



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - ASSISTENTE SOCIAL

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. 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.
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), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Conhecimentos Gerais do campo da Saúde e da Saúde Mental	de 01 a 35
Específico da Categoria Profissional	de 36 a 50

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

“O SUCESSO SEMPRE FOI A CRIAÇÃO DA OUSADIA”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. 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 retirada do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente 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 Coordenadoria 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.
8. 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.
09. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art 49 da Lei Federal 12.546 de 14 de dezembro de 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://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

CONHECIMENTOS GERAIS DO CAMPO DA SAÚDE E DA SAÚDE MENTAL

Considerar o texto “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”” (Passos e Souza, 2011) para responder às questões 01, 02 e 03.

01. A “guerra às drogas” e a “guerra ao terrorismo” trouxeram um novo sentido para o conceito de guerra. No atual estado de guerra global, as guerras passaram a ser declaradas a inimigos não geográficos. A lógica da guerra às drogas busca:
- (A) despotencializar o trabalho das equipes de saúde da família
- (B) combater a produção da substância, dividindo os países entre produtores e consumidores
- (C) impedir a produção de sentido dos povos de países mais pobres, impondo uma lógica única
- (D) combater o uso de drogas pela lógica da redução de danos
02. Nas sociedades de consumo, o marketing e os meios de comunicação investem na produção desejante como motor da economia. Nesse contexto, as drogas se inserem em uma rede de produção de substâncias que se agencia a uma ampla rede de produção de:
- (A) pulsão de vida
- (B) pulsão de morte
- (C) subjetividade
- (D) inconsciente
03. Nas associações de redução de danos, os usuários de drogas podem colaborar na elaboração de projetos, estabelecer contratos, e se candidatar para a direção das instituições de que participam. Observa-se na experiência de gestão da redução de danos que:
- (A) muitos usuários abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos
- (B) os redutores de danos deixam de utilizar drogas quando fazem uso de medicações antipsicóticas
- (C) o trabalho nas associações dificulta a inserção dos usuários de drogas em espaços de tratamento
- (D) os pacientes com transtornos mentais leves têm maior dificuldade para interromper o uso de drogas do que os pacientes com transtornos mentais graves

Considerar o texto “Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde” (Castro e Campos, 2016) para responder às questões 04 e 05.

04. Os principais fatores que dificultam a função do apoio matricial como articulador entre saúde mental e atenção primária são:
- (A) número de CAPS insuficiente para atender toda a demanda de apoio matricial das equipes de referência
- (B) número elevado de pessoas com transtornos mentais; excesso de diálogo entre os atores envolvidos no processo de cuidado; capacitação precária dos profissionais de saúde; gestores comprometidos com a lógica da reforma psiquiátrica; fragilidade dos serviços de atenção terciária; descentralização do cuidado em saúde mental na atenção primária
- (C) excesso de responsabilização com o usuário, contrário ao que é preconizado pelo apoio matricial
- (D) fragilidade da rede de saúde; dificuldade dos trabalhadores em entender com clareza os princípios e objetivos do apoio matricial; capacitação precária ou inexistente dos profissionais de saúde; desresponsabilização com o usuário; encaminhamento indiscriminado ao especialista sem preocupação com a longitudinalidade do cuidado
05. O apoio matricial é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional em equipes e em redes de atenção à saúde. É correto afirmar que o apoio matricial tem como um dos objetivos possibilitar a construção de:
- (A) ações manicomiais que visam a segregar o usuário com transtornos mentais
- (B) políticas privadas em saúde
- (C) projetos existenciais-operativos
- (D) corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais

Considerar o texto “Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial” (Lima e Yasui, 2014) para responder às questões 06, 07 e 08.

