

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE MENTAL PARA O ANO DE 2022****ASSISTENTE SOCIAL**

01. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
03. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas nos seguintes conteúdos:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Políticas Públicas do SUS	01 a 10
Clínica Ampliada	11 a 20
Saúde Mental na Atenção Básica	21 a 30
Reforma Psiquiátrica	31 a 40
Específico da Categoria Profissional	41 a 60

04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A vida continua e se entregar é uma bobagem."

05. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
06. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
07. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador etc., **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
08. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente, do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc. salvo se autorizado, previamente pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista);
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
09. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546/2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no *site* <http://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS

- 01.** De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, com relação às diretrizes do SUS, é correto afirmar que o atendimento é integral:
- (A) com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; centralização na esfera de governo federal; participação da comunidade
 - (B) com prioridade para as atividades assistenciais, sem prejuízo dos serviços preventivos; descentralização, com direção única em cada município; participação da comunidade
 - (C) com prioridade para as atividades assistenciais, sem prejuízo dos serviços preventivos; centralização com direção única em cada esfera de governo; participação da comunidade
 - (D) com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação da comunidade
- 02.** No âmbito do Sistema Único de Saúde, as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS são denominadas de:
- (A) redes de saúde
 - (B) colegiados estaduais
 - (C) comissões intergestores
 - (D) conselhos municipais de saúde
- 03.** De acordo com o Decreto nº 7.508 de 2011, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e em redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, considera-se um(a):
- (A) mapa de saúde
 - (B) região de saúde
 - (C) porta de entrada
 - (D) limite geográfico
- 04.** As moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, indivíduos sem suporte financeiro, social e/ou laços familiares que lhes permitam outra forma de reinserção, são denominadas de:
- (A) centros de convivência
 - (B) residências terapêuticas
 - (C) unidades de acolhimento
 - (D) centros de atenção psicossocial
- 05.** O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Segundo o Decreto nº 7.508 de 2011, quanto ao planejamento da saúde, é correto afirmar que:
- (A) o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas regiões de saúde
 - (B) o processo de planejamento da saúde será descendente e integrado, do nível federal até o local, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros
 - (C) o processo de planejamento da saúde é facultativo aos entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, devendo compor os mapas da saúde regional, estadual e nacional
 - (D) o Conselho Estadual de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde, sendo facultada essa elaboração aos entes públicos
- 06.** As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão que se encontra no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais é denominada de:
- (A) Comissão Intergestores Bipartite
 - (B) Comissão Intergestores Regional
 - (C) Comissão Intergestores Tripartite
 - (D) Comissão Intergestores Federativa
- 07.** A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Para receber os recursos financeiros, municípios, estados e Distrito Federal deverão contar com:
- (A) plano de gestão de riscos
 - (B) equipe de limpeza urbana
 - (C) contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento
 - (D) equipe para execução das ações de assistência social no território
- 08.** A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente é um marco na atenção à saúde, tendo como objetivo a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. De acordo com esse Programa, a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional é denominada de:
- (A) gestão de risco
 - (B) auditoria externa
 - (C) classificação de risco
 - (D) segurança do paciente

09. De acordo com a Lei nº 8.080/90, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde:
- (A) participar na formulação e na implementação das políticas de saneamento básico
 - (B) coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica
 - (C) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição
 - (D) executar serviços de alimentação e nutrição
10. No que diz respeito às diretrizes da Atenção Básica, pode-se dizer que a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, denomina-se:
- (A) ordenar as redes de saúde
 - (B) cuidado centrado na pessoa
 - (C) longitudinalidade do cuidado
 - (D) resolutividade da atenção básica

CLÍNICA AMPLIADA

Considerar o texto “Clínica e Cotidiano: o CAPS como Dispositivo de Desinstitucionalização” (Leal e Delgado, 2007), para responder às questões 11 a 13.

