



## PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL

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:
- os gestores das cidades do sudeste estão mais comprometidos com a lógica manicomial do que os gestores das cidades do nordeste
  - encontram-se equipes mais bem preparadas tecnicamente na cidade do Rio de Janeiro do que nas cidades do nordeste brasileiro
  - trata-se de territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e uso dos espaços
  - 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:
- preventivista e terapêutico
  - asilar e democrático
  - proibicionismo e antiproibicionismo
  - territorialismo e assistencialismo
10. No campo da saúde, a característica básica do modelo psicossocial é que o:
- indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente
  - 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
  - usuário de drogas e os pacientes com transtornos mentais são considerados doentes, portanto seu tratamento deve incluir necessariamente o uso contínuo de medicações
  - tratamento deve seguir metodologias reconhecidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria
11. Com relação aos usuários de crack e outras drogas:
- as terapias cognitivas têm se mostrado mais efetivas quando usadas como norteadoras do cuidado
  - a metodologia da terapia comunitária tem mostrado-se mais efetiva quando é ministrada por profissionais médicos
  - o tratamento baseado na abstinência tem se mostrado a melhor alternativa
  - 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:
- integralidade de ações e intersetorialidade
  - racionalidade dos recursos e igualdade das ações
  - cura e ausência de doença
  - 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:
- possibilitar seu reposicionamento no mundo
  - administrar doses medicamentosas
  - inibir seus sintomas produtivos
  - desconsiderar sua dimensão subjetiva
14. Os autores ressaltam a importância de intensificar as ações junto à sociedade com o objetivo de:
- proteger a sociedade da loucura
  - produzir mudança no imaginário social acerca da doença mental
  - informar os cidadãos sobre os serviços de saúde mental para depositar seus doentes
  - 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:
- prevenção, qualificação e restituição da saúde
  - capacitação, ampliação e reabilitação da saúde
  - promoção, proteção e recuperação da saúde
  - 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:
- ambiente clínico, pelos recursos mais diversificados possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de atenção básica
  - espaço clínico, pelos recursos mais complexos disponíveis e preferencialmente em serviços comunitários intersetoriais
  - espaço terapêutico, pelos recursos menos agressivos possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de saúde
  - 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

Considerar o texto “Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental” (Constantinidis e Cunha In: Matsukura, Salles, 2016) para responder às questões 36 a 40.

36. De acordo com os autores, sobre o significado do termo “ocupação” para a terapia ocupacional, pode-se afirmar que:
- a representação que o conceito comporta define história, campo e meio de intervenção da terapia ocupacional
  - concerne às ações do cotidiano e, por meio da avaliação das técnicas terapêuticas, faz contraponto ao ócio desorganizador
  - está comprometido com o contexto histórico, cultural e de valores, incluindo o cotidiano
  - assume significados distintos de acordo com as práticas, trazendo riqueza conceitual
37. Quanto à forma como a terapia ocupacional tem se situado na discussão sobre “fazer clínica” numa perspectiva ampliada, os autores pontuam que:
- a terapia ocupacional tem se reaproximado da atividade terapêutica para desmontar as instituições totais
  - a potência da clínica tem sido utilizada para pensar a realização de atividades como invenção de novas formas de combate a sintomas
  - o caráter clínico e político do uso da atividade reconfigura o agir profissional do terapeuta ocupacional, desterritorializando sua prática
  - no ato clínico do coletivo de trabalho evidencia-se o uso da atividade como competência exclusiva da terapia ocupacional
38. Sobre a utilização da atividade em terapia ocupacional, alinha-se à perspectiva dos autores a seguinte afirmação:
- a condução do profissional é o que garante que qualquer atividade possa ser terapêutica
  - os objetivos terapêuticos não garantem resultado terapêutico, já que este depende também das ações institucionais
  - as atividades terapêuticas podem ser aplicadas em qualquer lugar e condição, sendo, *a priori* e por si só, antimanicomializantes
  - as atividades se tomam terapêuticas quando, mediante o ato terapêutico se estabelece a relação terapeuta-paciente
39. Sobre o trabalho em equipe nas oficinas de saúde mental, os autores afirmam que a oficina:
- facilita a percepção das especialidades numa perspectiva multidisciplinar, por ser onde transitam profissionais de diferentes formações
  - permite a superação das barreiras multiprofissionais, desfazendo a tensão que impede a prática transdisciplinar
  - é a concretização da superação do paradigma da institucionalização, fazendo frente ao fracasso da especialização
  - assume lugar central como dispositivo que promove a intermediação dos vários saberes

40. É o olhar do terapeuta ocupacional que diferencia seu trabalho, sem corroborar as práticas reducionistas. Sobre esse olhar os autores propõem que:
- é construído tecnicamente para melhor identificar e classificar as situações
  - tem conotação de acolhimento ao sentido dado por quem realiza a atividade
  - se dá a partir da presença do profissional nas oficinas
  - necessita deixar de lado a produção de saúde/doença

Considerar o texto “Subjetivação e criação – linhas para uma terapia ocupacional construtiva” (Lima In: Matsukura e Salles, 2016), para responder às questões 41 e 42.

