



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



### PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 1

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## EDUCAÇÃO FÍSICA, ENFERMAGEM E PSICOLOGIA

DATA: 18/01/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - Este caderno (**TIPO 1**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 1) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.***OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
- Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
- No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, já que é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- Para cada uma das questões, são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
- Reserve os 30 (trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados.
- Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
- O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h** do início da respectiva prova.
- O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

### RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	



Nº DE INSCRIÇÃO					



## QUESTÕES GERAIS

- 01.** “As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção integral e contínua à população adscrita, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), prestada no tempo e lugar certos, com o custo certo e com qualidade, de forma humanizada, equânime e segura.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010)

Qual elemento fundamenta a organização das Redes de Atenção à Saúde segundo a Portaria nº 4.279/2010?

- a) Redução da continuidade da atenção para otimizar custos.
- b) Restrição da oferta conforme capacidade instalada hospitalar.
- c) Ênfase exclusiva no atendimento especializado de alta complexidade.
- d) Priorização do atendimento imediato sem articulação entre serviços.
- e) Coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde.

- 02.** “A participação da comunidade na gestão do SUS ocorre por meio de conselhos e conferências de saúde, em todas as esferas de governo, que se caracterizam pela atuação deliberativa, colegiada e permanente.”

(Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990)

O controle social no SUS é exercido por meio de \_\_\_\_\_.

- a) conselhos e conferências de saúde com atuação consultiva e sazonal.
- b) conselhos e conferências de saúde em caráter deliberativo e permanente.
- c) audiências públicas convocadas exclusivamente pelo gestor municipal.
- d) fóruns comunitários autônomos sem vínculo com instâncias governamentais.
- e) reuniões internas de equipes multiprofissionais.

- 03.** “A Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Está dirigida à transformação das práticas profissionais e à ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde”.

(Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2009)

Qual é o objetivo central da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

- a) Promover treinamentos pontuais desvinculados da prática cotidiana.
- b) Substituir etapas de formação acadêmica por capacitação rápida.
- c) Reforçar a hierarquização dos serviços sem alterar rotinas assistenciais.
- d) Transformar práticas profissionais por meio da aprendizagem no trabalho.
- e) Garantir que os cursos sejam ministrados exclusivamente por universidades.



- 04.** “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos...”

(Brasil. Lei nº 8.080, 1990)

A promoção da saúde como direito fundamental no Brasil depende da atuação do Estado por meio de \_\_\_\_\_.

- a) políticas sociais e econômicas.
  - b) movimentação exclusiva de recursos privados.
  - c) ações limitadas ao setor hospitalar.
  - d) campanhas pontuais sem articulação intersetorial.
  - e) atividades restritas ao Ministério da Saúde.
- 05.** "Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas e deliberativas, compostos paritariamente por representantes da sociedade civil, trabalhadores e gestores, que atuam na formulação, fiscalização e acompanhamento das políticas públicas de saúde em todas as esferas de governo."

(Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

De que modo o controle social, exercido pelos conselhos de saúde conforme a Lei n. 8.142/1990, interfere de forma efetiva na gestão do SUS?

- a) Ampliando a democracia nas decisões sobre políticas de saúde, com fiscalização e poder de deliberação.
  - b) Substituindo integralmente gestores e profissionais de saúde nas decisões técnicas.
  - c) Limitando a participação somente ao processo eleitoral dos conselhos.
  - d) Constituindo-se como órgão apenas consultivo, sem influência sobre políticas públicas.
  - e) Delegando a fiscalização a entidades privadas terceirizadas.
- 06.** "A promoção, proteção e recuperação da saúde são realizadas por meio de políticas sociais e econômicas, considerando determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, como alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação."

(Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Considerando os determinantes sociais da saúde, explique como a atuação intersetorial é fundamental para efetivação das políticas públicas de saúde conforme previsto pela Lei nº 8.080/1990.

- a) Porque as ações sociais não possuem impacto relevante nos indicadores de saúde da população.
- b) Porque o setor da saúde pode atuar de forma isolada, sem integração com áreas de políticas públicas.
- c) Porque, de acordo com a Lei nº 8.080, apenas fatores genéticos devem ser considerados nos planejamentos de saúde.
- d) Porque a saúde pública tem por finalidade exclusiva o tratamento hospitalar dos agravos já instalados.
- e) Porque fatores como moradia, educação e renda influenciam diretamente o processo saúde-doença e requerem a articulação entre setores para promoção do direito à saúde.



- 07.** “A descentralização permite a distribuição da gestão e da prestação dos serviços de saúde entre União, Estados e Municípios, aproximando as decisões dos territórios e das necessidades locais.”