11. Os centros de atenção psicossocial – CAPS – são considerados dispositivos estratégicos da atual política pública de assistência à saúde mental. Com o objetivo de serem serviços voltados para a desinstitucionalização, se sustentam sobre o tripé:
- (A) a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS
 - (B) a rede, as oficinas ocupacionais e o suporte hospitalar
 - (C) a triagem diagnóstica, a clínica e o cotidiano do CAPS
 - (D) a hospitalização, a medicalização e a observação sistemática
12. Os autores do texto dissertam sobre a noção de clínica dos CAPS e afirmam que esta possui algumas nomeações: “clínica ampliada”, “clínica da atenção psicossocial” e “clínica da reforma”. Em relação à clínica dos CAPS, afirmam que não se trata de qualquer clínica, mas de um conjunto:
- (A) difuso de valores morais que definem uma prática de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e sua patologia
 - (B) particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento
 - (C) difuso de valores morais que definem uma prática simplificada de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento
 - (D) manicomial de princípios e preceitos que definem uma prática racista de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e sua patologia
13. A partir da perspectiva teórica construída no texto em relação ao CAPS, os autores destacam a perspectiva do cotidiano desse serviço, que é um “lugar” onde a vida acontece. Nesse sentido, o cotidiano do CAPS precisa ser:
- (A) aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de existir e estar no mundo, obra construída a cada tempo de sua existência, por mais que pareça vazia de sentido
 - (B) fechado o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de limitação da existência no mundo, obra construída a cada tempo do tratamento, por mais que pareça vazio de sentido
 - (C) aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de limitação da existência no mundo, obra construída a cada tempo de sua participação nas oficinas terapêuticas, por mais que pareçam vazias de sentido
 - (D) fechado o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de existir e estar no CAPS, obra construída a cada tempo do tratamento, por mais que pareça cheio de sentido

Considerar o texto “O Projeto Terapêutico Singular” (Oliveira, 2014), para responder às questões 14 e 15.

14. O Projeto Terapêutico Singular – PTS é apresentado pelo autor como uma tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar nos serviços da Atenção Básica em Saúde. Para formulação e operacionalização de um PTS efetivam-se três movimentos sobrepostos e articulados entre si, são eles:
- (A) cogestão do processo familiar, cogestão da demanda e coprodução/avaliação do diagnóstico
 - (B) coprodução da problematização, coprodução de projeto e cogestão/avaliação do processo
 - (C) coprodução do campo teórico-analítico, coprodução de projeto e cogestão/avaliação do diagnóstico
 - (D) coprodução da problematização, coprodução de oficinas terapêuticas e cogestão/avaliação do projeto
15. Oliveira (2014) refere como estratégia no serviço de saúde, para garantia da articulação entre formulação, ações e reavaliações, assim como da promoção de uma dinâmica de continuidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a existência de um:
- (A) profissional neutro
 - (B) profissional manicomial
 - (C) profissional intersetorial
 - (D) profissional de referência

Considerar o texto “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada” (Ministério da Saúde, 2009), para responder às questões 16 a 20.

16. Na perspectiva do Ministério da Saúde, a Clínica Ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, dessa forma, uma de suas características é:
- (A) integrar poucas disciplinas para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho médico, que é necessariamente biopsicossocial
- (B) integrar vários tratamentos para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente centrado na clínica médica
- (C) integrar várias abordagens diagnósticas para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho médico, que é necessariamente disciplinar e profissional
- (D) integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e multiprofissional
17. Um dos eixos que compõem a proposta da clínica ampliada é a ‘construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas’. No texto, a clínica é apresentada como um fazer complexo e, por isso, há necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Esse compartilhamento vai em direção:
- (A) da equipe de saúde, dos serviços de saúde, da ação intersetorial e dos usuários
- (B) da equipe médica, dos serviços farmacêuticos, da ação intersetorial e dos familiares
- (C) da equipe de saúde, dos serviços médicos, da ação multiprofissional e dos usuários
- (D) da equipe de gestão local, dos serviços de saúde, da ação terapêutica e dos profissionais
18. O Ministério da Saúde afirma que a fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial atingiu as organizações de saúde, contribuindo para uma progressiva redução do objeto de trabalho, mediante a excessiva especialização profissional. Partindo dessa análise, a proposta da clínica ampliada convida a uma:
- (A) redução do objeto de trabalho e ampliação da responsabilidade de pessoas sobre “pedaços de pessoas”
- (B) redução do objeto de trabalho para que pessoas não se responsabilizem por outras pessoas
- (C) ampliação do objeto de trabalho sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pessoas integrais”
- (D) ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas
19. O ‘suporte para os profissionais de saúde’ é também um dos eixos da clínica ampliada. Algumas dificuldades pessoais no trabalho em saúde geram preocupação e podem incidir na maior parte das vezes em:
- (A) soluções articuladas do processo de trabalho, aceitação na equipe, ausência de conflitos, facilidade de ver os resultados do trabalho na perspectiva da clínica ampliada
- (B) problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação
- (C) problemas no autocuidado, baixa solidariedade com o usuário, alta conflitividade, facilidade de vislumbrar os resultados do projeto terapêutico singular
- (D) resultados simplificados do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, baixa conflitividade, dificuldade de o profissional assumir seu medo e sua dor em decorrência da fragmentação
20. A clínica ampliada propõe algumas atitudes ao profissional de saúde na lida com pessoas que estão doentes, dentre elas, demanda que este desenvolva a capacidade de:
- (A) ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida
- (B) orientar cada pessoa a tratar-se com o médico especialista, de forma que a doença, mesmo sem gravidade, limite sua forma de viver
- (C) orientar cada pessoa a se conformar, considerando que a doença de toda forma a impedirá de viver outras coisas na sua vida
- (D) ajudar cada pessoa a entender sua doença, devendo evitar excessos e ficar mais isolada

