



COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE TALENTOS  
COORDENADORIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

PROCESSO SELETIVO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

### Estágio Integrado em Saúde Mental

1. A prova terá duração de 3 (três) 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 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 04 (quatro) alternativas (A, B, C e D).
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 no certame:

*“A disciplina é a parte mais importante do sucesso” – Truman Capote*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA 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 saída 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 candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida 1 (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 seu caderno de questões.
10. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
11. 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 de seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
12. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
13. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES .
14. O gabarito da prova objetiva será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. Rio, no segundo dia útil após ao de realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

2016

## ESTÁGIO INTEGRADO EM SAÚDE MENTAL

**Com base no texto “Arte e Saúde Comunitária: Contribuições para a Compreensão do Processo de Desinstitucionalização” (Araújo et al) responda às questões 01 e 02.**

01. O texto aborda vários autores, pontuando as diferentes formas de tratar e cuidar da loucura no decorrer dos anos. Nesse percurso, que traz importantes indicações do lugar da arte no cuidado ao usuário de saúde mental, as autoras apontam que, pelo Relatório de Gestão do período de 2003 a 2006 do Ministério da Saúde:
- (A) os hospitais psiquiátricos tiveram um papel precursor e fundamental para a arte, utilizando-a como uma das principais ferramentas de tratamento e cura
  - (B) os centros de convivência de arte e cultura são considerados lugares, onde as políticas públicas para saúde mental se realizam de forma mais visível e constante
  - (C) os CAPS são locais privilegiados para a expressão da arte e cultura, por serem os serviços que recebem materiais e verbas específicas para trabalhar arte e cultura
  - (D) os serviços de atenção básica em saúde não podem atender a usuários de saúde mental por falta de formação específica, o que é imprescindível para tal acompanhamento
02. O texto aponta para o surgimento da arte no Brasil, no campo da psiquiatria, como forma diferente do tratamento da psiquiatria tradicional, no momento em que:
- (A) na década de 70, uma série de movimentos ligados a cultura, teatro, dança, fotografia, artesanato e pintura tomam vulto no país, descortinando novas formas de pensar e agir, e contribuindo, com isso, para a entrada da arte como terapia
  - (B) na década de 80, com o movimento sanitário e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, vários artistas e intelectuais que se utilizam da arte para viver começam um movimento de interligação entre arte e loucura, iniciando, assim, esse trabalho
  - (C) em 1987, com o surgimento do primeiro CAPS em Santos, a arte ganha espaço e investimento, sendo pela primeira vez trabalhada por médicos, enfermeiros e psicólogos, como direção de trabalho em detrimento da psiquiatria tradicional
  - (D) em 1946, a médica psiquiatra Dra. Nise da Silveira foi precursora em formas inovadoras de atenção em saúde mental dentro do campo da terapia ocupacional e linguagens artísticas, revelando um novo caminho para o tratamento de pessoas com transtorno mental por meio da arte

**Com base na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, responda às questões 03 e 04.**

03. A Lei nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu art. 2º, parágrafo único, dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, dentre os quais está o de:
- (A) ser protegida dos familiares que fazem mal a ela
  - (B) ser internada somente com autorização dos familiares
  - (C) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração
  - (D) ser internada somente se desejar em qualquer circunstância

04. No que se refere à internação voluntária, a lei prevê que:
- (A) somente será autorizada se a família do paciente concordar com o seu desejo e a avaliação médica
  - (B) somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM
  - (C) poderá ser autorizada por qualquer profissional de nível superior não médico, registrado no seu respectivo conselho
  - (D) poderá ser realizada em qualquer serviço de saúde mental, mesmo que não se caracterize como emergência psiquiátrica
05. A Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, estabelece, como um dos critérios para obtenção e suspensão do benefício, que:
- (A) o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado
  - (B) o benefício será concedido para egressos de hospitais psiquiátricos não conveniados ao SUS, mediante a autorização de juizado especial
  - (C) o pagamento do auxílio-reabilitação será estendido aos seus dependentes, caso os tenha, em especial filhos e cônjuges, em caso de óbito do beneficiado
  - (D) o benefício será concedido para egressos de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a três anos