(Brasil. Decreto nº 7.508, 2011.)

A descentralização administrativa do SUS implica na \_\_\_\_\_.

- a) restrição dos serviços às capitais.
  - b) transferência exclusiva para a esfera federal.
  - c) distribuição de decisões e serviços entre os entes federativos.
  - d) concentração das ações no setor privado.
  - e) subordinação de estados e municípios ao Ministério da Saúde.
- 08.** “As Linhas de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde orientam fluxos assistenciais multiprofissionais, definindo trajetórias integradas para o usuário e promovendo articulação entre todos os pontos de atenção.”

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Aponte a alternativa correta sobre o papel das Linhas de Cuidado na organização das Redes de Atenção à Saúde no contexto do SUS?

- a) Segmentam atendimento em etapas desconectadas sem comunicação entre níveis.
  - b) Estruturam fluxos integrados multiprofissionais, promovendo continuidade, integralidade e humanização do cuidado.
  - c) Direcionam usuários estritamente para hospitais, desconsiderando outros pontos de atenção.
  - d) Priorizam ações pontuais sem foco na trajetória do usuário.
  - e) Excluem equipes de saúde da família do processo de articulação assistencial.
- 09.** “A Educação Permanente em Saúde consiste em propostas de ensino voltadas para processos críticos e reflexivos que buscam a transformação das práticas profissionais e da própria organização dos serviços de saúde.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2009).

A Educação Permanente em Saúde propõe práticas que \_\_\_\_\_.

- a) transformam a organização dos serviços.
  - b) mantêm os processos rígidos sem reflexão.
  - c) impedem revisão de condutas profissionais.
  - d) se restringem ao ensino técnico.
  - e) ignoram as necessidades dos usuários.
- 10.** “A fragmentação dos serviços de saúde no Brasil tem sido um dos principais desafios para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando necessária a implementação das Redes de Atenção à Saúde como estratégia para garantir a integralidade e continuidade do cuidado.”

(A integração dos Sistemas de Saúde: um estudo sobre a efetividade das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2025).

Quais desafios dificultam a consolidação das redes de atenção à saúde no SUS?

- a) Eliminação da atenção primária do sistema.
- b) Foco exclusivo em alta tecnologia hospitalar.
- c) Centralização dos serviços apenas em grandes cidades.
- d) Política de exclusividade para profissionais médicos.
- e) Baixa articulação entre níveis de atenção e infraestrutura insuficiente.



- 11.** “A integralidade é princípio ativo do SUS, caracterizando-se pela articulação de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis de atenção.”

(Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003).

De que forma o princípio da integralidade se concretiza no Sistema Único de Saúde?

- a) Priorização de ações fragmentadas sem articulação.
  - b) Exclusão dos procedimentos de alta complexidade.
  - c) Integração de ações preventivas, curativas, individuais e coletivas.
  - d) Gestão apenas centralizada no Ministério da Saúde.
  - e) Foco exclusivo em doenças transmissíveis.
- 12.** “As políticas públicas de saúde buscam superar desigualdades sociais e garantir a efetivação do direito à saúde por meio de programas e ações intersetoriais.”

(Brasil. Lei nº 8.080/1990).

Conforme a Lei nº 8.080/1990, por que as políticas públicas de saúde dependem da articulação intersetorial para alcançar seus objetivos?

- a) Porque o acesso à saúde não é influenciado por fatores ambientais ou sociais.
  - b) Porque ações isoladas do setor saúde são totalmente suficientes.
  - c) Porque o setor privado deve ser o único responsável pela assistência.
  - d) Porque apenas a oferta hospitalar define promoção da saúde.
  - e) Porque determinantes sociais da saúde estão relacionados a vários setores.
- 13.** “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

A promoção da saúde pode ser efetivada, segundo o texto legal apresentado, mediante:

- a) políticas sociais e econômicas intersetoriais.
  - b) ações restritas à assistência hospitalar.
  - c) recursos advindos apenas da iniciativa privada.
  - d) programas de saúde voltados só para servidores públicos.
  - e) campanhas sazonais sem articulação com outros setores.
- 14.** “O Sistema Único de Saúde – SUS tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade.”

(Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Quais princípios orientam a organização do SUS, segundo a lei apresentada?

- a) Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação comunitária.
- b) Privacidade, Setorização, Exclusividade e Isenção.
- c) Restrição, Descentralização, Individualização e Autonomia de mercado.
- d) Uniformização, Privatização, Hierarquização e Financiamento exclusivo.
- e) Integralidade, Fragmentação, Exclusividade Hospitalar e Autarquização.