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

21. O cuidado em saúde mental deve ser desenvolvido por todos os profissionais na Atenção Básica na medida em que seus objetivos sejam unificados por:
- (A) entendimento do território e vínculo da equipe de saúde com os usuários
- (B) entendimento multicausal da doença e vínculo do serviço de saúde com a comunidade ampliada
- (C) compreensão terapêutica das demandas do usuário e relação horizontal da equipe de saúde com as famílias
- (D) compreensão dos determinantes sociais da saúde e relação igualitária da equipe com os atores públicos do território

22. O sofrimento ou doença do usuário devem ser fonte de atenção, porém não o foco do trabalho do profissional de saúde. Tal trabalho deve estar voltado para:
- (A) as habilidades cognitivas e funcionais que possam ser preservadas
 - (B) os aspectos psicossociais que sejam indicadores de crises e de apoio social
 - (C) as dimensões da pessoa que sejam fonte de potencialidades e de produção de vida
 - (D) os elementos individuais e familiares que auxiliem na adesão ao tratamento e na inserção laboral
23. A escuta é uma ferramenta de grande potência e importância no trabalho da Atenção Básica porque, tendo o profissional de saúde como interlocutor, o paciente pode:
- (A) apresentar a história da doença e receber *feedback* quanto às alternativas de cuidado especializado
 - (B) contar e ouvir seu sofrimento de outra perspectiva e olhar para suas escolhas e para o modo como se movimenta na vida
 - (C) exteriorizar e avaliar conjuntamente seu mal-estar e identificar com a equipe os benefícios obtidos com os recursos terapêuticos
 - (D) relatar seu processo de adoecimento a partir da sua visão de mundo e identificar os momentos de crise na sua história psiquiátrica
24. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) consiste em apoio matricial para as equipes de Saúde da Família e implica a corresponsabilização pelos casos. Esse tipo de apoio se desenvolve através de:
- (A) anamneses e avaliações conjuntas, definição de protocolos de tratamento, abordagens familiares, visitas territoriais
 - (B) avaliações e discussões coletivas, definição das linhas de cuidado individuais e coletivas, atividades terapêuticas grupais, supervisão clínica
 - (C) análise de casos clínicos, consultas especializadas, construção de planos coletivos de tratamento, atendimentos sociais, realização de reuniões de equipe
 - (D) discussões e consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos, intervenções com as famílias e com as comunidades, realização de grupos
25. Pode-se afirmar que a vantagem dos grupos, como tecnologia de promoção da saúde mental na Atenção Básica, em relação aos atendimentos individualizados, se deve:
- (A) ao maior número de participantes, à possibilidade de relatos coletivos e de ajuda mútua
 - (B) à multiplicidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações
 - (C) à diversidade de demandas, ao processo grupal de expressão do sofrimento e ao melhor manejo da equipe
 - (D) à otimização dos recursos públicos, à pluralidade de experiências singulares e construção coletiva do objetivo do grupo
26. Dentre os pressupostos que devem ser considerados como norteadores na organização da rede para acolhimento, abordagem e cuidado às pessoas em situação de crise no território, pode-se destacar:
- (A) o entendimento de que a crise não é um fenômeno patológico, condensado no adoecimento de uma pessoa e, sim, produzida pela dinâmica familiar do usuário
 - (B) o entendimento de que a crise não é uma manifestação de sintomas, reunidos no psiquismo de uma pessoa e, sim, produzida pelos conflitos interpessoais do usuário
 - (C) a compreensão de que a crise não é um fenômeno subjetivo, produzido pelo sistema nervoso da pessoa, e, sim, produzida a partir das interações sociais conflitivas
 - (D) a compreensão de que a crise não é uma condição pessoal, instalada no interior da pessoa que a expressa e, sim, produzida nas relações e contexto de vida do usuário
27. A política pública de saúde prevê a introdução das ações de saúde mental na Atenção Básica. Tal direcionamento representa uma estratégia para:
- (A) provocar a reorientação das práticas psiquiátricas e oferecer atendimento psicológico no território
 - (B) produzir rupturas no modelo tradicional de assistência e ampliar a clínica da atenção psicossocial
 - (C) fortalecer a porta de entrada da atenção em saúde mental e remodelar o trabalho social familiar
 - (D) garantir o cuidado multiprofissional e implementar ações voltadas aos grupos vulneráveis

