

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. A prova terá duração de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, a 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.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D) e 02 (duas) questões discursivas, distribuídas da seguinte forma:

PROVA	QUESTÕES	
Objetiva	Conhecimentos Gerais sobre o Campo da Saúde Pública e da Saúde Mental	de 01 a 35
	Específico da Categoria Profissional	de 36 a 50
Discursiva	Conhecimentos Gerais sobre o Campo da Saúde Pública e da Saúde Mental	01
	Específico da Categoria Profissional	01

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico. O descumprimento dessa instrução implicará a anulação da prova e a eliminação do certame.

*“A liberdade é o espaço que a felicidade precisa”* – Fernando Sabino

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA e/ou do CADERNO DE RESPOSTA DEFINITIVO (total ou parcial) por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a retirada do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. 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 o caderno de resposta definitivo desidentificado e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
10. Caso o candidato opte por não responder à(s) questão(ões) discursiva(s), deverá declarar, no campo destinado à resposta definitiva, que entregou a questão em branco. Observe as demais recomendações contidas no CADERNO DE RESPOSTAS DEFINITIVO DA PROVA DISCURSIVA.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
12. 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.
13. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
14. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
15. 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://www.rio.rj.gov/web/portaldeconcursos>

## CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL

**Responda às questões de números 01 a 07, baseando-se no livro “Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas” (Raminger e Silva, 2014).**

01. A relação entre os obstáculos encontrados pela população na procura e obtenção de cuidados de saúde e sua capacidade para enfrentá-los diz respeito ao princípio organizacional de:
- (A) acessibilidade
  - (B) integralidade
  - (C) continuidade
  - (D) equidade
02. Segundo Raminger, a organização do trabalho no hospital psiquiátrico desde o seu início fundamenta-se :
- (A) nos saberes psicológicos e psiquiátricos e na integração das equipes técnicas
  - (B) no controle das mentes e na separação entre os administradores e os técnicos de referência
  - (C) na horizontalidade das reações da equipe técnica e na integração entre pacientes e profissionais de saúde mental
  - (D) na vigilância e na separação entre os que pensam e os que executam, produzindo relações de poder assimétricas e verticalizadas
03. Sabe-se que o cuidado em saúde mental não pode ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas baseadas em um conhecimento técnico-científico. Para Raminger, o cuidado em saúde mental exige:
- (A) um profissional que trabalhe de forma multidisciplinar mas que fique atento às normas profissionais ditadas pela Organização Mundial de Saúde
  - (B) um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e se relacionar com a loucura
  - (C) uma atitude ética que assegure o controle dos comportamentos dos usuários
  - (D) uma conduta técnica pautada no saber psiquiátrico e na ética profissional
04. No artigo “Afirmar a clínica das pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência” afirma-se que, em certas literaturas sobre o tema das drogas e no discurso de diversos grupos de ajuda mútua destinados a pessoas que fazem uso de drogas, há um enunciado que tem sido repetido “A dependência química é uma doença primária, crônica, progressiva e de determinação fatal”. Essa perspectiva **NÃO** considera:
- (A) a dependência química como doença nem a importância da participação da família no tratamento
  - (B) a abstinência como única possibilidade de tratamento realmente efetivo
  - (C) a importância de eventuais internações para garantir a interrupção do consumo
  - (D) o contexto, as comorbidades, as singularidades, nem a possibilidade eventual de remissão
05. Com relação à questão das drogas, fala-se de uma clínica para além da dimensão química, que olha para a história do sujeito e da sociedade e para a geografia afetiva dos usos. De acordo com Silva, essa clínica pode alargar as possibilidades de intervenções, aproximando-se da perspectiva da redução de danos no que ela tem de uma ética do cuidado. Sobre a ética do cuidado à luz da redução de danos, pode-se afirmar que:
- (A) é possível intervir junto ao usuário, ainda que este não deseje ou não consiga interromper o uso de drogas
  - (B) só é possível tratar a pessoa quando ela quer parar de usar drogas, desde que a família seja incluída no tratamento
  - (C) é possível tratar o usuário de drogas desde que ele aceite a internação como primeira alternativa de tratamento
  - (D) nenhuma escuta deve ser oferecida ao sujeito se o foco não for a questão das drogas; a escuta do inconsciente não deve ser privilegiada
06. Segundo Petuco, a clínica ampliada caracteriza-se pela:
- (A) fundamentação clínica à luz da psicanálise e da psiquiatria
  - (B) ampliação das questões trazidas pelos usuários para dimensões políticas e espirituais
  - (C) compreensão ampla dos processos de saúde-doença; partilha do cuidado; articulação intersetorial; ampliação do repertório clínico para além do modelo técnico-assistencial e compromisso ético
  - (D) compreensão de que a doença é fruto das questões sociais e políticas; modelo técnico-assistencial pautado na lógica da abstinência; compromisso ético com os familiares e com os gestores
07. Nas políticas públicas, sobre os usuários de drogas e sobre as populações em situação de rua recai a denominação de “populações vulneráveis”. Na maioria dos casos, pessoas que vivem nas ruas ou que estão abusando de drogas ilícitas estão sob condições que prejudicam muitas vezes gravemente sua saúde. Contudo, a vulnerabilidade das condições de saúde de pessoas inseridas em um grupo populacional que vive em seu domicílio e que não faz uso explícito de drogas ilícitas não se transforma em um estigma. O estigma, o estereótipo construído em torno de pessoas que vivem nas ruas e que fazem uso de drogas ilícitas é concomitante a uma espécie de:
- (A) julgamento moral sobre seus modos de viver
  - (B) pressuposto político que preconiza a igualdade de acesso
  - (C) necessidade moral de ajudar pessoas de classes menos favorecidas
  - (D) pressuposto histórico de que os pobres devem ter maior acesso às políticas públicas
08. Por política pública Machado, F.R.S et al. (2014) entendem:
- (A) um conjunto de práticas assistenciais
  - (B) os serviços prestados diretamente pelo Estado
  - (C) as respostas que o Estado apresenta às necessidades de sua população
  - (D) as diretrizes apresentadas à população quando do pleito eleitoral