**Com base na Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, responda às questões 06 e 07.**

06. A Portaria nº 3.088, em seu artigo 6º, discorre sobre os Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial e seus componentes e estabelece que:
- (A) Os CAPS AD II são os únicos responsáveis por atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nos municípios com população acima de 70.000 habitantes, incluindo crianças e adultos
  - (B) Os CAPS II são responsáveis por atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, mas não podem, nos municípios com população acima de 70.000 habitantes, atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
  - (C) Os CAPSi são responsáveis por atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes que não fazem uso de crack, álcool e outras drogas, constituindo serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes
  - (D) Os CAPS AD III são responsáveis por atender adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana

07. Na atenção de urgência e emergência, a Portaria nº 3088 contempla a unidade de acolhimento, que é:
- (A) um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento por 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório
  - (B) uma enfermaria de saúde mental específica para usuários portadores de necessidade de acolhimento por uso de *crack* e outras drogas, localizadas em hospitais gerais da rede pública que constituam casos de alta vulnerabilidade e que tenham comorbidades clínicas
  - (C) um serviço de recepção e triagem de adultos e crianças, de ambos os sexos, usuários de *crack* e outras drogas, em especial aqueles em situação de rua a fim de avaliar as necessidades de internação e ou atendimento na saúde mental, ou de comorbidades a serem acompanhadas pela atenção básica em saúde e consultórios na rua
  - (D) um ponto de apoio dos consultórios na rua, onde os usuários portadores de necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, podem tomar banho, alimentar-se, lavar suas roupas e ser assistidos por equipe de saúde

**Com base no texto: “As oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?” de Cedraz e Dimenstein, responda às questões de 8 a 10.**

08. As autoras apontam que as oficinas estão intimamente ligadas a um importante paradigma da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que é o da:
- (A) cidadania
  - (B) territorialização
  - (C) desinstitucionalização
  - (D) reabilitação psicossocial
09. As autoras discutem a questão da desinstitucionalização para além do fechamento dos manicômios, trabalhando as práticas institucionalizantes que ocorrem em serviços surgidos com a Reforma Psiquiátrica, como os CAPS, e que ainda mantêm valores manicomialis. Referem que as oficinas precisam:
- (A) constituir-se em espaços criativos que possam acolher as singularidades e produzir novas formas de vida
  - (B) estar organizadas de modo a ocupar a agenda diária do CAPS e não deixar tempo ocioso para os usuários
  - (C) ser realizadas por todos os profissionais, considerando que, no CAPS analisado, eram realizadas por enfermeiros e psicólogos
  - (D) ser dotadas de mais recursos materiais, considerando que, em sua análise institucional de um serviço CAPS, observaram que esse era o maior problema

10. As autoras, em sua permanência em um CAPS, por período de três meses, avaliaram, em sua análise institucional, a relação entre os técnicos da equipe e os usuários, considerando-a:
- (A) alegre, criativa, sendo as oficinas do CAPS espaços onde a palavra circula de forma a produzir o protagonismo dos usuários nas decisões
  - (B) hierarquizada, sendo a oficina tomada como uma tarefa a ser cumprida, por ambos, técnicos e usuários e a palavra final dada pelo técnico
  - (C) desrespeitosa, com técnicos revoltados, usuários angustiados, um serviço totalmente desorganizado, e pouquíssimas oficinas funcionando
  - (D) de respeito mútuo, com oficinas e atividades elaboradas a partir da solicitação dos usuários em assembleias semanais com toda a equipe e usuários

**Com base no texto “O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN” (Dimenstein 2012), responda às questões de 11 a 13.**