28. A articulação com a Atenção Básica potencializa as práticas de atenção em saúde mental, na medida em que são desenvolvidas por serviços não especializados. Dessa articulação resulta:
- (A) a expansão dos espaços de cuidado e a desmistificação da loucura
 - (B) o aperfeiçoamento das ações psicossociais e o respeito à doença mental
 - (C) a ampliação das técnicas de cuidado humanizado e a valorização dos usuários
 - (D) o avanço das atividades generalistas e o reconhecimento dos processos comunitários de adoecimento
29. Sobre a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, podem ser considerados como aspectos facilitadores:
- (A) o apoio matricial e a produção de cronogramas de intervenções embasados na condição clínica geral e na cidadania dos familiares
 - (B) a reunião de equipe e o desenvolvimento de ações sanitárias voltadas para a autonomia e estabilização do quadro psiquiátrico dos usuários
 - (C) a reunião de equipe e a definição de projetos terapêuticos baseados na condição psicopatológica e liberdade dos usuários
 - (D) o apoio matricial e a construção de formas de cuidado pautadas na solidariedade, na autonomia e na cidadania dos usuários
30. A capilaridade no território assegura a potencialidade para o desenvolvimento de ações em saúde mental na Atenção Básica. A construção de práticas de cuidado pelos serviços deve incluir como condição para o trabalho a:
- (A) integralidade da atenção e a valorização dos sujeitos em suas complexidades
 - (B) igualdade das ações em saúde e o reconhecimento das questões singulares dos usuários
 - (C) oferta regular de assistência multidisciplinar e o reconhecimento das vulnerabilidades de cada usuário
 - (D) a participação dos usuários nas ações de saúde e a valorização dos saberes da equipe não especializada

REFORMA PSIQUIÁTRICA

31. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, delibera sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu Artigo 4º, prevê que a internação, independente da modalidade, só será recomendada quando houver:
- (A) agravamento do quadro psiquiátrico
 - (B) precariedade dos recursos familiares
 - (C) indicação de acompanhamento ininterrupto
 - (D) insuficiência dos recursos extra-hospitalares

Considerar o texto “De volta à cidade, Sr. cidadão!” (Amarante e Torre, 2018) para responder às questões 32 a 37.

32. Pode-se afirmar que o princípio do isolamento terapêutico, base do modelo manicomial, ao produzir a institucionalização do louco, provocou também:
- (A) o afastamento das relações sociais, com anulação dos direitos civis e políticos
 - (B) a retirada dos direitos trabalhistas, além da dificuldade de circulação social e participação política
 - (C) a destituição da sua participação social, com perda do direito à cidade e da condição de cidadania
 - (D) o distanciamento das relações afetivas e a extinção dos vínculos comunitários e de suporte material
33. De acordo com os autores, os objetivos e a própria concepção de reforma psiquiátrica podem ser repensados com base no conceito de autonomia, na medida em que:
- (A) a garantia da autonomia inclui o respeito às escolhas individuais e modos de vida e supera a construção de políticas sociais
 - (B) a produção de autonomia ultrapassa o acesso a serviços e políticas de saúde, prolongando-se em produção de vida e de cidadania
 - (C) o destaque à autonomia compreende a valorização da produção individual de saúde e do livre arbítrio e se estende além do tratamento ofertado
 - (D) o desenvolvimento da autonomia envolve o reconhecimento da cidadania e das competências dos usuários e extrapola a organização do sistema de saúde
34. Conforme apresentado pelos autores do texto é correto afirmar que as mudanças em andamento a partir da reforma psiquiátrica são essenciais à reflexão sobre a institucionalização do Sistema Único de Saúde porque:
- (A) oferecem um modelo para a organização da participação coletiva e definem o papel dos atores intersetoriais
 - (B) exemplificam o processo de valorização do saber popular e de complementariedade das ações intersetoriais
 - (C) favorecem o diálogo das políticas de saúde com os movimentos sociais e a busca de articulações intersetoriais
 - (D) valorizam a articulação dos movimentos sociais com os movimentos dos trabalhadores e indicam os avanços intersetoriais obtidos