09. A Conferência de Alma-Ata, em 1978, afirma a concepção de saúde como:
- (A) um paradigma pautado no modelo hospitalocêntrico
  - (B) estado completo de bem-estar físico, mental e social
  - (C) vinculada à mera ausência de doença e às ações definidas pela dimensão biológica
  - (D) dimensão microbiológica, tendo como eixo a intervenção direta sobre o corpo do cidadão

**Responda às questões de números 10 a 13, baseando-se no texto Lima, R.C. "Saúde Mental na Infância e Adolescência" IN: Jorge, M.A.S. et alii (org) Políticas e Cuidado em Saúde Mental, Fiocruz, 2014. Cap 10.**

10. Os aspectos negativos no panorama atual da psiquiatria infantil e juvenil apontados por Lima (IN: Jorge, 2014) são:
- (A) maior conhecimento sobre os quadros psicopatológicos e ampliação do acesso aos tratamentos
  - (B) banalização dos diagnósticos e ênfase excessiva nos psicofármacos como principal instrumento terapêutico
  - (C) crença de que uma criança não possa adoecer mentalmente pois possui faculdades mentais ainda imaturas
  - (D) defesa de que todos os trabalhadores podem e devem se engajar no cuidado de crianças e na visibilidade do problema
11. Os principais desafios a serem enfrentados nos próximos anos são a ampliação do número de CAPSi, a construção de rede pública ampliada de saúde mental infanto-juvenil e a:
- (A) efetiva articulação do Fórum de Saúde Mental infanto-juvenil
  - (B) suficiente oferta de atenção individual, grupal e oficinas
  - (C) real efetivação de seu mandato clínico
  - (D) adequada formação de quadros
12. A capacidade de enfrentar, de vencer situações adversas e ser fortalecido e transformado por essas experiências refere-se ao conceito de:
- (A) autonomia
  - (B) reabilitação
  - (C) desenvolvimento
  - (D) resiliência
13. As fronteiras entre normalidade e doença mental infanto-juvenil estão constantemente mudando principalmente devido a:
- (A) modificações na sociedade
  - (B) avanços do campo psiquiátrico
  - (C) prevalência de transtornos mentais
  - (D) compreensão da sexualidade infantil
14. A experiência que busca transformar as instituições desde seu interior questionando as relações de poder estabelecidas e discutindo o cotidiano institucional constitui a:
- (A) antipsiquiatria
  - (B) psiquiatria de setor
  - (C) psiquiatria democrática
  - (D) comunidade terapêutica