11. A autora faz uma avaliação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), pontuando responsabilidades de ações no acolhimento à crise e no atendimento em geral de Saúde Mental nos diversos pontos da RAPS de Natal. A autora conclui que a RAPS de Natal:
- (A) tenta fazer um trabalho articulado, com profissionais e gestores interessados, porém com carências de recursos humanos e materiais, que são a principal dificuldade para o manejo da crise nas instituições
  - (B) é desarticulada, com profissionais e gestores desestimulados por terem apenas um vínculo de trabalho previsto em lei e baixos salários, com equipes fragmentadas e infelizes, sendo este o seu maior problema
  - (C) tem equipes de atenção básica que fazem um importante trabalho de atendimento à crise, capacitadas pelo supervisor institucional da RAPS, porém são em número reduzido e não conseguem o apoio de que necessitam na RAPS
  - (D) é desarticulada, com profissionais e gestores que não têm clareza de suas responsabilidades dentro da RAPS, manejo de crise, corresponsabilização do cuidado na rede e centralização na figura do médico e fragilidade no processo coletivo de trabalho
12. Nas entrevistas realizadas com profissionais de serviços substitutivos, a autora indagou quais eram as maiores dificuldades no atendimento à crise e eles apontaram:
- (A) a falta de educação permanente, de supervisão e apoio institucional
  - (B) a presença dos familiares prejudicando o manejo da crise
  - (C) as divergências entre a equipe médica e de enfermagem
  - (D) a falta de medicamento e faixas de contenção física

13. De acordo com a autora, para conseguir cumprir os direcionamentos para a Política Nacional de Saúde Mental/PNSM e organização da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS é preciso investir numa reorganização de uma rede de cuidados que articule a rede SUS como um todo no país. No caso específico de Natal, ela aponta um ator que tem cumprido seu papel da rede de atenção a crise. Trata-se de:
- (A) SAMU
  - (B) CAPS III
  - (C) Hospital Geral
  - (D) Hospital Psiquiátrico

**Com base no texto “O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental” de Ernesto Venturini, responda às questões 14 e 15.**

14. O texto destaca a importância do que chama de “coesão social”, que é uma rede de solidariedade e confiança comunitária, porém adverte que é imutável e que corre risco, principalmente em virtude:
- (A) da periculosidade do portador de transtornos em suas crises na comunidade
  - (B) da baixa adesão a essa rede por conta do estigma ao portador de transtorno mental
  - (C) das políticas neoliberais, da deterioração social, da pobreza e do culto do individualismo
  - (D) das políticas de governo paternalistas, que impõem regras para a moradia no que se refere à vizinhança
15. O autor trabalha com a ideia de que saúde é prática de cidadania na comunidade, considerando a saúde mental comunitária como abertura de portas, conexão e integração. Segundo ele, uma prática que contrasta com esses princípios, representada por sequestro e marginalização, é a:
- (A) do exílio e das torturas
  - (B) do capitalismo e da segregação
  - (C) do manicômio e da psiquiatria tradicional
  - (D) do manicômio e da desinstitucionalização
16. Ribeiro, em seu texto “A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de Saúde Mental”, discorre sobre o trabalho do CAPS, do acompanhamento terapêutico e dos técnicos de referência, afirmando que os acompanhantes terapêuticos tornam-se os *experts* dessa clínica do fora, clínica da rua, clínica do mundo, realizando um trabalho que consiste em:
- (A) criar um projeto terapêutico para o sujeito, ampliando as possibilidades que ele possui de estar mais adaptado ao cotidiano do CAPS e da convivência social
  - (B) estar junto do paciente, fazer coisas que nunca foram feitas, superar algumas limitações, desenvolver potencialidades, garimpar autonomias, e servir de modelo
  - (C) estar junto do paciente para prepará-lo para o retorno escolar, a entrada no mercado de trabalho e a participação na vida social comunitária, a fim de que possa ser aceito socialmente
  - (D) acompanhar o paciente ao CAPS diariamente, organizar para que ele possa sempre visitar a família e criar uma rotina pela qual ele possa reconstruir os laços familiares, incentivando-o para essa relação

