

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

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 “Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica” (Gonçalves e Benevides de Barros, 2013) para responder às questões 41 a 43.

41. O artigo discute o Acompanhamento Terapêutico (AT) no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. As autoras apresentam reflexões e definições do campo e definem o AT como:
- (A) um serviço fundamental no processo de construção de uma assistência de qualidade, para além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, pois inclui nas suas ações os campos da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e saúde da clientela
 - (B) um dispositivo que se monta sempre no limite dos saberes e das instituições, funcionando muitas vezes como articulador, mas também como desestabilizador das relações cristalizadas presentes nas famílias e também na rede dos serviços de saúde
 - (C) um modelo de assistência em saúde mental, no qual a atenção passa a ser pensada na fronteira entre o individual e o coletivo, entre a clínica e a política
 - (D) um conceito relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”

42. O artigo apresenta o AT em suas variações e em suas articulações com a rede de saúde mental e dá ênfase para algumas funções que o AT opera. Essas funções foram apresentadas e desenvolvidas no texto em três sessões, evidenciadas com subtítulos em negrito, a saber:
- (A) O AT como analisador da Reforma Psiquiátrica Brasileira, O AT como analisador da clínica e A produção do comum na clínica
 - (B) O AT e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, O AT e sua função clínico-política, O AT e a produção de um estatuto público para a clínica
 - (C) A Reforma Psiquiátrica e a surgimento do AT, O AT como experiência coletiva, A produção do comum na clínica
 - (D) O AT como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, O AT como dispositivo público, A produção do coletivo no comum da clínica
43. Segundo os autores, a função de publicização do acompanhamento terapêutico pode ser definida como:
- (A) uma produção de modos de cuidar em rede, de tal forma que quem acompanha é a própria rede
 - (B) uma proposta de publicação de artigos e revisão da prática para contribuição ao trabalho em rede
 - (C) uma dimensão não privada e não especialista, logo pública, indicando um modo de fazer a clínica indissociável da experiência política
 - (D) uma abertura no plano da clínica através de práticas de atravessamentos e conexões, uma espécie de nomadismo de fronteiras desmanchando os territórios cristalizados

Considerar o texto “Holocausto ou Navio Negroiro?: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira” (Passos, 2018) para responder às questões 44 e 45.

44. O texto apresenta reflexões importantes para o campo da saúde mental. Entre os conteúdos trabalhados pela autora estão os impactos do colonialismo na construção da subjetividade negra brasileira. O conceito de “apartheid psíquico” é colocado como uma forma de racismo, esse conceito e sua paralela expressão no Brasil, se evidencia como:
- (A) manicômio
 - (B) silenciamento
 - (C) encarceramento
 - (D) políticas afirmativas
45. O texto afirma que a influência de Frantz Fanon para a luta antimanicomial e para a construção de uma história oficial da reforma psiquiátrica brasileira foram invisibilizadas, sem registro nem menção de suas contribuições ao pensamento de Franco Basaglia e para a Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana. A autora resgata a trajetória de Frantz Fanon nas suas experiências como psiquiatra em:
- (A) Goriza e Blida
 - (B) Trieste e Goriza
 - (C) Saint-Alban e Blida
 - (D) Trieste e Saint-Alban

Considerar o texto “Saúde mental em situação de emergência: Covid-19. Debates em Psiquiatria,” (Barros-Delben, 2020) para responder às questões 46 a 50.

46. Nas situações de emergência, os psicólogos são requisitados para:
- (A) psicoeducação, humanização da assistência e utilização de técnicas de dessensibilização sistemática
 - (B) psicoterapia, divulgação de informações básicas para a sobrevivência e utilização de técnicas de *mindfulness*
 - (C) testagem psicológica em grupo, aconselhamento psicológico e auxílio na interpretação dos resultados individuais
 - (D) manejo e controle das emoções, rastreamento de comprometimentos psíquicos e auxílio na resolução de problemas
47. Para intervenções em cenários instáveis, o profissional de saúde mental deve seguir três passos básicos, que são:
- (A) escutar, refletir e elaborar
 - (B) acolher, interpretar e encaminhar
 - (C) olhar, escutar e promover vínculo
 - (D) ouvir, interpretar e solucionar problemas
48. No caso da pandemia Covid-19, a atenção especializada em saúde mental deve priorizar os seguintes grupos de vulneráveis:
- (A) idosos, trabalhadores de serviços essenciais e pessoas pouco assistidas pelo poder público
 - (B) pacientes com comorbidades prévias, adolescentes e profissionais de segurança pública
 - (C) pacientes com baixa imunidade, crianças e pessoas com deficiência
 - (D) familiares enlutados, presidiários e trabalhadores informais
49. A fadiga de compaixão é descrita como:
- (A) a convergência do estresse traumático secundário e do *burnout*
 - (B) uma consequência do estresse causado pelo risco de contaminação
 - (C) uma condição pós-luto, mas que não gera outros agravos psicológicos
 - (D) uma condição que acomete somente os profissionais de saúde da linha de frente
50. Uma forma de ajudar a lidar com os impactos decorrentes do isolamento e confinamento é:
- (A) ampliar o tempo de exposição a notícias sobre a pandemia Covid-19
 - (B) intervir nas distorções cognitivas, minimizando o cumprimento de regras
 - (C) encorajar a busca de informações sobre os atendimentos especializados
 - (D) promover ações voltadas ao comportamento seguro, por exemplo, o autocuidado