15. O higienismo preventivista na primeira década do século XX no Brasil baseava-se no conceito de:
- (A) terapia laboral
  - (B) vulnerabilidade
  - (C) degenerescência
  - (D) tratamento moral

**Responda às questões de números 16 a 18, baseando-se no texto "Estratégias de intervenção em Saúde Mental" (Leal e Muñoz, IN: Jorge, M.A.S. et al (org) Políticas e Cuidado em Saúde Mental, Fiocruz, RJ, 2014. Cap. 4).**

16. A assistência às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes vem sofrendo transformações nas últimas décadas e pode-se afirmar com as autoras que:
- (A) o tratamento oferecido pode restringir-se à hospitalização por períodos curtos
  - (B) as pessoas só podem viver fora dos serviços quando livres de qualquer sintoma de doença mental
  - (C) a tolerância com aquilo que as pessoas com doença mental vivenciam importa mais do que a forma como podem ser ajudadas a lidar com os sintomas
  - (D) o modo como a doença mental é tomada em um dado contexto social e cultural influencia a forma como se vivencia o próprio adoecimento
17. A construção de alternativas aos sujeitos com transtornos mentais graves, de se relacionar e estar na vida em sociedade, apenas se torna possível caso se constitua:
- (A) uma rede de escuta
  - (B) um espaço de identidade
  - (C) uma relação de confiança
  - (D) um serviço de referência
18. "Campos flexíveis que podem ser representados pelo conjunto de organizações públicas, da sociedade civil, de organizações não governamentais, associações de familiares e usuários". Trata-se do conceito de:
- (A) rede
  - (B) projeto
  - (C) sistema
  - (D) território
19. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a eficácia da abordagem comunitária envolve combinação de três ingredientes fundamentais, a saber:
- (A) farmacoterapia, psicoterapia e terapia ocupacional
  - (B) farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial
  - (C) reabilitação psicossocial, psicoterapia e abordagem familiar
  - (D) reabilitação psicossocial, farmacoterapia e rede de atenção
20. O processo que implica a melhoria da competência individual e a introdução de mudanças no entorno para se conseguir uma vida de melhor qualidade para pessoas com sofrimento psíquico é definido pela OMS como:
- (A) construção de rede
  - (B) abordagem terapêutica
  - (C) reabilitação psicossocial
  - (D) projeto terapêutico territorial