**Com base no texto “Terapia Ocupacional e Saúde Mental: construindo lugares de inclusão social”, responda às questões 17 e 18.**

17. O texto traz um resgate da história do tratamento da doença mental desde a época anterior ao surgimento da Psiquiatria até os dias atuais e aponta para o surgimento da profissão de Terapia Ocupacional no Brasil, em 1959, por meio de uma prática:
- (A) na área da reabilitação física somente, pois não havia atuação específica na área de psiquiatria antes da Reforma Psiquiátrica e das mudanças no campo da saúde mental
  - (B) quase que inexistente, pois a profissão, apesar de ter surgido em 1959, só começou a ganhar espaço como profissão na década de 70, com atuação relevante na reabilitação física
  - (C) na área de psiquiatria, voltada para a assistência hospitalocêntrica, com a tarefa de ocupar os pacientes, num processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação
  - (D) assistencialista, ao promover ações sociais junto com as enfermeiras e assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos de todo o país, em especial da rede privada conveniada
18. O texto aborda o trabalho dos Centros de Convivência e Cooperativas, adotados pela Prefeitura de São Paulo, com atuação relevante de terapeutas ocupacionais, que tinham uma prática:
- (A) desqualificada pelos baixos salários aplicados, apesar de representar uma atuação relevante no centro de convivência; devido aos péssimos contratos de trabalho, o absenteísmo dos profissionais prevalecia
  - (B) qualificada, com a realização de oficinas nas quais se desenvolviam vários tipos de atividades, partindo das necessidades dos usuários, valorizando sua história e sua identidade sociocultural e criando espaços de convivência
  - (C) de reabilitação dos usuários mutilados nas longas internações psiquiátricas, incluindo uma parceria para colocação de próteses nos hospitais públicos e programa de reabilitação com terapeuta ocupacional e fisioterapeuta nos centros de convivência
  - (D) hospitalocêntrica, uma vez que os usuários dos centros de convivência eram, em sua maioria, moradores de hospitais psiquiátricos de longa data e se negavam a participar das atividades propostas pelos terapeutas ocupacionais com vista à integração dos grupos

Com base no texto “*Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*” de Torres e Amarante, responda às questões 19 e 20.