35. Um novo enfoque da saúde e das políticas públicas tem sido utilizado como referência pela reforma psiquiátrica no campo da saúde mental, qual seja:
- (A) a crítica ao modelo curativo-hospitalocêntrico e a ideia da produção social da saúde articulada ao território e à cultura
 - (B) a ruptura com o modelo medicalizante e a concepção social dos indicadores de saúde existentes no território
 - (C) a ruptura com o modelo biomédico e a ideia de produção cultural da saúde atrelada às concepções da comunidade
 - (D) a crítica ao modelo cartesiano e a concepção ampliada de adoecimento voltada aos determinantes sociais da saúde
36. Os autores chamam atenção para o risco de redução da reforma psiquiátrica a uma reestruturação dos serviços sanitários em que se manteria a produção da gestão da loucura. O que está compreendido nessa redução é a:
- (A) valorização da avaliação diagnóstica
 - (B) perpetuação da relação médico-paciente
 - (C) manutenção dos protocolos medicamentosos
 - (D) reprodução dos mecanismos do dispositivo psiquiátrico
37. A reforma psiquiátrica, enquanto movimento social, promoveu mudanças no discurso e nas práticas em relação ao sofrimento mental. A reforma se origina de bases políticas que colocam em cena:
- (A) o combate às autoridades e a luta pelos direitos de expressão e de circulação
 - (B) o embate à repressão e a luta pela cidadania, sob o lema dos direitos universais
 - (C) a crítica ao autoritarismo e a luta pela liberdade, sob a marca dos direitos humanos
 - (D) a crítica aos processos ditatoriais e a luta pela garantia dos direitos sociais e humanos

Considerar o texto “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios” (Amarante e Nunes, 2018) para responder às questões 38 a 40.

38. Os autores destacam que, a utilização da arte e da cultura como meio e como fim no processo de reforma psiquiátrica brasileira lhe conferiu originalidade. Tal utilização possibilitou:
- (A) alterações no cenário social e nas nomeações positivas da loucura
 - (B) modificações nas práticas terapêuticas e na forma de classificar a loucura
 - (C) transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre a loucura
 - (D) mudanças nas concepções públicas e no modo de afirmar a relevância da loucura

39. Ao traçar um paralelo entre a reforma sanitária e o processo de reforma psiquiátrica, os autores apontam que esta última conseguiu avançar em relação à garantia da:
- (A) complexidade da atenção
 - (B) mudança do modelo assistencial
 - (C) implementação do trabalho multiprofissional
 - (D) participação social na construção de políticas
40. Em relação aos avanços da reforma psiquiátrica brasileira, é correto destacar:
- (A) relevante regulação dos leitos psiquiátricos públicos e privados e aumento dos serviços tipo hospital-dia
 - (B) expressiva reestruturação da assistência hospitalar e aumento nos serviços especializados de saúde mental
 - (C) significativa redução do número de leitos psiquiátricos e aumento no investimento em serviços de atenção psicossocial
 - (D) profunda avaliação dos leitos psiquiátricos e aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial para adultos

ESPECÍFICO DA CATEGORIA PROFISSIONAL

Considerar o texto “Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro” (Lima, Rocha, Vale e Fonseca, 2015), para responder às questões 41 a 44.

41. As drogas e seus diferentes usos foram objeto transversal da prática profissional do Serviço Social brasileiro. Durante o período do Estado Novo (1937-1945), a intervenção profissional propunha uma perspectiva educativa para aqueles que consumiam bebida alcoólica de maneira não moderada. Dessa forma, tratava-se de uma questão social como:
- (A) uma questão de saúde pública
 - (B) um problema individual e moral
 - (C) uma questão familiar e do Estado
 - (D) um problema coletivo e de caráter
42. No texto, as autoras apresentam um recorte histórico a respeito das drogas e sua proibição. Em relação às diferenças socioculturais atribuídas à droga ao longo da história, é possível afirmar que:
- (A) a admissão da droga como mercadoria somente ocorreu durante a Revolução Francesa
 - (B) as plantas “mágicas” foram prescindíveis para trocas comerciais no mercantilismo seja como mercadoria-dinheiro ou como especiarias
 - (C) as drogas se tornaram mercadoria a partir da necessidade de abnegar seu valor de uso e de troca e suas práticas estarem assentadas no trabalho assalariado
 - (D) o assalariamento da força de trabalho e o desenvolvimento científico possibilitaram retirar das plantas “mágicas” seus princípios ativos transformando-as em mercadoria