- 15.** “A Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Está dirigida à transformação das práticas profissionais e à ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009).

A Educação Permanente em Saúde se caracteriza, segundo o suporte, por promover:

- a) treinamentos isolados e esporádicos desarticulados da rotina.
- b) transformação das práticas profissionais no cotidiano dos serviços.
- c) exclusão do processo de ensino-aprendizagem do ambiente de trabalho.
- d) atualização exclusiva para servidores do Ministério da Saúde.
- e) capacitação restrita à atenção hospitalar.

- 16.** “As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são composições organizativas de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e ações cooperativas, articulados para garantir cuidados integrais, contínuos e humanizados, tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

Segundo a Portaria nº 4.279/2010, as Redes de Atenção à Saúde têm por finalidade:

- a) priorizar ações isoladas sem articulação entre serviços.
- b) centralizar o atendimento nas unidades hospitalares.
- c) integrar serviços para ofertar cuidado integral e coordenado.
- d) restringir o acesso por critérios socioeconômicos.
- e) eliminar o papel da atenção primária na coordenação do cuidado.

- 17.** “O planejamento regional integrado e o contrato organizativo da ação pública da saúde são instrumentos fundamentais para a articulação entre entes federativos e definição de responsabilidades no SUS, fortalecendo a descentralização e a garantia da integralidade da atenção.”

(Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

Explique como o planejamento regional integrado e os contratos organizativos fortalecem a descentralização e o acesso integral à saúde no SUS.

- a) Porque priorizam repasse de recursos exclusivamente para ações de vigilância epidemiológica.
- b) Porque centralizam todas as decisões de saúde no Ministério da Saúde.
- c) Porque consolidam a fragmentação entre Estados e Municípios, dificultando coordenação.
- d) Porque definem responsabilidades intergovernamentais e fluxos assistenciais, fortalecendo a descentralização e acesso integral à saúde.
- e) Porque limitam a participação dos usuários na definição de fluxos assistenciais.



- 18.** "A Educação Permanente em Saúde propõe reorganização do processo de trabalho por meio de aprendizagem crítica, integrada à realidade dos serviços, estimulando o protagonismo dos trabalhadores e transformações contínuas nas práticas, estruturando políticas locais de educação e gestão."

(Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, 2009).

Qual o impacto da Educação Permanente em Saúde na reorganização dos processos de trabalho e gestão dos serviços no SUS, conforme o suporte apresentado?

- a) Ações de aprendizagem ao nível técnico-operacional, excluindo reflexão crítica sobre contextos reais.
- b) Transformação constante das práticas profissionais, estimulando o protagonismo dos trabalhadores e a articulação entre serviço, gestão e educação.
- c) Desenvolvimento de competências exclusivamente ao ambiente acadêmico.
- d) Atualização de protocolos sem considerar as necessidades e experiências dos trabalhadores.
- e) Integração entre educação e gestão, isolando práticas educativas das rotinas do serviço.

- 19.** "As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas e intersetoriais que articulam serviços de diferentes níveis, organizando fluxos assistenciais e linhas de cuidado coordenadas pela Atenção Primária, visando ao cuidado integral, contínuo, multiprofissional e humanizado."

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

Explique por que o modelo de redes e linhas de cuidado constitui inovação na organização dos serviços de saúde brasileiros, conforme a Portaria nº 4.279/2010.

- a) Porque articula diferentes níveis, multiprofissionais e intersetoriais, garantindo continuidade, integralidade e humanização do cuidado, coordenado pela Atenção Primária.
- b) Porque centraliza exclusivamente ações de alta complexidade hospitalar, sem articulação com serviços de baixa e média complexidade.
- c) Porque elimina o papel das equipes multiprofissionais nos fluxos assistenciais.
- d) Porque dispersa atendimento em ações não coordenadas, dificultando continuidade do cuidado.
- e) Porque restringe o acesso aos serviços às regiões metropolitanas com maior estrutura.

- 20.** "A integralidade da atenção à saúde implica reconhecer o sujeito em suas necessidades biopsicossociais e garantir ações intersetoriais articuladas, considerando fatores ambientais, culturais, sociais e econômicos."

(Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003).

Como o princípio da integralidade orienta a elaboração e execução das políticas públicas de saúde?

- a) Prevendo ações intersetoriais capazes de contemplar o conjunto das necessidades biopsicossociais do sujeito.
- b) Limitando a atenção exclusivamente ao tratamento biológico de doenças.
- c) Propondo fragmentação da assistência e encaminhamento apenas para níveis especializados.
- d) Articulando políticas públicas somente em situações de epidemia.
- e) Restringindo o acesso aos serviços de saúde por nível de escolaridade.





## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 21.** “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.”

(Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001).

A partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do disposto na Lei nº 10.216/2001, a citação expressa uma mudança fundamental no modelo de atenção à saúde mental. Essa mudança consiste em:

- a) reafirmar o modelo hospitalocêntrico, centrado na internação como principal recurso terapêutico.
- b) substituir a lógica da institucionalização pela atenção psicossocial territorial, priorizando o cuidado em liberdade e a reinserção social.
- c) garantir o isolamento temporário do indivíduo, até que sua capacidade de convívio social seja totalmente restabelecida.
- d) assegurar que a internação seja o primeiro passo obrigatório no tratamento do transtorno mental, evitando recaídas precoces.
- e) transferir a responsabilidade do cuidado em saúde mental para a família, como condição para a alta hospitalar.

- 22.** “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.”

(Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001).

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, o tratamento da pessoa com transtorno mental deve ter como foco principal:

- a) a medicalização intensiva e a internação compulsória prolongada.
- b) a normalização dos comportamentos e o controle da periculosidade.
- c) a promoção da recuperação e reinserção social do indivíduo em sua comunidade.
- d) a redução dos custos do sistema público de saúde mental.
- e) a substituição completa do cuidado interdisciplinar pelo atendimento individual.

- 23.** “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.” (art. 4º)

“São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória.” (art. 6º, parágrafo único).

“A internação involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual.” (art. 8º, §1º)

(Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001).



Em um CAPS II, um usuário em crise necessitou ser internado sem consentir, a pedido da família, e a equipe comunica o fato ao Ministério Público em até 72 horas. Considerando a Lei nº 10.216/2001 e os princípios da Reforma Psiquiátrica, assinale a alternativa que melhor expressa a legalidade e a finalidade desse procedimento.

- a) A internação é ilegal, pois toda internação deve ser voluntária e solicitada pelo próprio paciente.
- b) A equipe agiu conforme a lei, tratando-se de internação involuntária, desde que a comunicação ao Ministério Público e a reavaliação periódica estejam asseguradas.
- c) O caso corresponde à internação compulsória, pois foi determinada por um familiar de primeiro grau.
- d) A medida é ilegal por não ter sido autorizada previamente pelo juiz competente.
- e) A equipe poderia internar o usuário apenas em instituição asilar com suporte contínuo de vigilância.

- 24.** “O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, art. 2º.)

Com base na Portaria nº 130/2012, o CAPS AD III se caracteriza principalmente por:

- a) ofertar atendimento ambulatorial em horário comercial, priorizando ações educativas preventivas.
- b) funcionar de forma intermitente, acolhendo apenas casos de urgência referenciados.
- c) oferecer atenção contínua, integral e territorial, com funcionamento 24 horas, inclusive fins de semana.
- d) atuar como retaguarda hospitalar de média complexidade, com foco em internações de longa duração.
- e) restringir-se à desintoxicação química em ambiente fechado e especializado.

- 25.** “O CAPS AD III organizará o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizando espaços coletivos.”

(Brasil. Portaria nº 130/2012, art. 5º, inciso VIII.)

Considerando a Portaria nº 130/2012 e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o modelo de organização do trabalho em um CAPS AD III busca romper com a lógica tradicional de atenção à saúde mental. Essa ruptura se expressa, principalmente, por:

- a) centralizar o processo terapêutico em condutas médicas e diagnósticos clínicos, garantindo maior objetividade às decisões da equipe.
- b) adotar a interdisciplinaridade e o trabalho coletivo como eixos do cuidado, favorecendo a corresponsabilização dos profissionais e a construção compartilhada dos Projetos Terapêuticos Singulares.
- c) estabelecer protocolos de intervenção uniformes, substituindo discussões coletivas por fluxos padronizados de atendimento.
- d) definir papéis e funções rígidos entre as categorias profissionais, evitando sobreposição de saberes e práticas.
- e) reduzir a autonomia dos trabalhadores de nível médio e superior, concentrando o planejamento terapêutico na gestão administrativa.



- 26.** “O CAPS AD III deverá adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos etc.), dentre outras.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, art. 5º, inciso X.)

Durante uma reunião de equipe, uma residente relata o acolhimento de um usuário em crise devido ao uso abusivo de crack. O paciente chegou sob efeito da substância e foi acolhido pela equipe que iniciou o manejo clínico e social. Alguns profissionais questionaram se essa conduta estaria correta, considerando o estado do usuário. Com base na Portaria nº 130/2012 e nos princípios da RAPS, avalie a adequação dessa conduta.