19. O texto aponta a importância de se tratar o sujeito e não o sintoma e pontua casos em que a medicação psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema ou até mesmo pode agravar a situação. Os autores sugerem, nessa situação, que:
- é possível pensar que o delírio pode ser necessário como processo, a doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho; é preciso aprender com a doença
  - o delírio faz parte das paixões do sujeito e somente o tempo e o afastamento das pessoas que provocaram a existência do delírio poderão trazer o doente de volta à sua condição normal
  - nos casos em que não há remissão de sintomas, o recurso mais adequado é proteger o doente, mantendo-o isolado em hospital psiquiátrico até que possa conseguir alguma medicação exitosa
  - todas as doenças psiquiátricas conseguem ter a remissão dos sintomas e que, se isso não ocorrer, é pelo fato de o médico psiquiatra não estar conseguindo cuidar adequadamente e o recurso é trocar de médico
20. O texto enfatiza a necessidade da desinstitucionalização em um sentido mais amplo, não apenas como saída do hospital psiquiátrico, mas um processo em que:
- o sujeito delirante esteja no meio social, mesmo em situações em que possa ser considerado um risco para si e para outros, pois o delírio não pode ser calado
  - o sujeito institucionalizado nos hospitais psiquiátricos tenha uma nova institucionalização cidadã nas residências terapêuticas
  - o sujeito alienado, incapaz, irracional, se torne um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade
  - o sujeito possa voltar a morar com a sua família, retomando, assim, seu lugar na sociedade
21. Considerando os vários atravessamentos no que diz respeito à problemática do uso de drogas no Brasil, entre os quais: a grande vulnerabilidade social e as carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, faz-se necessária uma política de Estado que integre a atenção a todas essas deficiências. Andrade (2011), afirma que, nessa direção, é preciso que esteja fortalecida a atenção ao usuário de drogas no território, o que requer a articulação entre os dois seguintes dispositivos:
- Estratégia de Saúde da Família e Ações de Redução de Danos
  - Atenção Básica e Enfermarias Clínicas em Hospital Geral
  - Ações de Geração de Trabalho e Renda e CAPSad
  - CAPSad e Estratégia de Saúde da Família
22. As fragilidades das ações territoriais no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas são mais acentuadas nas comunidades socioeconomicamente menos favorecidas e com menor acesso aos serviços de saúde e de suporte social. Dessa forma, os programas de consultório na rua (PCR) constituem uma importante estratégia, e têm como objetivo fornecer:
- cuidados básicos de saúde para populações vulneráveis — usuários de álcool, crack e outras drogas que vivem nas ruas
  - cuidados especializados em saúde para populações vulneráveis — usuários de álcool, crack e outras drogas que vivem em comunidades violentas
  - cuidados especializados em saúde para populações com dificuldade de acesso à serviços, em função de história de abandono de tratamento anterior
  - cuidados básicos de saúde para populações marginalizadas — usuários de crack, que vivem em condições precárias de saneamento básico e de acesso à saúde
23. A mídia e a sociedade em geral faz uma associação entre droga e morte. A adjetivação “droga da morte” diz respeito:
- à redução do impacto do assassinato do usuário, cuja vida vale muito pouco
  - ao número de morte de policiais, que tem como função o combate ao tráfico de drogas
  - à grande capacidade destruidora das substâncias, principalmente a cocaína e o crack
  - ao impacto negativo do tráfico, comum às comunidades carentes das grandes cidades
24. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reabilitação psicossocial é:
- um procedimento a ser implantado nos CAPS, para casos de maior gravidade e dificuldade de adesão ao tratamento
  - uma ação de cuidado para os sujeitos internados em instituições de longa permanência, com objetivo de reintegrá-los à sociedade
  - uma medida que busca a inserção dos sujeitos com transtorno mental em serviços residenciais terapêuticos (SRT), com vistas à sua integração na comunidade
  - um processo que compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que geram incapacidades, permitindo ao desabilitado a realização da sua integração
25. Abuhab et al. (2005) afirmam que as discussões de caso são de extrema importância para o trabalho em saúde mental, pois este é um mecanismo que possibilita à equipe conhecer a história do usuário para melhor compreensão, avaliação e conduta. Dessa forma, a discussão de casos em reunião de equipe é uma premissa:
- da Atenção Básica e da Reforma Psiquiátrica
  - do modelo CAPS e da reabilitação psicossocial
  - da área da saúde, por cuidar da vida das pessoas
  - do modelo hospitalar, por seu lugar na formação de profissionais

Com base no texto “Práticas inovadoras para o cuidado em saúde”, de Barros, Oliveira e Silva, responda às questões de 26 a 28.

