seus postos de trabalho escravo
- (D) processo de verdadeiro genocídio das mais variadas formas, desde a política de embranquecimento com incentivo à imigração europeia, o mito da democracia racial até a perseguição aos africanos e indígenas livres instituídas pelas criações do Código Penal, da lei da vadiagem, asilos, manicômios e prisões

43. Silva e Pereira (2020) demonstram que o racismo está diretamente ligado às expressões da Questão Social no contexto da formação histórica da sociedade brasileira e suas consequências para saúde física e mental da população negra e indígena, sendo essa a usuária majoritária do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o racismo estrutural para os autores é caracterizado por:

- (A) conjunto de variações que englobam o institucional, o individual, linguístico e ambiental
- (B) conjunto de variações que englobam o racismo institucional, o recreativo, individual, científico, linguístico e ambiental
- (C) aquele que reflete a estrutura do preconceito baseado em características étnicas, físicas e culturais
- (D) conjunto de ideias, pensamentos e ações que parte do pressuposto da existência de raças superiores e inferiores. Consiste em uma atitude depreciativa e discriminatória em relação a um grupo social ou étnico

44. O texto demonstra a influência do racismo científico na formação dos saberes médicos ocidentais. Em sua análise, dialoga com outros autores para destacar que a psiquiatria utilizou por muito tempo do poder colonial para exercício do controle e da desumanização, sendo os alvos dos hospitais psiquiátricos aqueles considerados não só doentes, mas indesejáveis, ou seja, em uma sociedade racista, os indesejáveis serão sempre os não brancos. Assim, com base no texto, podemos afirmar que:

O modelo psiquiátrico \_\_\_\_\_ apoiou e ainda apoia leituras científicas nesse sentido, se fundamenta na ideia biologizante de que a loucura é uma doença causada por determinantes orgânicos, em que o tratamento deve ser protagonizado pela categoria médica a partir da hospitalização e medicalização, consequentemente causando a objetificação do usuário e contribuindo para perpetuação da estrutura colonial e racista no imaginário social que fundamenta alguns dos estigmas associados a loucura e a população não branca, como por exemplo, o louco perigoso que deve ficar internado para o resto da vida em hospícios ou prisões, geralmente homem e negro. Já o processo de \_\_\_\_\_ propôs um modelo capaz de compreender os fatores políticos, culturais e biopsicossociais como determinantes no sofrimento psíquico, buscando a ruptura com o modelo de controle dos corpos, configurando-se como importante marco para a (re)construção da cidadania de pessoas com transtornos mentais, priorizando a desinstitucionalização e o protagonismo dos usuários em seu processo de cuidado.

- (A) manicomial e Reforma Psiquiátrica
- (B) de Reforma Psiquiátrica e manicomial
- (C) neoliberal manicomial e Contrarreforma
- (D) da Contrarreforma Psiquiátrica e neoliberal

45. Baseado nas seguintes afirmações do texto: a) “a prisão e o manicômio se configuram como dois braços do mesmo corpo, que tem o objetivo de exterminar a população negra” e b) “os hospitais psiquiátricos aproximam-se estreitamente dos navios negreiros”. Aponte a alternativa que represente, de acordo com os autores, práticas de saúde mental compromissadas com o modelo de atenção psicossocial balizado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e em consonância com o Projeto Ético-político do Serviço Social:

- (A) atuação comprometida com a luta manicomial, necessariamente interligada de maneira indissociável à luta racista para possibilitar uma verdadeira ruptura com o modelo antimanicomial
- (B) atuação comprometida com a luta antimanicomial, necessariamente interligada de maneira indissociável à luta antirracista para possibilitar uma verdadeira ruptura com o modelo antimanicomial
- (C) atuação comprometida com a luta antimanicomial, não necessariamente interligada de maneira indissociável à luta antirracista para possibilitar uma verdadeira ruptura com o modelo antimanicomial
- (D) atuação comprometida com a luta antimanicomial, necessariamente interligada de maneira indissociável à luta antirracista para possibilitar uma verdadeira ruptura com o modelo manicomial