21. A ferramenta tecnológica caracterizada pela busca da compreensão do processo saúde/doença que reconhece os vários determinantes da apresentação clínica é:
- (A) o projeto terapêutico territorial
  - (B) a clínica da complexidade
  - (C) o apoio institucional
  - (D) a clínica ampliada
22. Segundo Groissman (2014), misturar o grupo de usuários de saúde mental e os idosos em serviços ou atividades, pode ser menos problemático caso exista mediação e um objetivo voltado para a socialização ou a valorização da:
- (A) capacidade funcional
  - (B) intergeracionalidade
  - (C) autonomia
  - (D) fragilidade
23. O trabalho integrado do NASF com a equipe de saúde da família se operacionaliza com as ferramentas tecnológicas de:
- (A) apoio matricial, apoio institucional, clínica compartilhada
  - (B) clínica ampliada, projeto terapêutico singular, atenção psiquiátrica
  - (C) apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território
  - (D) apoio institucional, apoio matricial, apoio intersetorial, apoio terapêutico de base comunitária
24. Em relação à organização de serviços e da rede de serviços, Leal e Muñoz (2014) consideram que:
- (A) o paciente deve ser cuidado por todos cotidianamente
  - (B) o serviço não deve se adequar às reorientações que cada situação produz
  - (C) a direção do tratamento não pode ser consolidada caso as orientações sejam permanentemente revistas
  - (D) a cada tempo da intervenção se defina o serviço e os atores que vão dar direção ao tratamento e promover articulação da rede
25. Reabilitação psicossocial implica:
- (A) alcançar um modo de autonomia que equipare os sujeitos ao restante da sociedade
  - (B) abrir espaços de interação entre pacientes, família, comunidade e serviços
  - (C) substituir eventuais incapacidades por novas habilidades
  - (D) utilizar técnicas específicas
26. O Ministério da Saúde identifica como possíveis causas para lentidão do processo de implantação dos serviços residenciais terapêuticos: a formatação do financiamento; a falta de integração com as políticas habitacionais no país; a complexidade do manejo técnico e a:
- (A) resistência dos próprios usuários em longa internação
  - (B) falta de clareza no traçado da política
  - (C) lacuna assistencial ainda dominante
  - (D) resistência das comunidades nos processos de desinstitucionalização
27. A demanda pela integração dos cuidados de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família tem se tornado cada vez mais evidente no Brasil e é alvo de políticas específicas, como a implantação dos:
- (A) Centros de Atenção Psicossocial
  - (B) Serviços Residenciais Terapêuticos
  - (C) Núcleos de Apoio à Saúde da Família
  - (D) Centros de Referência da Assistência Social
28. Na Lei nº 8080/90, saúde é definida como:
- (A) ausência de doença, devendo o cidadão cuidar para não adoecer evitando aumentar os custos públicos com a saúde individual
  - (B) um dever das empresas públicas e do setor privado
  - (C) uma mercadoria de responsabilidade do setor público
  - (D) um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício
29. Segundo a Lei nº 8080/90, a integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços:
- (A) de saúde, de saúde mental e de atenção primária
  - (B) secundários e terciários, individuais e comunitários
  - (C) preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema
  - (D) preventivos e curativos, limitados às possibilidades orçamentárias dos estados e municípios do Sistema Único Brasileiro
30. Dentre as diretrizes para o funcionamento da rede de atenção psicossocial, inclui-se:
- (A) o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas
  - (B) o respeito ao direito dos familiares, garantindo a integridade das equipes de saúde
  - (C) o desenvolvimento de ações que garantam a tutela dos usuários de saúde mental
  - (D) a atenção em saúde centrada nos saberes médico-científicos
31. Para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, são estratégicos os centros:
- (A) de atenção psicossocial
  - (B) de convivência
  - (C) comunitários
  - (D) assistenciais

32. A abstinência e a redução de danos são dois paradigmas contrastantes no campo das políticas de álcool e drogas. O paradigma da redução de danos considera a abstinência como:
- (A) uma alternativa fundamental para a construção do projeto terapêutico singular, no qual o sujeito em uso de drogas se compromete de forma efetiva com o plano de cuidados
  - (B) um caminho possível de ser trilhado a partir da singularidade de cada caso, não sendo essa a condição essencial para o tratamento, nem um objetivo em si mesmo
  - (C) a única possibilidade do usuário de drogas iniciar um tratamento exitoso, uma vez que só é possível efetividade no tratamento se o uso de drogas é interrompido
  - (D) uma hipótese a ser descartada na formulação do plano de cuidado dos usuários que fazem uso de drogas
33. Segundo Carvalho (2014), o sucesso de alcance de um sistema integrado de saúde apresenta relação direta com três aspectos, a saber:
- (A) efetividade das ações, equidade e respeito aos direitos humanos
  - (B) efetividade das ações, equidade e qualificação dos trabalhadores
  - (C) integração, acessibilidade e qualificação dos trabalhadores
  - (D) integração, existência de dispositivos e acessibilidade

**Responda às questões de números 34 e 35 baseando-se no texto “Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica” (Campos, 2014).**

34. Segundo Campos, trata-se de uma visão reducionista do conceito de urgência e emergência em saúde mental a seguinte afirmação:
- (A) a emergência psiquiátrica é um distúrbio agudo das funções psíquicas ou das relações sociais que requer intervenções clínicas imediatas
  - (B) a emergência de um componente negativo implica emergir sintomas, desorganização, sofrimento ou ruptura de modos de reprodução social
  - (C) o grau de urgência e a gravidade da crise têm como fatores mais importantes aspectos relativos à inserção do sujeito na sua rede social e o grau de conflito que ameaça a ruptura dessa rede, assim como a posição do sujeito diante da crise
  - (D) a urgência e a emergência são uma descompensação das funções psíquicas, as abordagens visam restaurar a homeostase e reduzir ou zerar os sintomas que impliquem risco iminente à vida, exigindo intervenções médicas rápidas