06. A relação entre a produção de cuidado e o território no qual esse cuidado é exercido é uma questão central para a:
- (A) atenção psicossocial
- (B) atenção territorial
- (C) rede cegonha
- (D) rede de atenção terciária
07. As discussões mais recentes sobre o tema do território trouxeram para o campo da saúde os trabalhos de Milton Santos que serviram para reorientar as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da saúde coletiva. Nesse contexto, o conceito de território é apresentado como um objeto:
- (A) estático com suas formações naturais
- (B) dinâmico, vivo e repleto de inter-relações
- (C) central e focado no mapa geográfico
- (D) sem sentido existencial

08. Pensar na organização de um CAPS situado em uma comunidade da zona oeste do Rio de Janeiro é diferente de pensar na organização de um CAPS situado em uma cidade do nordeste brasileiro, pois:

- (A) os gestores das cidades do sudeste estão mais comprometidos com a lógica manicomial do que os gestores das cidades do nordeste
- (B) encontram-se equipes mais bem preparadas tecnicamente na cidade do Rio de Janeiro do que nas cidades do nordeste brasileiro
- (C) trata-se de territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e uso dos espaços
- (D) o índice de pacientes com transtornos mentais do nordeste é extremamente reduzido

Considerar o texto “Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016” (Teixeira et al., 2017) para responder às questões 09, 10 e 11.

09. Na formulação de políticas públicas sobre drogas, existem tensões em diversos setores. Dois paradigmas encontram-se em disputa no setor da justiça e da segurança pública. Esses paradigmas são:

- (A) preventivista e terapêutico
- (B) asilar e democrático
- (C) proibicionismo e antiproibicionismo
- (D) territorialismo e assistencialismo

10. No campo da saúde, a característica básica do modelo psicossocial é que o:

- (A) indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente
- (B) cuidado se dá na perspectiva de redes de atenção territorializadas, sendo a integralidade considerada tanto em relação ao ambiente, quanto ao ato terapêutico com o indivíduo
- (C) usuário de drogas e os pacientes com transtornos mentais são considerados doentes, portanto seu tratamento deve incluir necessariamente o uso contínuo de medicações
- (D) tratamento deve seguir metodologias reconhecidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria

11. Com relação aos usuários de crack e outras drogas:

- (A) as terapias cognitivas têm se mostrado mais efetivas quando usadas como norteadoras do cuidado
- (B) a metodologia da terapia comunitária tem mostrado-se mais efetiva quando é ministrada por profissionais médicos
- (C) o tratamento baseado na abstinência tem se mostrado a melhor alternativa
- (D) a redução de danos como estratégia norteadora do cuidado tem se mostrado mais resolutiva

Considerar o texto “Além das portarias: desafios da política de saúde mental” (Luzio e Yasui, 2010) para responder às questões 12, 13 e 14.

12. Um dos aspectos referentes ao avanço da reforma psiquiátrica é que os novos serviços devem se constituir em rede. Esta, como tal, deve situar-se em dado território e orientar-se pelos princípios da:

- (A) integralidade de ações e intersetorialidade
- (B) racionalidade dos recursos e igualdade das ações
- (C) cura e ausência de doença
- (D) abstinência e globalidade

13. O avanço da reforma psiquiátrica no Brasil trouxe a necessidade de transformação do modelo assistencial em saúde mental. Esse novo modo de cuidado deve orientar-se pela superação do paradigma doença/cura reconhecendo o sujeito em sua experiência-sofrimento com a finalidade de:

- (A) possibilitar seu reposicionamento no mundo
- (B) administrar doses medicamentosas
- (C) inibir seus sintomas produtivos
- (D) desconsiderar sua dimensão subjetiva

14. Os autores ressaltam a importância de intensificar as ações junto à sociedade com o objetivo de:

- (A) proteger a sociedade da loucura
- (B) produzir mudança no imaginário social acerca da doença mental
- (C) informar os cidadãos sobre os serviços de saúde mental para depositar seus doentes
- (D) conscientizar as famílias sobre a anormalidade daquele que tem transtorno mental

15. A assistência às pessoas está definida como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto no artigo 5º da Lei nº 8.080/90. Tal assistência deve ser oferecida por meio de ações de:

- (A) prevenção, qualificação e restituição da saúde
- (B) capacitação, ampliação e reabilitação da saúde
- (C) promoção, proteção e recuperação da saúde
- (D) cura, expansão e reintegração da saúde

16. Dentre os direitos assegurados pela Lei nº 10.216/01 às pessoas portadoras de transtornos mentais, está o de serem tratadas em:

- (A) ambiente clínico, pelos recursos mais diversificados possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de atenção básica
- (B) espaço clínico, pelos recursos mais complexos disponíveis e preferencialmente em serviços comunitários intersetoriais
- (C) espaço terapêutico, pelos recursos menos agressivos possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de saúde
- (D) ambiente terapêutico, pelos recursos menos invasivos possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental

17. Em seu artigo 4º, a Lei nº 10.216/01 prevê que a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Nesse caso, o tratamento terá permanentemente a finalidade de:
- reinserção social do paciente na comunidade
 - reintegração das funções psíquicas do paciente
 - remissão dos sintomas apresentados pelo paciente
 - obtenção da saúde funcional do paciente
18. O desenvolvimento da lógica de cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas é uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, segundo a Portaria nº 3.088/11. Tal lógica de cuidado tem como eixo central:
- o planejamento das intervenções coletivas
 - a definição das ações biomédicas e sociais
 - a construção do projeto terapêutico singular
 - a estruturação do acompanhamento intersetorial
19. A Portaria nº 3.088/11 define que um dos objetivos da Rede de Atenção Psicossocial é a garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Por intermédio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, pretende-se garantir a:
- diversificação da assistência
 - avaliação da prestação de serviços
 - formatação mínima da assistência
 - qualificação do cuidado
20. As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais fazem parte do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial. Segundo expresso no artigo 12 da Portaria nº 3.088/11, tais iniciativas devem se articular regularmente às redes de saúde e de economia solidária para garantir a:
- melhoria das condições de vida, o desenvolvimento da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e de seus familiares
 - melhoria das condições sociais, cura da doença mental, contratualidade e inclusão laborativa de usuários da rede e de suas famílias
 - melhoria das condições de vida, a recuperação da autonomia, contratualização e inclusão educativa de usuários da rede e de seus familiares
 - melhoria das condições de vida, a reconstrução do self, contratualização e inclusão econômica de usuários da rede e de suas famílias

Considerar o texto “Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico” (Amorim e Dimenstein, 2009) para responder às questões 21, 22 e 23.

21. As autoras apontam que a reforma psiquiátrica brasileira objetiva a desconstrução da lógica manicomial. Esse processo se daria com base na mudança de uma cultura baseada em:
- violência, discriminação e enclausuramento da loucura
 - tortura, descriminalização e apagamento da loucura
 - abandono, diferenciação e detenção da loucura
 - negligência, especificação e eliminação da loucura

22. Ao falarem do projeto de desinstitucionalização compreendido na política de saúde mental brasileira, as autoras ressaltam que os serviços residenciais terapêuticos são estratégicos no trabalho com os pacientes internados em caráter de longa permanência. Dessa forma, consideram como desafios desses serviços a desnaturalização e a:
- organização do trabalho clínico, a reorganização concreta das redes de apoio e intersetoriais no acompanhamento dos moradores pela Rede de Atenção Psicossocial
 - simplificação do trabalho em saúde, a consolidação de redes de proteção social na movimentação dos moradores pelos serviços públicos
 - ampliação do trabalho em saúde, a estruturação efetiva de redes de cuidado e sociabilidade na circulação dos moradores pela cidade
 - diversificação do trabalho clínico, a criação de redes intersetoriais de ajuda mútua na movimentação dos moradores pelo território programático
23. As autoras destacam que, no âmbito dos serviços residenciais terapêuticos, a clínica é uma ferramenta na produção da saúde, pois consiste em:
- ampliação da igualdade e desmistificação do diagnóstico
 - minimização dos sintomas e fortalecimento da subjetividade
 - descoberta das fragilidades e empoderamento dos sujeitos
 - encontro com o novo e construção de singularidades

Considerar o texto “Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado” (Lemke e Silva, 2013) para responder às questões 24, 25, 26 e 27.