41. Sobre a potência de criação na loucura, a autora considera que:
- concretiza-se diante de relação protegida com a alteridade
  - a criação se dá em ateliês de arte e *settings* terapêuticos
  - confirma o preceito de que onde a obra se faz não existe loucura
  - a obra emerge do plano sensível, concreto
42. “O percurso teórico trilhado aqui coloca a tarefa de pensar uma clínica em terapia ocupacional pautada no construtivismo e na experimentação. Uma clínica que se dá em duas direções ao mesmo tempo.” Dizem respeito às duas direções citadas pela autora:
- produção de marcas e de sentido; construir aberturas ao mundo
  - caminho a partir do corpo; desabamento
  - ocupar o espaço transicional; criar uma falha suportável
  - abrir “manicômios mentais”; realização de atividades

Considerar o texto “Terapia Ocupacional e Trabalho: perspectivas históricas e possibilidades atuais no campo da saúde mental” (Morato e Lussi In: Matsukura, Salles, 2016) para responder às questões 43 e 44.

43. Tomando a ótica do trabalho como direito do cidadão e também como saúde, as autoras se referem à seguinte contribuição do terapeuta ocupacional:
- luta constante contra a doença
  - estreita relação entre terapia ocupacional e psiquiatria
  - desenvolvimento da carreira
  - promoção de acesso ao mundo do trabalho
44. O modelo de inserção social pelo trabalho que vem se desenvolvendo está fundamentado:
- nos modelos e programas internacionais de inserção no trabalho formal
  - na melhoria de ambientes profissionais de capacitação e apoio
  - nos pressupostos da reabilitação psicossocial e da economia solidária
  - na centralidade do trabalho, como postulado por Marx

Considerar o texto *“Do caos à corresponsabilização: o espaço de ambiência no CAPS!”* (Moura e Pimentel, In: Lauridsen – Ribeiro e Lykourpoulus, 2016), para responder às questões 45, 46 e 47.

45. “Um momento de ruptura, de desequilíbrio, uma mudança no caminho, que antes parecia ser conhecido, e agora parece estar obscuro, desorganizado, difícil, diferente. Compreendida como aquilo que repercute no sujeito, em suas relações, no cotidiano, na família, no social”. Trata-se da definição de:
- (A) crise
  - (B) relação
  - (C) expressão do sintoma
  - (D) desorganização dos sentidos
46. Os dispositivos de cuidado dos CAPS são fundamentados nos pressupostos da:
- (A) reabilitação psicossocial
  - (B) saúde mental
  - (C) ambiência
  - (D) reforma
47. A atuação em equipe, tendo em vista um trabalho transdisciplinar, se fez imperativa. Na transdisciplinaridade é complementar a aproximação disciplinar, que faz emergir dados novos da confrontação das disciplinas, articulando-se entre si e oferecendo uma nova visão:
- (A) da ambiência e do afetivo
  - (B) da natureza e do afetivo
  - (C) da natureza e da realidade
  - (D) da ambiência e da realidade

Considerar o texto *“Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência”* (Aleixo e Lima, 2017) para responder às questões 48, 49 e 50.

48. Estratégia para 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. Esse local se chama:
- (A) Centro de Referência da Assistência Social
  - (B) Centro de Convivência
  - (C) Residência Terapêutica
  - (D) Centro de Integração Social
49. As autoras, quando falam de sujeito, afirmam que este será efeito de um:
- (A) processo simbólico, artístico, pulsões e movimento
  - (B) processo de subjetivação, de simbolização, intervenção política e clínica
  - (C) processo de produção, de criação, de pulsões ou intervenção cotidiana
  - (D) processo de produção, de subjetivação, plano de subjetividade ou criação de si
50. O texto apresenta uma pesquisa em que foi usada a cartografia numa concepção segundo a qual “o cartógrafo antes de tudo deve ser um antropólogo”, e sua tarefa é:
- (A) construir caminhos, sugerindo saídas
  - (B) dar língua aos afetos que pedem passagem
  - (C) dar espaço para o imprevisível
  - (D) construir afetos, dando possibilidade de expressão