

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

EDUCADOR FÍSICO

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

41. Ao se observar que muitas pesquisas realizadas que envolvem Educação Física e saúde mental ainda estão relacionadas ao limite biofisiológico psiquiátrico, pode-se dizer que são atribuídas a essa categoria profissional características relacionadas ao modelo:
- (A) tecnicista
 - (B) humanista
 - (C) cognitivista
 - (D) sociocultural
42. Com o objetivo de tornar o usuário ativo no processo de cuidado em saúde e inserção social, a atividade específica da Educação Física que pode promover diversas vivências positivas para momentos de convívio social e lazer é:
- (A) prática corporal
 - (B) exercício sensorial
 - (C) dimensão biológica
 - (D) treinamento periodizado
43. O trabalho do profissional de Educação Física, por vezes, demanda materiais e espaços para a realização de atividades apropriadas que legitimariam o exercício de sua função. Face à ausência dessa estrutura mais específica, a conduta apropriada é:
- (A) construir possibilidades e reinventar os espaços
 - (B) suspender as atividades e manter a legitimidade
 - (C) criar alternativas e aumentar a segurança da ação
 - (D) evitar o discurso e resistir na importância da estrutura

44. A prática profissional no contexto da saúde mental, atualmente, tem superado a mera noção de psiquiatria para a inclusão de novas práticas. Assim, os projetos terapêuticos deverão compreender um cuidado continuado e ampliado que destaque a importância em:
- (A) planejar práticas terapêuticas medicalizadas que priorizam os profissionais da saúde mental
 - (B) conhecer possibilidades de intervenção e articulação com as demais categorias profissionais
 - (C) desenvolver um cuidado fragmentado com a expectativa de práticas disciplinares específicas
 - (D) atuar em linhas de cuidado no processo da atenção terciária à saúde como ponto de atenção
45. O trabalho na saúde mental, além das práticas tradicionais, também requer novos posicionamentos profissionais, para evitar a reprodução de um contexto sociocultural em Educação Física, normalmente restrito a prescrição e promoção de exercícios. Por isso, é oportuno trazer à tona a discussão sobre:
- (A) a ampliação das intervenções da Educação Física e das práticas recreativas em saúde
 - (B) novas metodologias quanto ao efeito da atividade física na terapia em saúde mental
 - (C) a preservação da identidade profissional apesar da mudança do cenário de atuação
 - (D) as representações sociais acerca da atuação do profissional de Educação Física
46. No âmbito da desinstitucionalização e promoção da autonomia no trabalho com grupos terapêuticos de cuidado em saúde mental, a atuação do profissional de Educação Física deve incorporar novas competências, tais como:
- (A) apropriar-se de saber tecnológico, trabalho remoto e uso das mídias sociais em saúde
 - (B) dominar tecnologias complexas, trabalhar de forma interdisciplinar e setorial
 - (C) conhecer a clínica, atuar individualmente e se destacar disciplinarmente
 - (D) utilizar prontuários, trabalhar em equipe e articular com outros setores
47. Ao se pensar em práticas desinstitucionalizantes na saúde mental, que façam o usuário conhecer espaços além dos tradicionais locais de “combater a doença”, a Educação Física tem uma contribuição fundamental porque:
- (A) a unidade de tratamento tem outros espaços, além de permitir o uso de várias estruturas
 - (B) o acompanhamento em locais diferenciados acalma, além de facilitar o manejo do tratamento
 - (C) o espaço da atividade física também está fora da instituição, além de ter um papel socializador
 - (D) o local da prática é ampliado para outras categorias profissionais, além da proximidade com o usuário
48. Considerando a transição das práticas em saúde mental, que confrontam o cuidado manicomial e o acolhimento desse sofrimento com mais liberdade, a Educação Física contribui para essa perspectiva ao propor possibilidades de atividades que:
- (A) facilitem os procedimentos prescritos ao tratamento e o manejo adequado das medicações
 - (B) estabeleçam uma distância profissional segura com efetividade para o tratamento terapêutico
 - (C) ampliem a dimensão de vínculo e demandem maior participação do usuário no seu projeto terapêutico
 - (D) promovam o efeito adequado do exercício físico visando o alívio dos sintomas e o bem-estar social
49. No processo de desinstitucionalização e na tentativa de superação do modelo manicomial, o reconhecimento do fazer da Educação Física na saúde mental pode se destacar pela implementação de atividades que:
- (A) consolidem a sua formação inicial
 - (B) não se restrinjam a sua *expertise*
 - (C) fundamentem a sua especialidade
 - (D) sejam lúdicas e efetivas para a saúde
50. A história da reforma psiquiátrica tensiona a assistência em saúde mental para um novo modelo, que se concretiza na mudança e na participação de novas práticas profissionais. Entretanto, considerando o núcleo específico de atuação da Educação Física, os efeitos biofisiológicos do exercício físico são:
- (A) aumento de vínculo e participação de atividades em outros equipamentos
 - (B) atenuação das reações adversas dos medicamentos e redução do estresse
 - (C) maior possibilidade de atender em grupos e aliviar o sofrimento psicológico
 - (D) redução da capacidade aeróbia e muscular, com uma melhor regulação hormonal
51. A Educação Física pode trazer importantes contribuições para o tratamento da saúde mental, desde que compreendida além do enfoque biológico. Contudo, ainda são predominantes as pesquisas sobre essa dimensão que enfatizam na prática a existência de uma:
- (A) relação de “causa e efeito” entre exercício e saúde
 - (B) reflexão sobre o efeito emocional do movimento coletivo
 - (C) prática social favorável à reinserção do usuário na comunidade
 - (D) dinâmica em que sobressaem os aspectos pedagógicos e corporais