Considerar o texto “Uma onda que vem e dá um cai-xote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi” (Pereira et al., 2017) para responder às questões 51 e 52.

51. Um exemplo de mudança na estratégia assistencial do CAPSi, para a crise se desenrolar como fonte de enriquecimento, é:
- (A) criar espaços grupais continentais e profícuos para elaborações coletivas
 - (B) criar consensos na equipe sobre o seu papel no acompanhamento à crise
 - (C) organizar o trabalho em equipe para que os profissionais possam responder aos usuários
 - (D) transferir para o hospital geral os adolescentes em crise que possam desestabilizar o serviço
52. A atenção à crise exige um trabalho simultâneo nas dimensões:
- (A) assistencial, técnica, cultural e subjetiva
 - (B) política, filosófica, teórica e intersubjetiva
 - (C) política, organizacional, técnica e psíquica
 - (D) assistencial, organizacional, ética e cultural
53. Sobre o grupo de ouvidores de vozes, é correto afirmar que:
- (A) a circulação da palavra garante a solução coletiva para os fenômenos alucinatorios
 - (B) a audição de vozes é a expressão natural de um processo de adoecimento individual
 - (C) ao estimular a troca entre os participantes, visa apenas a aproximação das experiências
 - (D) compartilhar a vivência em um coletivo estabelece algum tipo de convivência com as vozes
54. O crescimento da presença dos psicólogos nas políticas públicas de saúde é resultado:
- (A) do envolvimento das associações de terapia familiar nos movimentos sociais e democráticos
 - (B) do manejo clínico necessário com a população improdutiva encerrada nos hospitais psiquiátricos
 - (C) da dificuldade de inserção dos novos profissionais na atividade clínica privada dos consultórios
 - (D) do envolvimento da categoria com a pauta da garantia de direitos e diminuição da desigualdade social
55. Com a inserção da Psicologia na saúde pública e na reforma psiquiátrica foi necessário um redirecionamento para a atuação clínica. Os conceitos que embasam as transformações metodológicas e tecnológicas para o atendimento em Saúde Mental são:
- (A) suporte e relação dialógica
 - (B) inconsciente e território afetivo
 - (C) atenção psicossocial e existência-sofrimento
 - (D) avaliação processual e diagnóstico situacional
56. A perspectiva de trabalho na linha de cuidados para as pessoas com transtornos mentais exige do psicólogo:
- (A) construir leituras críticas sobre a psicopatologia e ajudar a tecer subjetividades inconformadas
 - (B) modificar a realidade psíquica por meio de técnicas sugestivas e de aconselhamento individual
 - (C) atuar para remissão dos sintomas primários e ajudar na convivência com os sintomas secundários
 - (D) questionar permanentemente seu lugar no campo da saúde mental como membro de uma equipe especializada
- Considerar as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS, elaboradas pelo Conselho Federal de Psicologia (2013) para responder às questões 57 a 60.**
57. Os princípios éticos norteadores da clínica antimanicomial nos serviços substitutivos são:
- (A) direito ao tratamento, consentimento esclarecido e respeito à vida
 - (B) direito à liberdade, consentimento com o tratamento, respeito à cidadania
 - (C) direito à vida, crítica ao tratamento e respeito aos direitos humanos
 - (D) direito à criticidade, valorização da diversidade e respeito à ordem democrática
58. São conceitos orientadores da prática clínica nos serviços substitutivos:
- (A) responsabilidade, congruência e pulsão
 - (B) território, vínculo e trabalho em equipe
 - (C) desinstitucionalização, criatividade e repetição
 - (D) liberdade, transferência, prevenção de recaída
59. Os CAPS assumem o desafio de construir seu conhecimento na partilha de saberes. Um exemplo de operador do trabalho em equipe nos CAPS é:
- (A) a visita domiciliar
 - (B) a oficina terapêutica
 - (C) o genograma familiar
 - (D) o projeto terapêutico singular
60. A frase de Basaglia é “preciso colocar entre parênteses a doença para encontrar o homem” desloca o olhar da doença para o sujeito que sofre e pressupõe que cabe aos técnicos a posição de:
- (A) tutores da loucura
 - (B) parceiros da loucura
 - (C) coabitantes da loucura
 - (D) especialistas da loucura