- a) Está incorreta, pois o atendimento só deve ocorrer após confirmação de abstinência completa.
- b) Está incorreta, porque o acolhimento sob efeito de substâncias deve ocorrer apenas em hospital geral.
- c) Está correta, pois o CAPS AD III deve acolher inclusive usuários sob efeito de substâncias, conforme o princípio da redução de danos.
- d) Está incorreta, pois o acolhimento de urgência deve ocorrer apenas com agendamento e encaminhamento formal.
- e) Está incorreta, pois o CAPS AD III deve priorizar internações em instituições especializadas.

- 27.** “Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002.)

Segundo a Portaria nº 336/2002, as modalidades de CAPS (I, II e III) diferenciam-se entre si principalmente por:

- a) apresentarem objetivos terapêuticos distintos, voltados a tipos específicos de transtorno mental.
- b) possuírem modelos de gestão diferenciados, cabendo ao Estado gerir o CAPS III e ao município o CAPS I.
- c) atenderem exclusivamente pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.
- d) variarem quanto ao porte, à complexidade e à população de abrangência atendida em cada território.
- e) adotarem protocolos clínicos exclusivos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde.

- 28.** “Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, art. 1º, §2º.)

Na Portaria nº 336/2002, a expressão “funcione segundo a lógica do território” expressa um princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica e da organização da RAPS. Nesse sentido, o funcionamento do CAPS deve:

- a) estruturar-se a partir das demandas clínicas internas, priorizando usuários com maior tempo de acompanhamento.
- b) organizar o fluxo assistencial conforme o número de profissionais disponíveis, independentemente das necessidades locais.



- c) limitar o atendimento a casos referenciados por outros serviços, garantindo regulação formal do acesso.
- d) planejar as ações segundo as determinações administrativas do gestor municipal, sem articulação com outros pontos da rede.
- e) organizar o cuidado com base nas necessidades da população de sua área de abrangência, articulando-se com outros serviços e assumindo corresponsabilidade pelo cuidado no território.

**29.** “O CAPS III é um serviço de atenção contínua que deve assegurar cuidado integral, articulado com outros pontos da rede de atenção, incluindo acolhimento noturno e funcionamento durante 24 horas.”

(Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002.)

Em uma visita técnica, uma residente observa que o CAPS III de determinado município encerra suas atividades de atendimento ao público externo às 18h e reabre apenas na manhã seguinte. Nos finais de semana, os usuários em crise são encaminhados ao hospital geral. Com base nas diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, essa prática indica:

- a) uma adaptação legítima à realidade local, desde que os casos sejam acolhidos posteriormente no CAPS.
- b) uma estratégia adequada, pois a atenção contínua pode ser garantida por plantões externos e não necessariamente no próprio serviço.
- c) descumprimento da normativa, já que o CAPS III deve ofertar cuidado integral e ininterrupto, com acolhimento noturno e funcionamento 24h.
- d) conformidade parcial, pois o atendimento 24h é obrigatório apenas para municípios com mais de 200 mil habitantes.
- e) adequação provisória, desde que pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde.

**30.** “A desinstitucionalização não se limita ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas envolve a reconstrução das práticas de cuidado e das formas de convivência social, implicando transformação das relações, dos saberes e das instituições.”

(Sampaio, Mariá L.; Bispo Júnior, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 19, e00314119, 2021).

Com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização expressa:

- a) um processo ético, político e social de transformação das práticas de cuidado e das formas de lidar com o sofrimento mental.
- b) a substituição dos hospitais por unidades menores, mantendo a mesma lógica de funcionamento.
- c) o simples deslocamento dos pacientes para serviços comunitários, sem mudança na relação terapêutica.
- d) uma reorganização administrativa voltada à otimização de recursos públicos.
- e) a transferência da responsabilidade de tratamento para as famílias e instituições comunitárias.

**31.** Com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, novas formas de organizar e operar o cuidado em saúde mental foram implementadas, instituindo-se um modelo de cuidado de base territorial, integral, multiprofissional, intersetorial e longitudinal, com a construção de serviços de atenção diária organizados em rede.

PUPU, Ligia Rivero *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe3, pp. 107-127, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>>. Acesso em: 18 ago. 2025.