46. Os autores em sua exposição textual explicitam a invisibilidade da questão étnico racial nas discussões cotidianas relacionadas às práticas de saúde, a partir do processo pedagógico de estágio supervisionado em um CAPS em Teresina. Demonstram que mesmo após a implementação da Reforma Psiquiátrica, é possível a perpetuação do manicômio, para além do abandono de suas estruturas físicas, e do racismo estrutural. Exemplificam isso a partir da pouca efetividade de legislações e políticas voltadas a população negra. A instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009 e de outras legislações estaduais que fomentam a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos formulários institucionais para ampliação de políticas públicas direcionadas ao público majoritário atendido por esses serviços, ambas ainda pouco utilizadas ou consideradas no cotidiano do SUS, demonstram a prevalência do racismo institucional apesar da mudança legal que orienta tais práticas no âmbito da atenção psicossocial. Ponderando sobre o trabalho do assistente social na saúde mental para combater a invisibilização da Questão Étnico-Racial, é **IMPRESINDÍVEL**:

- (A) considerar as determinações históricas e a realidade macrossocial para compreender as relações institucionais no cotidiano profissional e possibilitar a caracterização, descrição e análise do serviço, assim como, compreender as configurações do racismo e intervir para seu enfrentamento, são fundamentais para materializar o projeto profissional
- (B) considerar as determinações sociais e a realidade microssocial para compreender as relações institucionais no cotidiano profissional e possibilitar a caracterização, descrição e análise do serviço, assim como, compreender as configurações do racismo e intervir para seu enfrentamento, são fundamentais para materializar o projeto profissional
- (C) considerar as determinações empíricas e a realidade macrossocial para compreender as relações institucionais no cotidiano profissional e possibilitar a caracterização, descrição e análise do serviço, assim como, compreender as configurações do racismo e intervir para seu enfrentamento, são fundamentais para materializar o projeto profissional
- (D) considerar as determinações macrossocial para compreender as relações sociais no cotidiano profissional e possibilitar a descrição e análise do serviço, assim como, compreender as configurações do racismo sem intervir para seu enfrentamento, são fundamentais para materializar o projeto profissional

Responda as questões de 47 a 53 a partir do texto "Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – Um Debate Necessário"

47. De acordo com a autora, a temática dos determinantes sociais de saúde ganhou ênfase no debate internacional novamente devido ao agravamento da situação de saúde em nível mundial, conforme publicação da CDSS de 2008. \_\_\_\_\_ foi responsável pelo retorno desse tema na agenda da saúde, a partir da reconquista de seu papel estratégico na orientação do setor, substituindo \_\_\_\_\_, dominante no cenário internacional na década de 1990.
- (A) a Comissão dos Determinantes de Saúde (CDSS) / a Organização Mundial de Saúde (OMS)
  - (B) a Organização Mundial de Saúde (OMS) / a Comissão dos Determinantes de Saúde (CDSS)
  - (C) a Organização Mundial de Saúde (OMS) / o Banco Mundial (BM)
  - (D) o Banco Mundial (BM) / a Organização Mundial de Saúde (OMS)
48. Nogueira (2011) trata a determinação social do processo saúde e doença na produção acadêmica e política sobre o tema a partir da contraposição de dois modelos de atenção sedimentados em concepções determinadas de saúde para definição de políticas, práticas interventivas, formas de financiamento e de gestão. Tais modelos estão balizados nas tradições:
- (A) universalista, pautada na garantia integral do direito à saúde como um direito humano, ou Reforma Sanitária Flexibilizada, possibilitou a convivência do universalista com a mercantilização da saúde, que focalizou suas ações à população mais empobrecida, permitindo sua coexistência com o modelo privatista
  - (B) mercantilizada, pautada na garantia integral do direito à saúde como um direito humano, ou Reforma Sanitária Flexibilizada, possibilitou a convivência do modelo da mercantilização da saúde, que focalizou suas ações à população mais empobrecida, permitindo sua coexistência com o modelo universalista
  - (C) universalista, pautada na garantia integral do direito à saúde como um direito humano, ou na mercantilizada, busca consolidar a saúde como um bem mercantilizado sujeito às leis do mercado
  - (D) universalista, busca consolidar a saúde como um bem mercantilizado sujeito às leis do mercado, ou na mercantilizada, pautada na garantia integral do direito à saúde como um direito humano