26. A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz uma mudança política para o campo da saúde mental que repercute nas práticas de cuidado que visam à produção de autonomia e à reabilitação psicossocial do sujeito-usuário. Esse novo panorama tem sido um desafio para os profissionais da área pela necessidade de mudança:
- no fazer e no poder, pois é preciso relativizar o lugar de gerenciador do tratamento
  - no poder e no saber, pois requer o empoderamento dos sujeitos nas atividades de sua vida
  - no ensino e na assistência, pois implica a transformação do saber e do fazer das profissões
  - na assistência e na supervisão clínica, pois impõe a criação de novas funções de cuidado
27. Com o nascimento da clínica, opera-se uma distinção entre tratar e cuidar. Dessa forma, no campo médico-psiquiátrico se fala de tratamento e não de cuidado. Cuidar e tratar, assim se distinguem:
- cuidar é uma atitude de responsabilização, enquanto tratar é a ação mediada por conhecimentos científicos, instrumentais e objetivos
  - cuidar é uma ação que produz dependência do sujeito para com o seu cuidador, enquanto tratar implica promover a reabilitação psicossocial
  - cuidar implica a oferta de cuidados médico-curativos que garantam a remissão do sintoma, enquanto tratar implica ofertar ações de atenção territorial
  - cuidar é a objetivação de um corpo de conhecimentos, traduzida em uma ação profissional, enquanto tratar é uma atitude de desenvolvimento afetivo com o outro
28. A tomada de responsabilidade, que é um conceito derivado da psiquiatria democrática italiana e se tornou pregnante na Reforma Psiquiátrica Brasileira, é definida como uma:
- atitude de implicação, tudo que diz respeito ao sujeito importa ao profissional
  - ação culpabilizadora, tudo que diz respeito ao sujeito é responsabilidade do técnico
  - produção de autonomia, tudo que diz respeito à vida do sujeito é responsabilidade dele próprio
  - forma de responsabilizar a família, tudo que diz respeito ao tratamento requer um responsável
29. Segundo o texto “Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais” de Couto e Delgado (2015), a preocupação com a saúde mental de crianças e adolescentes entrou tardiamente para a agenda das políticas de saúde mental. Nos primeiros 80 anos da República, as políticas voltadas para a infância e a adolescência formavam uma matriz composta por elementos estruturantes:
- a criança vista como menor perigoso; a manutenção do conceito de família nuclear; a família com obrigação de proteção e cuidado; e o Estado como fornecedor de benefícios e incentivos
  - a criança vista como menor em perigo; a pobreza produtora de abandono; a justiça com a função protetiva; e a medicina mental como perspectiva de tratamento
  - a criança vista como sujeito de direitos; a ampliação do conceito de família; o Estado com a função protetiva; e a educação como necessidade social
  - a criança vista como um menor; a ideia de situação irregular; o Estado com função tutelar; e a institucionalização como resposta social
30. No processo de inclusão do tema da infância e adolescência na agenda da política da saúde mental no Brasil, foram consideradas prioritárias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para iniciar o processo de construção de redes de cuidado a essa clientela, as duas seguintes ações:
- a implantação do CAPSi e o desenvolvimento de estratégias de articulação intersetorial
  - o desenvolvimento da assistência social e a implantação da educação especial
  - a criação de casas de acolhimento e a implantação de conselhos tutelares
  - o incremento da Atenção Básica e a criação dos CAPSi
31. A determinação: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, presente na Constituição de 1988, embasa alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) presentes na Lei nº 8.080/90, tais como:
- regionalização e equidade
  - hierarquização e controle social
  - prioridade do acesso e descentralização
  - universalidade do acesso e responsabilidade do Estado
32. Para Delgado (2011), 10 anos após a consolidação da Lei nº 10.216/2001, um grande desafio que ainda permanece, e sobre o qual é preciso avançar, diz respeito à:
- mudança de modelo assistencial no campo da saúde mental
  - transformação de práticas e saberes e alteração da realidade dos serviços
  - ampliação do protagonismo de usuários, familiares e sociedade no debate da saúde mental
  - inclusão das ações intersetoriais no processo de construção de redes de cuidado na atenção básica
33. A integralidade, um dos princípios do SUS, na prática dos serviços de saúde é entendida como:
- uma prática restrita ao nível da atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde e referência principal na captação de problemas de saúde, pela qual é feita a primeira avaliação e o posterior encaminhamento para níveis mais complexos de cuidado
  - um processo de construção de espaços de troca e pactuação dos profissionais entre si e com os usuários, possibilitando que a circulação entre os diferentes níveis de atenção se dê de acordo com a necessidade do sujeito
  - um lugar onde se dão todas as ações de cuidado em saúde, respondendo integralmente pelo sujeitos, sem qualquer transferência de responsabilidade para outra instância do sistema de saúde
  - uma atividade recreativa nos centros comunitários e de convivência distribuídos no território, possibilitando a ampliação da sociabilidade de sujeitos institucionalizados e com prejuízo nos laços sociais

Com base no texto “Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão”, de Hirdes (2009), responda às questões 34 e 35.