Nesse sentido, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que:

- a) entre os objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destacam-se a prevenção do consumo e dependência, além de ações de redução de danos de crack, álcool e outras drogas; promoção de cuidados em saúde de modo geral, sem olhar especial para grupos mais vulneráveis; e promoção da reabilitação e reinserção através do trabalho, renda e moradia solidária.
- b) deve-se buscar a organização dos serviços em uma rede regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais, desenvolvidas no território, de modo a favorecer a inclusão social e uma atenção centrada nas necessidades das pessoas.
- c) entre os componentes da rede, inclui-se a atenção hospitalar formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermarias em hospitais gerais, serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, e o hospital psiquiátrico.
- d) os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) incluem-se como pontos de atenção na RAPS, no componente atenção residencial de caráter transitório, como moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (cinco anos ou mais ininterruptos).
- e) constituem-se diretrizes da RAPS: constituem-se diretrizes para o funcionamento da rede de atenção psicossocial: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da igualdade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos.

**32.** A Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Nº 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

Analise as afirmativas a seguir:

- I. o acesso à RAPS é restrito aos usuários em situação de crise grave, sendo o atendimento de demandas leves responsabilidade exclusiva dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).
- II. entre os seus objetivos está a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde, de modo a garantir cuidado contínuo e integral às pessoas com sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- III. a RAPS organiza-se de modo hierarquizado, com fluxo ascendente de complexidade, no qual o CAPS ocupa posição intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) II e III.
- b) I.
- c) II.
- d) I e II.
- e) III.



**33.** De acordo com a Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por diferentes pontos de atenção que se articulam em níveis de complexidade. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm como função principal:

- a) executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária voltadas à saúde mental no território.
- b) desenvolver ações de reabilitação psicossocial após a alta hospitalar de longa permanência.
- c) oferecer atendimento contínuo a pessoas com sofrimento ou transtorno mental severo e persistente e com necessidades decorrentes do uso de substâncias, priorizando o cuidado territorial e comunitário.
- d) atuar como porta de entrada preferencial e exclusiva para todos os usuários da RAPS, substituindo a atenção básica em casos de transtornos mentais graves.
- e) fornecer atendimento ambulatorial pontual, sem a articulação com a rede territorial ou projetos terapêuticos individuais.

**34.** Complete corretamente as lacunas a seguir com base na Portaria nº 3.088/2011:

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, N° 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

A RAPS organiza-se a partir de \_\_\_\_\_, que devem ser integrados por meio de ações de gestão, atenção e vigilância em saúde, com foco no(a) \_\_\_\_\_ e nas necessidades do usuário. Essa rede é constituída por pontos de atenção que incluem, entre outros, as Unidades Básicas de Saúde, os CAPS, os serviços de Urgência e Emergência, as Unidades de Acolhimento, os \_\_\_\_\_ e os Serviços Hospitalares de Referência.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** os termos corretos que preencham as lacunas.

- a) núcleos de especialidades / território / hospitais psiquiátricos.
- b) componentes / território / leitos em hospitais gerais.
- c) blocos de atenção / institucionalização / hospitais psiquiátricos.
- d) módulos de cuidado / institucionalização / leitos em hospitais gerais.
- e) componentes / institucionalização / leitos em hospitais gerais.

**35.** A massificação dos atendimentos e a centralidade na medicação psiquiátrica, coopera para a reprodução de um olhar focado na idéia de doença mental, que destitui a autonomia e muitas vezes gera dúvidas, entre a equipe, sobre uma atuação voltada ao cuidado ou à tutela dos usuários, além de dificultar a elaboração de projetos terapêuticos singulares.

(Farinha, Marciana Gonçalves; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2025).

Nesse sentido, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que a RAPS deve ser orientada por princípios como a territorialização, a intersectorialidade e a garantia de direitos.

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, N° 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

Considerando tais princípios, assinale a alternativa que expressa a concepção de cuidado em rede presente no documento:



- a) o cuidado é centrado em unidades especializadas, visando maximizar a eficiência técnica e reduzir o número de referências externas.
- b) o cuidado é entendido como processo contínuo e articulado, que se constrói no território e envolve diferentes serviços e políticas sociais, conforme as singularidades dos sujeitos.
- c) o cuidado é delimitado por níveis hierárquicos de complexidade, priorizando o encaminhamento para unidades de maior porte.
- d) o cuidado é pautado na medicalização e na contenção de sintomas, com foco na estabilização clínica imediata.
- e) o cuidado é planejado de forma pontual e desvinculado das políticas sociais, focando apenas em ações terapêuticas individuais.

**36.** Maria, 34 anos, moradora de uma comunidade periférica, foi levada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por familiares após apresentar comportamento agitado, fala desconexa e insônia há vários dias. No atendimento, a equipe de urgência identificou uso abusivo de crack e histórico de acompanhamento irregular em um CAPS AD do território, do qual estava afastada há seis meses. Após estabilização do quadro agudo, a equipe da UPA questiona como proceder para garantir continuidade do cuidado e reintegração de Maria à rede de atenção psicossocial.