35. Diante do mandato de acolhimento à crise em saúde mental por parte dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, o autor fornece uma série de recomendações para o trabalho. A seguinte afirmação **NÃO** se alinha às diretrizes e princípios de uma rede de atenção à crise:
- (A) a rede de atenção integral às crises deve fornecer os cuidados 24 horas por dia e os leitos de retaguarda devem estar nos serviços territoriais, como o Caps III e os hospitais psiquiátricos
  - (B) a rede de saúde mental se compõe de uma diversidade articulada de serviços e estratégias oferecendo assistência, reabilitação e inserção social
  - (C) qualquer serviço da rede de saúde, como um todo, deve estar preparado para acolher as crises em saúde mental
  - (D) a política, o modelo assistencial e a clínica devem estar centrados nos usuários; o usuário é um sujeito político que intervém na formulação da política e no controle social dos serviços e projetos

#### ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

**Responda às questões de números 36 a 38, baseando-se no texto “A experiência do Projeto Quixote com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social” (Arrigone e Urbano, 2016).**

36. Os fatores de riscos que levam crianças e adolescentes a buscarem a rua como alternativa de vida são originados do contexto familiar, tais como:
- (A) pais duros na criação dos filhos; limites excessivos; maus tratos psicológicos; comunidade com rede intensa do tráfico
  - (B) família sem um líder; crianças e adolescentes sem limites; fácil acesso ao uso de substâncias psicoativas; situação de falta de alimentação
  - (C) situação de miséria absoluta; ambivalência familiar; roubo; falta de alimentação; muitos irmãos que também optam pela rua como local de moradia
  - (D) situação de pobreza; desemprego; famílias numerosas integrando o mesmo domicílio; violência; dependência química; morte de um familiar
37. O projeto Quixote apresenta diferentes programas e serviços de atendimento, a saber:
- (A) filantrópico; redução de danos; familiares; culturais e trabalho social
  - (B) pedagógico; clínico; de atenção à família e de educação para o trabalho
  - (C) assistência social; educacional; social e cooperativa de geração trabalho e renda
  - (D) educacional; diagnóstico terapêutico; reinserção social e de inclusão pelo trabalho

38. Conforme exposto no texto, crianças que perdem a confiança num lugar de cuidado e rompem os vínculos, tendem a repetir um comportamento de:
- (A) ruptura
  - (B) aliança
  - (C) introspecção
  - (D) agressividade

**Responda às questões de números 39 a 41, baseado-se no texto: “Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces” (Lancman, S. e Oliveira, 2011).**

39. A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, no ano de 2006, marcou definitivamente a Atenção Primária em Saúde como ponto de partida e porta de entrada preferencial para o:
- (A) SUS
  - (B) SUAS
  - (C) CAPS
  - (D) CECO
40. A Estratégia de Saúde da Família tem como base o trabalho em equipe composta por:
- (A) médico, psicólogo, farmacêutico e agente comunitário de saúde
  - (B) dentista, enfermeiro, auxiliar de farmácia e auxiliar de enfermagem
  - (C) dentista, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde
  - (D) médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde
41. Saúde da criança/adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares são áreas temáticas estratégicas para atuação no:
- (A) Centro de Atenção Psicossocial
  - (B) Núcleo de Atenção à Saúde da Família
  - (C) Fórum Estadual de Assistência a Saúde
  - (D) Centro de Reabilitação e Reintegração Social

**Responda às questões de números 42 a 44, baseado-se no texto: “A interação na construção do sujeito e da prática da terapia ocupacional” (Romano et al., 2014)**