52. A atuação da Educação Física voltada para os aspectos estritamente biológicos é uma lógica que reduz o sujeito a objeto e prioriza configurações quantitativas e individuais em prejuízo da:
- (A) vida pouco saudável e diretrizes do SUS
 - (B) medicação associada ao plano terapêutico
 - (C) busca pelo significado das ações humanas
 - (D) metodologia aplicada para exercícios fidedignos
53. O estilo de vida pouco saudável, segundo algumas abordagens, culpabiliza o sujeito e o faz responsável por escolhas que levariam ao adoecimento. Sendo assim, o exercício físico emerge como um remédio prescrito pelo profissional de Educação Física. Dessa forma, na perspectiva do SUS e da proposta do tratamento em saúde mental, o trabalho da Educação Física deve se diferenciar do tradicional e compreender:
- (A) as dimensões físicas e emocionais como princípios do treinamento
 - (B) as competências organizativas e operacionais para o planejamento
 - (C) as diretrizes doutrinárias e federativas para a coordenação do cuidado
 - (D) as dimensões socioeconômicas e culturais como determinantes da saúde
54. O trabalho da Educação Física, na concepção de outras categorias na saúde mental, também requer a desconstrução de modelos hegemônicos estabelecidos na visão da sociedade e do próprio campo da Educação Física. Logo, uma fundamental tarefa é explicitar:
- (A) a contradição entre o discurso da reforma psiquiátrica e as ações da Educação Física
 - (B) o papel do profissional de Educação Física como integrante da equipe de saúde mental
 - (C) a lacuna de conhecimento existente entre o saber da clínica psiquiátrica e o exercício físico
 - (D) o contexto problemático que a Educação Física encontra para exercer suas ações em campo
55. O trabalho realizado pela Educação Física nos locais de atendimento da saúde mental ainda é uma proposta recente e pouco abordada na formação inicial. Desafios para o profissional do ponto de vista individual, por seus valores familiares e sociais, bem como para o aspecto profissional consistem:
- (A) na inclusão de novas competências disciplinares que personalizem o transtorno mental
 - (B) na ressignificação da prescrição do exercício para população com realidade diferenciada
 - (C) no crescimento do papel da Educação Física, tendo em vista concursos públicos para esse campo
 - (D) no desconhecimento do campo da saúde mental e na pouca familiaridade com a saúde pública
56. O início do trabalho do profissional de Educação Física nas unidades da rede de atenção em saúde mental, geralmente é permeado por indagações quanto ao que fazer, e como fazer. Nesse sentido, há um processo de adaptação às especificidades e aos princípios que envolvem a atuação no campo da saúde mental antes de praticar o atendimento. Assim, o êxito na adesão às propostas de atividades, partindo de observações, depende da:
- (A) ampliação do saber sobre saúde mental
 - (B) inclusão de ações ocupacionais diárias
 - (C) organização de estímulos adequados
 - (D) criação de vínculo com os usuários
57. Considerando o trabalho do profissional de Educação Física nas unidades da rede de atenção em saúde mental, a decisão sobre os conteúdos que serão desenvolvidos ocorre em função das necessidades do usuário, identificadas através de escuta qualificada no momento do:
- (A) planejamento
 - (B) matriciamento
 - (C) acolhimento
 - (D) grupo terapêutico
58. A Educação Física na unidade de tratamento da saúde mental precisa construir práticas corporais que tenham maior envolvimento nesse contexto, e não reproduzir atividades convencionais. Logo, uma Educação Física designada “da” e não “na” unidade de tratamento. Dessa forma, pode-se interpretar “da” como algo:
- (A) exclusivo que não pode ser replicado, oposto de “na”, que pode
 - (B) feito para as necessidades do serviço, diferente de “na”, uma transposição
 - (C) que legitima uma prática, diferentemente de “na”, que é comum a todas
 - (D) restrito à Educação Física, oposto de “na”, de atuação multiprofissional
59. Na tentativa de refletir sobre a organização das atividades trabalhadas pela Educação Física, com a finalidade de reinserir o usuário do serviço na sociedade, as estratégias são elaboradas para a construção de ações que promovam oportunidades de:
- (A) matriciamento e acolhimento
 - (B) autonomia e corresponsabilização
 - (C) construção de grupos e oficinas
 - (D) observação e estudos de casos
60. A inclusão da Educação Física para o contexto da reforma psiquiátrica fortalece a proposta de melhorar a qualidade e o acesso ao tratamento em saúde mental aos seus usuários. Nessa direção, além da clínica indispensável, convém aproveitar o novo processo com a reconstituição dos direitos de:
- (A) observar, idealizar, permitir e decidir
 - (B) cuidar, proteger, escutar e caminhar
 - (C) criar, opinar, escolher e relacionar-se
 - (D) falar, perguntar, aprender e alimentar