Com base nas diretrizes e componentes da RAPS definidos pela Portaria nº 3.088/2011, analise as afirmativas a seguir:

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Nº 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

- I. o caso de Maria deve ser articulado com o CAPS AD, que é o ponto de atenção responsável pelo cuidado contínuo a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.
- II. a UPA, ao estabilizar o quadro, deve realizar encaminhamento para outros pontos de atenção da rede, garantindo a comunicação entre os serviços da rede.
- III. o acompanhamento na Atenção Básica é dispensável, visto que o CAPS AD é o serviço de referência exclusivo para usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias.
- IV. a articulação com a atenção básica e com dispositivos sociais do território é fundamental para favorecer a reabilitação psicossocial e a reinserção comunitária de Maria.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) I, II e IV.
- c) II e III.
- d) I, III e IV.
- e) I e IV.



37. Observe os dados apresentados por Pupo et al (2020) acerca das demandas de saúde mental na Atenção Básica (AB) no Estado do São Paulo:

Tema	Questão	Porte populacional do município				% total	N total "sim"	valor de p*	Profissional de SM		total
		Até 25 mil hab.	25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e +	São Paulo				Não	Sim	
Frequência da demanda em SM	Demanda diária de SM?	38,2%	43,6%	55,8%	79,6%	50,7%	446	0,000	43,5%	59,9%	50,6%

(Pupo, Ligia Rivero *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe3, pp. 107-127, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>>. Acesso em: 18 ago. 2025).

Tais dados refletem incremento significativo na busca de serviços de AB para a resolução de necessidades de saúde mental. No entanto, a articulação e a integração da saúde mental na AB ainda têm-se mostrado frágil e incipiente. Isso se deve:

- ao modelo psicossocial de sofrimento mental que se preocupa em dar voz aos sintomas por meio da dimensão subjetiva, social e existencial dos problemas.
  - a redução do estereótipo de periculosidade e incapacidade relacionados com os transtornos mentais graves.
  - a falta de preparo dos profissionais, especialmente daqueles da atenção primária, sobre a temática de saúde mental e o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas.
  - o estabelecimento de diretrizes operacionais detalhadas sobre como identificar e diagnosticar, sobre quais os fluxos de atenção adequados e o tipo de abordagem terapêutica que deve ser utilizada em cada situação.
  - a boa articulação entre os serviços da rede pública de saúde, por meio de ações de apoio matricial.
38. O apoio matricial é ferramenta importante para aumentar a visibilidade e a legitimidade das demandas de sofrimento mental na rede de AB e uma estratégia potente para a qualificação da atenção à saúde mental.

(Lima, A. M. J. *et al.* Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 ago. 2025).

Nesse sentido, o matriciamento realiza-se por meio de discussões sobre os casos, \_\_\_\_\_ e suporte técnico-pedagógico junto com as equipes da ESF. Estas ações têm como foco principal potencializar o cuidado \_\_\_\_\_ e a \_\_\_\_\_ dos casos existentes, aumentando a capacidade resolutive das equipes locais frente aos problemas de saúde mental nos territórios.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** os termos corretos que preencham as lacunas:

- visitas domiciliares / institucional / corresponsabilidade.
- ações do CAPS / coletivo / responsabilização individual.
- ações conjuntas / comunitário / corresponsabilização.
- consultas dos especialistas / comunitário / responsabilização da equipe de referência.
- encaminhamentos / institucional / fragmentação do cuidado.





39. Os cuidados primários para Saúde Mental ampliam o acesso, promovem o respeito pelos direitos humanos, são acessíveis em relação ao custo-benefício e geram bons resultados em termos de saúde. No entanto, ações de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (APS) constituem um desafio no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tanto em termos de gestão como demandas.

(Lima, A. M. J. *et al.*. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 ago. 2025).

Com base no texto, analise as assertivas:

- I. A integralidade do cuidado em saúde mental na APS depende apenas da presença de uma rede psicossocial estruturada, sendo secundária a atuação cotidiana e a imersão territorial das equipes.
- II. As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) têm enfrentado dificuldades para integrar as ações de saúde mental (SM) ao seu cotidiano, principalmente devido à ausência de articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e à falta de dispositivos como o Apoio Matricial (AM).
- III. Os desafios atuais da saúde mental na APS incluem o aumento de casos de autolesão entre jovens e mulheres jovens, influenciados por contextos escolares e redes sociais.
- IV. A articulação entre APS e SM é um processo dinâmico e potencializador da atenção psicossocial, mas que ainda enfrenta limitações estruturais e operacionais que comprometem a continuidade da assistência, especialmente em situações de crise.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas:

- a) I, II e IV.
  - b) II, III e IV.
  - c) III e IV.
  - d) I, II e III.
  - e) I, III e IV.
40. “[...] Já fizemos buscas, os ACS já sabem, têm uma lista dos pacientes, quem precisa de acompanhamento. Mas, hoje, não temos nada específico para pacientes da SM”.