42. Segundo os autores, é possível pensar na construção dos sujeitos sob três grandes dimensões que funcionam em conjunto, de forma interdependente com o meio, e criam dinâmicas singulares de sobrevivência. Essas dimensões são as seguintes:
- (A) teórico-prática, biopsicossocial e estrutural do sujeito
  - (B) dinâmica, interrelacional e psicossocial neuroafetiva
  - (C) fisiológica, fenômenos mentais conscientes e sociocultural
  - (D) assistencial-cultural, fenômenos psicopatológicos e neuropsicomotor

43. De acordo com a teoria da autopoiese, um organismo vivo só se mantém vivo se consegue sustentar sua organização pautada por transformações, desencadeadas pelas interações com seu contexto. Caso não ocorra essa interação entre a vida e seu contexto, a dinâmica autopoietica passa por um processo de interrupção levando:
- (A) a mudanças internas intensas, propiciando um ordenamento das ações e fazeres no cotidiano
  - (B) à perda da identidade, configurando a morte ou o surgimento de outra estrutura com nova identidade
  - (C) à aquisição de outra identidade, intensificando as diferenciações internas e possibilitando o engajamento
  - (D) à mudança radical das estruturas psíquicas, interferindo no modo de agir e levando a uma desorganização
44. O papel do terapeuta ocupacional, baseado nos preceitos teóricos expostos, é ser o mediador entre sujeito e meio (pessoas, objetos, situações), favorecendo coordenações de ações e emoções, acoplamentos estruturais consensuais e, dessa forma, propiciando:
- (A) transformações
  - (B) empoderamento
  - (C) socializações
  - (D) inter-relação

**Responda às questões de números 45 a 47, baseado-se no texto: “Caracterização de iniciativas de geração de trabalho e renda destinadas a usuários de serviços de saúde mental e aproximação com a economia solidária: a realidade do Estado de São Paulo.” (Morato e Lussi, 2015).**

45. Quanto à aproximação dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Economia Solidária, pode-se afirmar que ambos:
- (A) pautam-se pela ideia de uma sociedade solidária
  - (B) garantem o enquadramento das iniciativas no modelo capitalista
  - (C) inauguraram as práticas de geração de trabalho e renda
  - (D) tornaram o cooperativismo social uma realidade no cenário nacional
46. Sobre as diversas formas e possibilidades de participação nas iniciativas de geração de trabalho e renda, as autoras indicam que:
- (A) as oficinas desenvolvidas nos CAPS são mais exitosas por avançarem na direção do trabalho como recurso terapêutico
  - (B) as várias denominações sobre as iniciativas são frutos que comprovam a consolidação dessa política
  - (C) o modelo do cooperativismo social viabiliza o alcance de formas de trabalho com maior potencial
  - (D) a maioria das iniciativas estudadas congrega pessoas com vários acometimentos físicos e psíquicos

47. Predomina a oferta de produtos e a escolha por atividades artesanais em detrimento da oferta de serviços pelas propostas de geração de trabalho e renda. As autoras estabelecem relação entre essa tendência e:
- (A) a construção de uma nova imagem dos usuários de saúde mental
  - (B) a baixa adesão dos usuários dos serviços de saúde mental
  - (C) o uso tradicional de atividades nos hospitais psiquiátricos
  - (D) a baixa concessão de recursos pelo poder público

**Responda às questões de números 48 a 50, baseado-se no texto: “Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e de redes” (Frigato et al., 2016).**

48. Sobre os **encontros** que acontecem nos Centros de Convivência (CECOs), os autores afirmam que:
- (A) ocorrem quando as ações geram efeitos terapêuticos, o que pode realizar-se por intermédio das atividades
  - (B) são caracterizados pelo uso da arte como um recurso híbrido, ao mesmo tempo terapêutico e de entretenimento
  - (C) são iniciativas presentes em todos os Centros de Convivência estudados, marcados a cada semana pelos próprios frequentadores
  - (D) podem ser incômodos e difíceis devido à marca da heterogeneidade presente nos frequentadores e nos modos de subjetivação que emergem