24. Ao falar da transposição das práticas de cuidado para o território, Lemke e Silva apontam que se trata de um processo ético, pois toma como responsabilidade:
- a rede de saúde e seus níveis de atenção, o contexto sanitário dos usuários e seus processos de adoecimento
 - o território em sua complexidade, o contexto de interações dos usuários e suas necessidades de saúde
 - o território de cuidado, o contexto sociopolítico dos usuários e seus fatores de proteção
 - a atenção biopsicossocial, o contexto sociocultural dos usuários e dos profissionais da atenção básica
25. A produção de cuidado no território coloca em cena a circulação pelos diferentes espaços da cidade. O deslocamento pelo território tem como objetivos:
- ocupar maior área de abrangência para atingir grupos de risco e atender os agravos de saúde das pessoas que não têm perfil para atendimento ambulatorial
 - percorrer maior extensão territorial para atingir grupos vulneráveis e atender às necessidades de saúde das pessoas que não se vinculam a dispositivos tradicionais de saúde
 - ampliar a atuação nos bairros de referência para atingir grupos com risco de morbidade e atender os casos crônicos que não têm indicação para atenção hospitalar
 - cobrir maior número de habitações para acessar grupos com história de tratamento psiquiátrico e atender casos agudos que não precisam ser encaminhados para serviços especializados

26. A potência do trabalho dos acompanhantes terapêuticos, agentes comunitários de saúde e redutores de danos é destacada pelos autores, quando afirmam que esses profissionais promovem a desinstitucionalização da loucura, a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado. Para os autores, esse trabalho compreende uma direção política porque:
- desloca as práticas de cuidado de uma direção reducionista ou de controle e de normatização da vida
 - separa as práticas de cuidado de uma direção discriminatória ou de vigilância e de desqualificação da vida
 - afasta as práticas da assistência de uma direção simplista ou de fiscalização e de padronização da vida
 - desvia as práticas da assistência de uma direção minimalista ou de simplificação e de formalização da vida
27. Os autores referem que no processo de constituição do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, dois ideais da maneira tradicional de realização da prática clínica foram rompidos. São eles:
- imparcialidade da clínica e metodologia científica
 - parcialidade do *setting* e rigor científico
 - terapeuticidade do isolamento e neutralidade científica
 - curativismo terapêutico e precisão científica
28. Em 2001 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 10.216, a qual dispõe sobre:
- o redirecionamento de recursos financeiros da assistência em saúde mental para as unidades hospitalares de longa permanência
 - a manutenção do modelo assistencial psiquiátrico tradicional, garantindo a proteção da sociedade
 - a exclusividade de tratamento das pessoas com doença mental em instituições assistenciais hospitalares
 - a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental
29. “Orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”, tais diretrizes são reafirmadas:
- pelo Estatuto da Criança e do Adolescente
 - pelo Código de Menores
 - pela Declaração Universal de Direitos
 - pelo Código de Melo Matos
30. “Extrapolando os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem conexão com as redes de relação e afeto e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc...” Trata-se da definição do conceito de:
- construção permanente da rede
 - acolhimento universal
 - encaminhamento implicado
 - trabalho no território
31. O acolhimento institucional pode ser realizado em diferentes equipamentos e destina-se a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir a proteção integral. Tal medida protetiva está ligada à:
- atenção à saúde mental
 - medidas sócio-educativas
 - assistência social
 - clínica ampliada
32. Para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados, o Ministério da Saúde lançou, em 2010, o documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”, que prevê:
- a formação de equipes híbridas entre as áreas da saúde e da justiça
 - a parceria entre profissionais de saúde e do campo de defesa dos direitos
 - a integração de profissionais de saúde e do Ministério Público
 - a composição de grupos de trabalho entre as equipes de saúde e a Defensoria Pública
- Considerar o texto: “Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos” (Gomes e Pinheiro, 2005) para responder às questões 33, 34 e 35.**
33. Acolhimento e vínculo são apresentados como diretrizes operacionais para a materialização de alguns princípios do SUS especificamente. Esses princípios são:
- imparcialidade, descentralização e hierarquização
 - integralidade, universalização e equidade
 - centralização, direção única e regionalização
 - integração, descentralização e equidade
34. Gomes e Pinheiro realizam um amplo exercício de formulação de uma definição operatória de integralidade, além de discutirem o papel social do Programa de Saúde da Família (PSF) e do SUS. O acolhimento é apontado como uma primeira possibilidade para a efetivação das diretrizes do SUS, por permitir:
- postura de diálogo da equipe entre si e com os usuários
 - prevenção e promoção
 - recuperação da saúde dos indivíduos
 - garantia dos direitos sociais
35. Sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Gomes e Pinheiro afirmam que:
- tinha objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna mediante oferta, às populações rurais e de periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica de medicina preventiva
 - posterior ao PSF é considerado como uma proposta estruturante para o Sistema de Atenção à Saúde
 - a partir de 1998 é utilizado pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde
 - privilegiou a equipe de profissionais como importante elemento de organização, tendo sido criados mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para formação, capacitação e remuneração dos integrantes da equipe

ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

36. Os referenciais teóricos para o serviço social nos Estados Unidos se constituem nas seguintes bases principais:
- psicanalítica, marxista e higienista
 - marxista, higienista e estrutural-funcionalista
 - higienista, marxista, das psicologias e funcionalista
 - higienista, funcionalista, das psicologias e estrutural-funcionalista
37. No Brasil, no modelo histórico do serviço social na área psiquiátrica até a década de 1960, constata-se a seguinte particularidade quanto ao atendimento:
- privado, era voltado para os excluídos da linha de produção
 - era voltado à população trabalhadora e, não, aos indigentes
 - privado, era voltado para os pobres crônicos abandonados pela família
 - era voltado à população mais empobrecida e, não, à massa dos trabalhadores em geral
38. Na década de 1980, a conjuntura da reforma psiquiátrica adentra em algumas instituições, possibilitando um direcionamento emancipador para a saúde mental e o serviço social, ao realizar medidas com concepções que enfatizam as seguintes dimensões:
- política e ética
 - social e política
 - social e jurídica
 - política e econômica
39. O serviço social atualmente é tocado por pontos do movimento de reforma psiquiátrica, dentre os quais **NÃO** se inclui:
- a necessidade da interdisciplinaridade e de delimitar os saberes
 - a democratização das relações de poder entre técnicos e usuários
 - a discussão das transformações progressistas das instituições psiquiátricas
 - o destaque no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica
40. O movimento de reforma psiquiátrica possibilita campo de atuação para o profissional de serviço social, mas segundo Bisneto (2007), há duas restrições:
- a formação universitária vem se inclinando para os movimentos sociais, de modo a fortalecer as concepções da reforma psiquiátrica; no atual momento há precarização do SUS
 - o movimento de renovação é hegemônico entre a categoria do serviço social, impedindo novas ideias; a formação universitária não é suficiente para a compreensão nessa área de atuação
 - não há formação universitária que capacite os assistentes sociais para a compreensão da loucura em sua totalidade histórica, social e política; o movimento de renovação é heterogêneo dentro da categoria
 - a formação e a prática voltam-se ao serviço social e à saúde mental, desconsiderando o serviço social de forma geral; crítica aos aspectos neoliberais, privatistas, do foco medicamentoso, dentre outros
41. A relação entre a história do serviço social e o campo psicossocial sofreu influências do movimento de eugenia, que se baseia:
- na transmissão hereditária das doenças e na predisposição mental às patologias
 - nas predisposições mentais às patologias e num movimento salvacionista
 - na educação higiênica e de transmissão hereditária das doenças
 - na transmissão de doenças entre brancos
42. Vasconcelos (2016) sinaliza a importância da atuação do serviço social em processos grupais, mobilizando, dentre outros, processos conscientes e racionais intrinsecamente ligados a:
- estruturas ideológicas, políticas e econômicas
 - estruturas ideológicas, políticas, éticas e econômicas
 - estruturas de inconsciente pessoal, grupal, institucional e relações de poder
 - estruturas de racionalidade pessoal, grupal, institucional e relações de poder
43. Segundo Bisneto (2007), atualmente existem três aspectos importantes que demandam assistentes sociais no campo da saúde mental no Brasil. **NÃO** é um desses aspectos:
- a garantia de assistência social e médica aos usuários
 - a necessidade de mediar diferentes processos de grupos
 - o olhar das unidades psiquiátricas, para a lucratividade e a redução de custos
 - os profissionais considerarem o problema social fundamental na análise dos transtornos mentais
44. O marco extraordinário e fundamental de revisão histórica, teórico-conceitual e crítica global da prática profissional nas sociedades capitalistas vivenciado pelo serviço social brasileiro, a partir da década de 1980 é:
- o projeto ético e profissional
 - o projeto ético e político
 - o projeto político e prático
 - o projeto teórico e profissional
45. Segundo Bisneto (2007), o mundo passa por um momento ímpar na história da humanidade, em que ocorre diminuição da regulação social, redução das políticas sociais, minimização das leis de proteção ao trabalho, enxugamento das verbas públicas para a efetivação dos direitos sociais e do atendimento básico às camadas mais pauperizadas da população. Especificamente no Brasil, o autor afirma que esse processo ocorre com a conjunção, de forma inédita, dos seguintes fatores sociais:
- o terceiro setor, o Estado mínimo, o Movimento Institucionalista e Sanitarista, o neoliberalismo
 - a globalização financeira, a racionalização dos serviços, o Estado mínimo e a reestruturação produtiva
 - o neoliberalismo, o Movimento Institucionalista e Sanitarista, Estado mínimo e globalização financeira
 - o capitalismo monopolista, a globalização financeira e mercantilista, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva

46. O trefismo, o voluntarismo, o fatalismo, o messianismo, o sincretismo e o ecletismo, o cunho religioso, a subalternidade, a alienação são problemas históricos particulares do serviço social que são apontados por importantes teóricos do serviço social: Netto, Martinelli, Yamamoto e Faleiros. Esses problemas introduzem contradições na possibilidade de construção de uma metodologia para o serviço social em saúde mental. No entanto, a esses problemas na metodologia de atuação dos assistentes sociais, Bisneto (2007) acrescenta mais três, quais sejam:
- (A) o estudo de caso e de comunidade, o enxugamento do Estado e a interdisciplinaridade
 - (B) a ofensiva neoliberal, o Estado mínimo e o aumento da demanda para os assistentes sociais
 - (C) as equipes multidisciplinares, a psicologização das relações sociais e o serviço social e as teorias de grupo
 - (D) a reestruturação produtiva, a era do capital fetiche e o baixo empoderamento dos assistentes sociais nas instituições de saúde mental
47. Um dos princípios éticos fundamentais para atuação do serviço social em saúde mental é:
- (A) o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais
 - (B) a garantia da unilateralidade e do compromisso ético com o aprimoramento intelectual em todas as suas formas - cognitiva, sensitiva e política
 - (C) a defesa intransigente dos direitos privados, do arbítrio e do autoritarismo
 - (D) o empenho em todas as formas de preconceito
48. Bisneto (2007) aponta que no ensino de serviço social no Brasil há uma produção científica considerável para as temáticas em saúde geral, gênero e família, criança e adolescente, formação profissional do assistente social, previdência e trabalho. Contudo, nas áreas de saúde mental e das teorias da subjetividade se percebe uma produção científica ainda tímida. Nesse panorama, a principal consequência para os assistentes sociais que atuam na saúde mental é:
- (A) construir uma metodologia de serviço social em saúde mental unívoca
 - (B) questionarem o fato de a problemática da loucura ser tratada por diversos profissionais
 - (C) alegarem que a orientação teórica para a prática do serviço social em saúde mental é complexa e extensa
 - (D) apresentarem dúvidas acerca do debate contemporâneo: se o serviço social tem objeto específico ou não, se tem estatuto de ciência, tem teoria própria, entre outras
49. As dificuldades do marxismo e do serviço social brasileiro recente em lidar com a saúde mental são descritas por Vasconcelos (2016). Dentre elas, encontra-se:
- (A) a abordagem subjetiva das relações sociais e da intervenção na "questão social"
 - (B) o retorno da abordagem conservadora do serviço social para atendimento nas instituições de saúde mental
 - (C) a dificuldade que o pensamento marxiano e o movimento marxista têm para abordar processos psicossociais, subjetivos e temas associados
 - (D) a escassa produção acerca das diversas áreas de política social, sobre os fundamentos da formação profissional e sobre a atuação profissional dos assistentes sociais nas instituições de saúde mental
50. No início do século XX, o serviço social Psiquiátrico nos Estados Unidos é diferente do serviço social em saúde mental brasileiro, segundo Bisneto (2007), porque naquele país:
- (A) os hospitais psiquiátricos não aceitavam a atuação do assistente social
 - (B) o assistente social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas
 - (C) não se utilizava nenhum referencial teórico para a atuação profissional do assistente social
 - (D) havia vasta e complexa rede de assistência psiquiátrica e pesquisa sobre a temática de saúde mental