49. Desde o surgimento do Serviço Social no Brasil, o Estado representa seu maior empregador a partir do surgimento e implementação de políticas sociais públicas, sendo a saúde historicamente uma das áreas de maior concentração da atuação desses profissionais até os dias atuais e também de produções acadêmicas relacionadas a esse campo. A autora salienta que mesmo assim ainda é tímida a produção acadêmica e com objetivo de qualificação de assistentes sociais sobre a temática dos determinantes sociais de saúde, pois para isso é necessário a articulação:
- entre perspectivas críticas dos traços epidemiológicos e determinantes, conformando uma totalidade explicativa mais ampla, o que viabilizaria – se tratada de modo rigoroso e crítico – estabelecer nexos e mediações entre os objetivos profissionais no campo sanitário e os pilares das ações profissionais – direito à saúde, necessidades sociais em saúde e recuperação da saúde
  - crítica e mediação com o traço epidemiológico contido nas abordagens teóricas veiculadas sobre os determinantes sociais da saúde para compreensão ampla sobre o contexto macrossocial que envolve a realidade dos usuários da saúde
  - entre perspectivas críticas dos determinantes e ação profissional, conformando uma totalidade explicativa mais ampla, o que viabilizaria – se tratada de modo rigoroso e crítico – estabelecer nexos e mediações entre os objetivos profissionais no campo sanitário e os pilares das ações profissionais – direito à saúde, necessidades sociais em saúde e produção da saúde
  - entre perspectivas críticas dos determinantes e ação profissional, conformando um retrato focalizado da realidade momentânea mais ampla, o que viabilizaria – se tratada de modo rigoroso e crítico – estabelecer nexos e mediações entre os objetivos profissionais no campo sanitário e os pilares das ações profissionais – prevenção, promoção e recuperação da saúde
50. A partir do entendimento de Nogueira (2011), três pilares possibilitam o trânsito dos teórico-metodológicos e dos princípios ético-políticos à concretude da intervenção prática do assistente social, são eles: o direito à saúde; as necessidades sociais em saúde; e a produção da saúde. Sobre as necessidades sociais em saúde, afirma que:
- subsidiem programas verticais, descontextualizados e definidos a partir das demandas dos gestores
  - são relevantes porque apontam as pistas para o reconhecimento das reais demandas dos usuários
  - são irrelevantes porque apontam as pistas para as reais demandas dos usuários, tendo como critérios necessidades outras que não as de saúde
  - subsidiem programas horizontais, contextualizados e definidos a partir das demandas dos gestores e suas fontes de financiamento
51. O texto discute sobre a escassa abordagem quanto aos determinantes sociais de saúde no âmbito do Serviço Social e a persistente e correta recusa em utilizar referenciais conservadores para analisá-los. Sobre isso, Nogueira (2011) salienta que existem possibilidades de superar o movimento de recusa:
- incorporando sobre o mesmo tema referenciais teóricos advindos da epidemiologia social norte americana e da saúde coletiva, o que poderá instaurar um debate entre esses, com vistas a adensar os parâmetros para atuação profissional em saúde proposto pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010
  - incorporando sobre o mesmo tema referenciais teóricos advindos da medicina social e da saúde coletiva, o que poderá instaurar um debate entre esses, com vistas a conservar as atuais condições em que estão dispostos os parâmetros para atuação profissional em saúde proposto pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010, em consonância com o movimento de reconceituação da profissão
  - incorporando sobre o mesmo tema, outro referencial teórico, o que poderá instaurar um debate entre a categoria profissional com vistas a adensar os parâmetros para atuação profissional em saúde proposto pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010
  - rechaçando sobre o mesmo tema, outro referencial teórico, o que poderá manter o debate existente entre a categoria profissional com vistas a preservar os parâmetros para atuação profissional em saúde proposto pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010
52. A autora explica que a matriz herdeira da epidemiologia social norte-americana baliza os estudos dos determinantes sociais de saúde articulando sua base analítica aos fatores sociais que evidenciam sua funcionalidade em relação à produção de doença. Sendo desses, Dahlgren e Whitehead, os autores mais disseminados no Brasil, que:
- apresentam um quadro extremamente representativo dos contextos sociais diversos, supostamente formados por coletivos que compartilham ou não formas culturais e objetivos sociais harmônicos, comuns e incomuns
  - articulando aspectos éticos e sociais com a centralidade no indivíduo, estabelecem níveis de influência entre os fatores que determinam as desigualdades, incluindo fatores comportamentais, sociais e institucionais
  - analisam a contenção de uma dimensão objetiva – vinculada às condições materiais necessárias à vida e de uma dimensão subjetiva – referida à interpretação e à forma como as pessoas vivem e significam estes processos
  - protagonizam a conceituação acadêmica dos determinantes sociais de saúde como as condições nas quais as pessoas completam o seu ciclo vital, incluindo aqui o sistema de saúde, além de fatores econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam situações de morbidade e fatores de risco para a população