49. De acordo com a afirmação dos autores, compõem o trabalhos dos profissionais que trabalham nos CECOs:
- (A) conduzir-se pelas limitações de cada um; produzir mudanças de percepção
  - (B) promover transformação de estigmas; sustentar relações horizontais
  - (C) a afirmação de saberes profissionais; aumentar a potência de agir
  - (D) a liberação do mandato clínico; a função de intermediar encontros
50. Os autores afirmam que os Centros de Convivência são espaços:
- (A) que a comunidade identifica como espaços de saúde privilegiados, livres de preconceitos e estigmas
  - (B) capazes de criar ações que aumentam o pertencimento à cidade ao mesmo tempo que a reinventam
  - (C) onde as políticas intersetoriais se “encarnam”, por meio da sobreposição das ações das secretarias municipais
  - (D) de alto potencial protagônico, que trazem em si o fator terapêutico e a heterogeneidade como produtores de encontro

## PROVA DISCURSIVA

### ATENÇÃO!

O seus textos de resposta às questões devem:

- ser escritos de forma legível;
- ser produzidos em língua escrita padrão;
- conter no mínimo 10 (dez) e no máximo 15 (quinze) linhas;
- ater-se objetivamente às questões propostas, **sem** realizar transcrições de partes dos textos apresentados e/ou dos enunciados da prova.

### 1. CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL

No artigo “Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem ao uso de drogas”, Cláudia C. R. Silva (2014) fala sobre o aumento do debate em torno da descriminalização e legalização de substâncias cujo consumo hoje é considerado ilegal no Brasil.

O modelo conhecido como “guerra às drogas”, construído nos Estados Unidos nas décadas de 70 e 80, inspirou a postura adotada com relação às drogas em diversos países, dentre eles o Brasil.

No Brasil, no início do século XXI verificou-se uma ruptura com o “modelo bélico de combate ao uso de drogas”. Começou-se a dar maior ênfase para as estratégias de cuidado, como prevenção, tratamento, redução de danos etc. Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”.

Questão:

Redija um texto claro e coerente, respondendo às seguintes indagações:

O que representou o fato da questão das drogas ter sido assumida pelo campo da saúde mental? Quais foram as rupturas produzidas no que diz respeito ao modelo de cuidado? Qual foi a importância da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)?

### 2. ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

No texto “Agenciamento entre atividades, sujeitos e grupos em Terapia Ocupacional” (Mecca e Cabral, 2015), as autoras narram o desenvolvimento de alguns casos. Você deve tomar como referência a trajetória terapêutica de um dos usuários descritos abaixo e deixar claro qual é a sua escolha.

Discorra estabelecendo relações entre a atuação da terapeuta ocupacional, o papel do grupo e as diretrizes das políticas públicas de Saúde Mental, em relação ao caso escolhido.

#### Caso 1 - Gil

“Gil, 26 anos de idade(...). Participante da Oficina de Bricolagem, grupo realizado num Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (...), mantinha-se em isolamento no início do seu tratamento, avesso a contato. (...) Todos se mostravam perplexos com sua rigidez e seu comportamento regrado a repetições.

Passou a fazer parte do grupo durante a confecção de um painel de figuras modeladas em cerâmica e depois unidas umas às outras por um mosaico de cacos de azulejo.

(...)

Pensava alto, falava para si como e onde cada uma delas deveria ser colocada e sustentava sua opinião no grupo.

Os participantes referiram-se à melhora de Gil como uma das situações mais marcantes no processo.”

#### Caso 2 – Beto

“Beto (*integrante do grupo da Oficina de Artes do Ambulatório do Instituto Municipal Nise da Silveira – adendo nosso*) frequentemente chegava à oficina alcoolizado. Isso criava um desconforto enorme na equipe e gerava inúmeras discussões clínicas do seu caso. (...) Ele não faltava um dia sequer à oficina, mesmo muito alcoolizado. (...) A condução da TO recebia críticas, apontando a falha na condução clínica. (...)

(...)

Um ano após a abstinência, Beto foi comemorar com o grupo, levando um bolo e refrigerante. Serviu a todos o refrigerante, ergueu o copo de guaraná e brindou com o grupo: “Hoje faz um ano que eu não coloco uma gota de álcool na boca! Devo essa ajuda a todos da Oficina! As outras instituições nunca me aceitaram alcoolizado, mas vocês me ensinaram que é possível mudar quando se tem amigos!” Êxtase total no grupo.”