34. O trabalho tem um papel fundamental no processo de reinserção social do homem, configurando-se quase na única possibilidade de ser aceito, amado e compreendido em nossa sociedade. Segundo o texto, no mundo neoliberal o desafio é ainda maior, e as formas de inclusão social pelo trabalho não estão disponíveis e nem flexíveis, **NÃO** contemplando as:
- (A) variações de gênero e classe social
  - (B) diversidades econômicas e sociais dos sujeitos
  - (C) diferentes necessidades individuais e coletivas dos homens
  - (D) complexidades dos diagnósticos e projetos terapêuticos
35. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o processo de desenvolvimento humano e sustentável requer conquistas que implicam a integração entre o social e o econômico. Dessa forma, uma das mais importantes conquistas do final do século passado diz respeito:
- (A) a percepção de que o mercado deve estar acima do bem comum
  - (B) ao reconhecimento da cidadania como componente fundamental ao desenvolvimento
  - (C) ao desenvolvimento do conceito de meritocracia como indicador de desenvolvimento social
  - (D) à descoberta de que o progresso democrático está relacionado com os direitos individuais
36. O grande desafio imposto para a desmistificação e aceitação dos portadores de distúrbios psiquiátricos no mercado de trabalho está relacionado:
- (A) às ações de educação em saúde no território
  - (B) ao incremento do mercado informal de trabalho
  - (C) à construção de uma sociedade mais tolerante
  - (D) ao aumento das ações de geração de renda e trabalho

Com base na Lei nº 8.080/1990, responda às questões 37 e 38.

37. Na Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, incluem-se no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
- (A) a colaboração na proteção do meio ambiente; a terceirização de recursos humanos para saúde; a atenção domiciliar
  - (B) a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a vigilância nutricional e orientação alimentar; a saúde do trabalhador
  - (C) a formulação e execução de política de sangue e hemoderivados; o incentivo da participação comunitária; a vigilância sanitária dos serviços de saúde
  - (D) a participação no controle e fiscalização de substâncias, psicoativas, tóxicas e radioativas; a fiscalização das ações de saneamento básico; a execução de exames de imagens
38. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde de forma:
- (A) eletiva
  - (B) integral
  - (C) suplementar
  - (D) complementar
39. Após a Lei nº 10.216/2001, surgiu um outro panorama no campo da saúde mental brasileira, refletindo os princípios da reforma psiquiátrica e concretizando reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial. Esse movimento tinha como objetivo:
- (A) garantir a cidadania e os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental
  - (B) reconhecer as limitações cognitivas e subjetivas de parcela da população
  - (C) promover ações de integração entre a sociedade e os serviços de saúde
  - (D) criar espaços de sociabilidade dentro dos dispositivos de saúde mental
40. Para Lima e Correa (2012), o lugar destinado às pessoas em sofrimento mental, desde a Idade Clássica, corresponde a um não lugar. A partir da segunda metade do século XIX, instituiu-se a psiquiatria como saber científico, o psiquiatra como médico especialista e o manicômio como única instituição destinada ao tratamento terapêutico da doença mental. O manicômio como espaço de tratamento para as pessoas em sofrimento mental revela:
- (A) o lugar terapêutico concedido às pessoas com transtorno mental
  - (B) um lugar de produção de subjetividade e singularização
  - (C) o poder disciplinar exercido pela psiquiatria
  - (D) a produção de espaços de sociabilidade