43. A partir da configuração histórica das drogas enquanto mercadoria, as autoras destacam que se instaura nas políticas sociais um espaço de disputa de diferentes e antagônicos interesses de classes: de um lado a política repressiva e criminal, e de outro, a orientação ético-política da redução de danos. Entende-se por redução de danos:
- (A) prática higienista que direciona para a abstinência o tratamento ofertado
 - (B) possibilidade de fissura no solo do proibicionismo, tendo como estratégia de cuidado a abstinência
 - (C) estratégia de cuidado cuja responsabilização está no caráter decisório dos sujeitos, tendo como foco as drogas
 - (D) estratégia de cuidado que reconhece os direitos humanos e democráticos, de modo a respeitar a escolha do sujeito
44. No texto, enfatiza-se que “apesar de todo discurso ideologizado que demoniza as drogas, as substâncias psicoativas continuam atendendo as necessidades humanas”. Com base nessa verdade, as autoras destacam que a proibição de venda e consumo de drogas torna cada vez mais lucrativo esse negócio ilegal e, também, amplia a exploração da força de trabalho de adolescentes no transporte de drogas, com seus efeitos sociais. Pode-se considerar como efeito social:
- (A) os adolescentes são culpabilizados e reprimidos sem que suas trajetórias de vida sejam consideradas
 - (B) a maioria dos adolescentes está em situação de vulnerabilidade e submetida a relações de trabalho não violentas
 - (C) o ato infracional equiparado a tráfico de drogas é, no Brasil, a menor causa de internações de medidas socioeducativas
 - (D) os adolescentes têm seus direitos básicos assegurados e considera-se o risco e as violações de direitos aos quais estão submetidos
- Considerar o texto “Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora” (Passos, 2017), para responder às questões 45 a 51.**
45. Apesar de considerar que a direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido antimanicomial, a autora destaca uma crise na direção da política após a institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/2011. Tal crise se deu pela inclusão:
- (A) dos centros de convivência
 - (B) das comunidades terapêuticas
 - (C) das unidades de acolhimento adulto
 - (D) das enfermarias especializadas em hospital geral
46. No I Encontro Nacional da RAPS, os participantes (trabalhadores, usuários e familiares) elaboraram uma carta a fim de denunciar a grave ameaça que a política de saúde mental, álcool e outras drogas vem sofrendo. Dentre os fatores que compõem tal ameaça, pode-se destacar:
- (A) a inclusão de comunidades terapêuticas, com caráter manicomial e laico
 - (B) as medidas higienistas utilizadas pelo poder público para lidar com a guerra às drogas
 - (C) a desqualificação da equipe técnica especializada e o decrescente número de internações compulsórias
 - (D) o financiamento público para as comunidades terapêuticas e o número crescente de internações compulsórias
47. De acordo com a autora, a luta antimanicomial está pautada pela direção ético-política. O II Encontro de Bauru teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Sobre esse encontro, pode-se dizer que:
- (A) racionaliza e moderniza os serviços de saúde mental
 - (B) restringe as práticas cotidianas e localiza a ruptura com o modelo manicomial na micropolítica
 - (C) desvela a característica opressora dos manicômios, institucionalizando as representações na participação dos conselhos de saúde
 - (D) marca uma ruptura com o modelo manicomial, estabelecendo um compromisso com o movimento popular e a classe trabalhadora
48. A fim de que a Reforma Psiquiátrica não se reduza à mudança de modelo assistencial e legislativo, é necessário:
- (A) politizar e institucionalizar a militância
 - (B) intervir na micropolítica e transcender o saber biomédico
 - (C) romper com as desigualdades e opressões de classe, gênero, raça e sexualidade
 - (D) institucionalizar a representação de usuários e familiares nos movimentos sociais
49. Ao retomar as bases conceituais da direção ético-política da luta antimanicomial, a autora identifica e afirma o potencial revolucionário desse movimento. A partir disso, vai relacionando os pontos em comum do movimento de Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial ao movimento de Reconceitualização, intenção de ruptura e da construção do projeto ético-político brasileiro. Segundo a autora, é correto reconhecer como pontos de potencialidade revolucionária:
- (A) liberdade, democracia, direitos civis
 - (B) emancipação, fraternidade, autonomia
 - (C) liberdade, emancipação, direitos humanos
 - (D) direitos humanos, autonomia, liberdade

50. A autora enfatiza que “as pessoas em sofrimento psíquico demandam cuidado em saúde mental e suporte para gerirem suas vidas, o que não as coloca no lugar de incapazes e, sim, de sujeitos que exigem uma outra forma de sociabilidade para poderem existir com suas singularidades”. Considerando a dimensão jurídico-política, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica garantiu:

- (A) o processo de reconhecimento do Estado em relação aos direitos sociais dos sujeitos em sofrimento psíquico, que é identificado como emancipação política
- (B) o reconhecimento da emancipação política dos sujeitos em sofrimento psíquico, que vem sendo construído de maneira gradativa sem grandes impasses
- (C) a emancipação política das pessoas em sofrimento psíquico, que garante a plena liberdade daqueles considerados incapazes e improditivos
- (D) a viabilização dos direitos sociais para os usuários de saúde mental e seus familiares, que está descolada das articulações intersetoriais

51. No texto, é reforçada a importância da ruptura com os manicômios sociais e a importância de uma análise da conjuntura sócio-histórica. Essa orientação ético-política aproxima o campo do Serviço Social da Saúde Mental, de modo que o objeto de trabalho do Serviço Social é identificar como a questão social se expressa naquele âmbito. A autora salienta que:

- (A) os impactos do trabalho do assistente social com os usuários de saúde mental e seus familiares fez com que o Serviço Social tomasse como objeto a subjetividade
- (B) a predominância da análise da micropolítica e da estrutura subjetiva dos sujeitos influenciou para certo distanciamento do Serviço Social da Saúde Mental
- (C) a Reforma Psiquiátrica simpática se aproxima do projeto ético-político do Serviço Social, pois debate o projeto societário
- (D) a inclusão de uma análise da micropolítica aproximou o Serviço Social da Saúde Mental através do trabalho clínico

Considerar o texto “Intersetorialidade, Políticas Sociais e Famílias na Saúde Mental” (Pereira, 2020), para responder às questões 52 a 57.