53. A determinação social do processo saúde e doença referenciada a partir dos fundamentos teóricos e políticos que dão origem ao pensamento da Saúde Coletiva no Brasil, de acordo com Nogueira (2011) sustenta-se nas:
- (A) condições naturais, ambientais e biológicas, que fundam e estruturam as necessidades em saúde
  - (B) categorias trabalho e reprodução social da vida
  - (C) dimensões biológicas e ambientais da vida humana que estão acima das características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico
  - (D) multiplicidade de indeterminações, ou seja, de atribuições conceituais indeterminadas que, combinadas adequadamente, permitem transformar a ideia abstrata da saúde em algo que expressa, antes de tudo, as condições concretas da realidade social complexa, diversa e plural
54. A história da política de saúde mental no Brasil, apesar de não linear, se entrelaça com o avanço no modelo de cuidado pautado no movimento da luta antimanicomial, na busca por direitos sociopolíticos e controle social. Sobre este movimento social, destacam-se como protagonistas:
- (A) classes políticas e familiares
  - (B) usuários, trabalhadores de saúde mental
  - (C) trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares
  - (D) classes políticas, usuários e trabalhadores de saúde mental
55. Historicamente, para a consolidação do capitalismo, era necessário realizar o disciplinamento das massas e a qualificação da mão de obra. As pessoas improdutivas para o trabalho eram direcionadas ao cuidado asilar e hospitalocêntrico, de modo que a capacidade de produzir tornou-se a régua para situar o indivíduo na sociedade. Sobre isto, segundo os autores, é possível dizer que:
- (A) a loucura não é um processo natural e sim uma construção social de como a sociedade experimenta e vivência a relação com o que é considerado normal ou não
  - (B) os manicômios eram hospitais que se destinavam às pessoas indesejadas socialmente sem que houvesse violações dos direitos humanos
  - (C) a loucura é um processo patológico e a exclusão asilar contribui para a qualificação e capacitação ao trabalho
  - (D) o lugar social da loucura foi construído historicamente em torno do isolamento e não saber psiquiátrico
56. A história dos manicômios no Brasil foi descrita por Arbex (2013) como "Holocausto Brasileiro" devido a uma série de violações graves de direitos humanos e violências institucionais. Foi a partir da reforma psiquiátrica, no final da década de 1970, que foi possível construir mudanças significativas no cuidado em saúde mental, tal como:
- (A) inserção da rede comunitária e familiar
  - (B) atendimento humanizado e uniprofissional e inserção da rede familiar
  - (C) construção de vínculo com o território e com a família e atendimento biomédico
  - (D) atendimento qualificado e multiprofissional, inserção da rede comunitária e familiar
57. A contrarreforma psiquiátrica consiste em medidas que objetivam a diminuição dos gastos em políticas sociais, podendo ocorrer de maneira sutil, através de mudanças de legislação ou de maneira explícita como congelamento de investimento em seguridade social. Sobre o papel das famílias no cuidado em saúde mental e a contrarreforma psiquiátrica, observa-se:
- (A) a estruturação das políticas de proteção social que transferem a responsabilidade da provisão do bem-estar social ao Estado e retira a participação da família
  - (B) o avanço das políticas neoliberais acarretando a intensificação das desigualdades sociais e a precarização do papel das famílias junto ao cuidado de usuários em sofrimento psíquico
  - (C) a desresponsabilização dos familiares junto ao cuidado de usuários em sofrimento psíquico e a provisão do bem-estar social ao Estado
  - (D) a sobrecarga dos familiares por demandas que deveriam ser respondidas pela RAPS e a recessão das políticas neoliberais
58. O consumo de drogas apesar de ser um fenômeno presente em toda a história da humanidade só passou a ser compreendido como uma problemática social a partir do avanço do capitalismo em sua fase:
- (A) monopolista, mobilizando aparatos repressivos
  - (B) concorrencial, mobilizando aparatos proibicionistas
  - (C) comercial, fortalecendo o ordenamento social
  - (D) informacional, fortalecendo os aparatos de cuidado em saúde pública

**Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde**

59. Os movimentos de contrarreforma atingem a implementação do conjunto de políticas sociais de caráter universalistas, implicando tendências de abertura à iniciativa privada e às instituições filantrópicas no campo da saúde. Por consequência, avançaram no campo da assistência aos usuários de substâncias psicoativas, instituições privadas, em sua maioria de cunho religioso como as comunidades terapêuticas. Pode-se dizer que:
- (A) as comunidades terapêuticas são em geral subsidiadas pelo tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, tendo como base metodológica o isolamento e a redução de danos
  - (B) a laborterapia, a penitência, violação da orientação sexual e vinculação com a rede territorial são práticas estabelecidas pelas comunidades terapêuticas
  - (C) as comunidades terapêuticas tendem a reafirmar o modelo de internação marcado por práticas disciplinadoras e religiosas, geralmente neopentecostais, pouco mobilizadas pelo campo da saúde
  - (D) as comunidades terapêuticas promovem a "recuperação" das pessoas através da utilização terapêutica de convívio social, utilizando território enquanto recurso terapêutico
60. Ao percorrer os acontecimentos da política de saúde mental no Brasil nos últimos anos, evidencia-se, através do avanço neoliberal, um desmonte do que foi conquistado nos 30 anos de disputa e ativismo da luta antimanicomial. Sendo assim, se faz necessário que os movimentos sociais e espaços de controle social movimentem-se contra o desmonte do SUS e da reforma psiquiátrica, sendo necessário:
- (A) reafirmar o cuidado em liberdade e a potência do território, da multiprofissionalidade e de um usuário concebido em sua complexidade e integralidade
  - (B) garantir acesso às políticas públicas, a participação social e comunitária e ao saber biomédico, da vinculação territorial e comunitária
  - (C) resgatar o protagonismo dos usuários e familiares enquanto agente de transformação em espaços individuais
  - (D) realocar os usuários e seus familiares como atores centrais do seu próprio cuidado e excluir o suporte do Estado