52. A proteção social brasileira se estruturou com base em estratégias fragmentadas de enfrentamento das expressões da questão social pelo Estado, dividindo as políticas sociais por áreas, setores ou temas. As possíveis consequências desse fato, de acordo com a exposição do texto, são a naturalização das desigualdades sociais como algo inerente ao sistema capitalista e/ou a individualização das expressões da questão social, resultando em um processo de apassivação das lutas sociais. Para que as políticas sociais respondessem efetivamente à questão social em sua totalidade, seria necessário(a):

- (A) a criação de um modelo de proteção social desfragmentado baseado no estado de bem-estar social e associado ao tripé da seguridade social
- (B) o enfrentamento do próprio modo de produção capitalista e as contradições inerentes a esse modelo de produção e de sociabilidade
- (C) o compartilhamento do cuidado por meio de uma política social única e da interdisciplinaridade de saberes nos equipamentos socioinstitucionais da Rede de Atenção Psicossocial
- (D) a corresponsabilização de familiares, profissionais, sociedade, mercado e Estado para criação, implementação e avaliação da rede de proteção social brasileira, integrando o serviço público e o privado

53. Os princípios da Reforma Psiquiátrica atribuem novo papel a ser desempenhado por familiares na Política de Atenção Psicossocial – compartilhando com o Estado a responsabilização do cuidado a pessoas com transtornos mentais – e pressupõem um conjunto de intervenções necessárias à construção de possibilidades para a conquista de autonomia e cidadania nos territórios, em direção oposta à concepção neoliberal. Nesse sentido, o conceito que representa a articulação indispensável e desafiadora entre as políticas que compõem a Seguridade Social é a:

- (A) integralidade
- (B) intersetorialidade
- (C) interdisciplinaridade
- (D) corresponsabilidade

54. O processo de Reforma Psiquiátrica é um marco da Política Nacional de Saúde Mental, pois em decorrência desse processo e do marco legal que a legitima reorientou-se o modelo assistencial de cuidado à pessoa com transtornos mentais, que passa a ser entendida como sujeito de direitos. Todavia, a (contra)reforma do Estado brasileiro, a partir dos anos 90, caminha na contramão das conquistas de direitos relativos à saúde, previdência e assistência social garantidos pela Carta Magna de 1988 e pela legislação antimanicomial. Nesse contexto, a concepção neoliberal garante a retomada da valorização e potencialização das funções protetivas da família no âmbito das políticas sociais, sendo esta a principal instância de proteção social em paralelo ao retraimento das funções sociais do Estado, fato que pode ser entendido como:
- (A) familismo
 - (B) família parceira do cuidado
 - (C) proteção social familiarizada
 - (D) proteção social desfamiliarizada
55. De acordo com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização deve ir além da saída do sujeito da internação psiquiátrica, e o assistente social, como um dos profissionais desse campo, deve orientar suas intervenções para que:
- (A) haja uma transformação no campo do saber e das instituições, possibilitando reconstrução de relações entre os diversos atores sociais e a pessoa com transtorno mental, reedificando o próprio ambiente sociocultural do território, de forma a potencializar o acesso à cidadania para esses sujeitos
 - (B) todos os recursos socioassistenciais sejam utilizados, inclusive a família, que será a principal referência de cuidado e o Centro de Atenção Psicossocial, equipamento da atenção psicossocial, como retaguarda para situações de crise, garantindo o cuidado em liberdade
 - (C) estas sejam direcionadas tendo em vista as dimensões técnico-operativas, ético-políticas, teórico-metodológicas no campo da atenção psicossocial para o enfrentamento das expressões da questão social no ambiente extra-hospitalar
 - (D) o usuário seja o protagonista de seu tratamento e participe ativamente da construção do seu Projeto Terapêutico Singular em conjunto com a equipe/profissional de referência, preservando sua autonomia
56. São objetivos da Rede de Atenção Psicossocial em consonância com o Projeto Ético-Político do Serviço Social:
- (A) qualificar o cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo e atenção às urgências/ ampliar o acesso de serviços de saúde mental à população em geral sem nenhuma forma de discriminação ou preconceito/ ofertar cuidado em leitos de hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas
 - (B) ter a liberdade como valor ético central, contando com a família, o Estado e a sociedade/ considerar todos os pontos de atenção da rede, incluindo o terceiro setor e instituições religiosas para fins de internações de urgências e emergências/ assegurar a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território/ fortalecer ações intersetoriais e qualificar o cuidado
 - (C) ampliação do acesso de serviços de saúde mental à população em geral, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias/ assegurar articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território/ fortalecer ações intersetoriais e qualificar o cuidado
 - (D) fortalecer ações intersetoriais e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo/ atendimento psicossocial, sendo priorizado recursos para ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos em detrimento de investimentos em equipamentos do território como Centros de Atenção Psicossocial/ Comunidades terapêuticas como parte da RAPS e recurso importante para retomada da abstinência para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

57. Na sociedade burguesa, o cuidado às pessoas na família e na sociedade tem sido associado a um atributo natural feminino para suprir as necessidades da reprodução do capital, enquanto cabe aos homens o processo produtivo. No modelo manicomial/ hospitalocêntrico, a família era tida como um sujeito “extra” no tratamento, mas no novo modelo assistencial de saúde mental brasileira ela passa a ser a protagonista e principal parceira dos serviços de provisão de cuidados à pessoa com transtornos mentais, em uma divisão de responsabilidades com o Estado. No contexto de ampliação do cuidado comunitário, alguns fatores podem favorecer a provisão de cuidado familiar:

- (A) responsabilização e culpabilização das famílias no processo de adoecimento da pessoa com transtornos mentais, com apoio em saberes que reforçam a primazia do cuidado e da proteção social da família
- (B) sobrecarga do núcleo familiar, principalmente das mulheres, a quem culturalmente são atribuídas funções e papéis de cuidado, proteção, educação e administração do lar, considerando-as como principais parceiras
- (C) ações intensivas e de retaguarda dos serviços para que as famílias possam continuar exercendo suas funções como cuidadoras, que reafirmem o papel do Estado na proteção social da sociedade em geral
- (D) ações intensivas e de retaguarda dos serviços para que as famílias possam continuar exercendo suas funções como cuidadoras, entendendo que as famílias na atenção psicossocial possuem o único papel de se tornar um recurso para promoção do cuidado desinstitucionalizado

Considerar o texto “Entre o assistir e o cuidar: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro” (Passos, 2017), para responder às questões 58 a 60.

58. A autora destaca três diferentes influências teóricas e filosóficas a respeito do cuidado em saúde: o cuidado em Heidegger, o cuidado de si e o cuidado como práxis social. Com base nas três principais dimensões do Serviço Social, pode-se afirmar que uma sociedade cuidadora só será possível com:

- (A) o fim da propriedade privada e das opressões/ explorações de classe, gênero e raça/etnia
- (B) atos, ações e razões de cuidado enquanto atividade, em uma perspectiva existencialista fenomenológica
- (C) resposta às necessidades individuais, ou seja, conforme a arte da existência proporciona o autocuidado
- (D) o cuidado como responsabilidade de todos, mas principalmente das famílias, que devem prover o bem-estar social dos indivíduos dependentes, sobretudo como atribuição e responsabilidade das mulheres

59. As práticas sociais de maternidade transferida são utilizadas por mulheres como forma de compartilhar as responsabilidades do trabalho do cuidado com outras mulheres e responder às necessidades do mercado de trabalho. Embora as que exerçam tais funções ainda sejam invisibilizadas e subalternizadas, elas sempre ocuparam o espaço de produção e reprodução social e material nessa sociedade. Esse compartilhamento é marcado por uma diferença fundamental entre essas mulheres quanto a:

- (A) orientação sexual
- (B) raça/etnia
- (C) gênero
- (D) classe

60. De acordo com o exposto no texto, pode-se afirmar que a assistência se constitui como política social, ou seja, como agrupamento de ações do Estado que permitem acesso a bens e serviços de forma concreta, principalmente às famílias mais empobrecidas, incluindo aquelas que possuem pessoas com transtornos mentais na composição de seus núcleos. O assistente social utiliza os recursos da assistência para viabilizar acesso a tais bens e serviços à população usuária, porém é imprescindível que esse profissional entenda que tal política é:

- (A) compensatória, prestada a quem dela necessitar, baseada em assistencialismo e movida pela caridade
- (B) assistencial, prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social
- (C) compensatória, cumpre a função ideológica de possibilitar o consenso entre as classes, neutralizando as tensões e conflitos existentes
- (D) assistencial, sendo um mecanismo do Estado para atender ora os interesses da classe dominante ora os das classes empobrecidas, balizado por igualdade, liberdade e fraternidade