(Lima, A. M. J. *et al.*. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 ago. 2025).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas ações de saúde mental é fundamental para aproximar o cuidado das realidades vividas pelos usuários e suas famílias. Por estarem inseridos no território, podem contribuir para o enfrentamento do estigma, a ampliação do acesso aos serviços e a promoção da inclusão social, além de atuarem como mediadores entre a equipe de saúde e o usuário, fortalecendo o cuidado integral, o acompanhamento contínuo. Nesse sentido, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no campo da Saúde Mental (SM) na Atenção Primária à Saúde (APS) está associada a:

- a) a atuação dos ACS é predominantemente burocrática, limitando-se ao repasse de informações e ao acompanhamento de consultas, sem interferência direta no cuidado psicossocial.
- b) os ACS se destacam por sua inserção territorial e capacidade de construir vínculos, tornando-se fundamentais para identificar situações graves de sofrimento mental, combater o estigma e promover a inclusão social.
- c) a função dos ACS na saúde mental é considerada acessória, cabendo-lhes realizar encaminhamentos aos profissionais, sem protagonismo nas ações de promoção ou prevenção.



- d) a prática dos ACS em saúde mental deve restringir-se ao apoio aos profissionais de nível superior, evitando envolvimento direto com famílias e usuários com transtornos mentais graves.
- e) o papel dos ACS na saúde mental é recente e ainda incompatível com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que sua atuação territorial reforça práticas de controle moral sobre os usuários.

**41.** Durante reunião de equipe no CAPS III, os profissionais relatam que o matriciamento com as Equipes de Saúde da Família (ESF) não tem gerado o impacto esperado. As equipes básicas demonstram pouco engajamento, e as reuniões acabam restritas à exposição de casos, sem a construção compartilhada de estratégias de cuidado. Diante disso, propõe-se repensar a metodologia utilizada, destacando que o matriciamento deve ir além de orientações pontuais.

“Ações de matriciamento têm como foco principal potencializar o cuidado comunitário e a corresponsabilização dos casos existentes, aumentando a capacidade resolutiva das equipes locais frente aos problemas de saúde mental nos territórios”.

(Lima, A. M. J. *et al.*. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 ago. 2025).

Com base nas diretrizes da RAPS e reflexão sobre a situação apresentada acima, assinale a alternativa que melhor expressa o sentido do matriciamento e o caminho mais adequado para qualificar essa prática:

- a) o matriciamento deve ser centralizado em um profissional do CAPS, responsável por repassar protocolos de manejo clínico e garantir uniformidade de condutas entre os serviços.
- b) o matriciamento é uma estratégia de gestão compartilhada do cuidado, que envolve trocas horizontais entre CAPS e ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares e corresponsabilização pelos usuários.
- c) o principal objetivo do matriciamento é supervisionar tecnicamente as equipes da Atenção Básica, corrigindo falhas em seus encaminhamentos e fortalecendo o papel hierárquico do CAPS na rede.
- d) o matriciamento deve ocorrer apenas mediante demanda da Atenção Básica, respeitando sua autonomia e evitando interferências nas decisões clínicas locais.
- e) no caso descrito, o matriciamento ocorre de forma consolidada, com envolvimento ativo de todas as equipes da ESF, que participam de maneira corresponsável das discussões e dos projetos terapêuticos.

**42.** Leia os dois trechos a seguir:

### Trecho 1

“[...] a casinha que eles fazem costura e bordado. É a promoção da saúde, alguns deixaram mesmo a medicação, fazendo o crochêzinho e as atividades físicas lá na pracinha. É bom para o corpo e para o mental deles também, aí deixam completamente a medicação.”

(Lima, A. M. J. *et al.*. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200678, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 ago. 2025).

### Trecho 2

Em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Equipe Multiprofissional decide incluir oficinas de Arteterapia no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de alguns usuários que apresentam dificuldades de expressão verbal e baixa adesão às atividades convencionais do serviço. Durante a discussão, alguns



profissionais questionam a relevância dessa prática, afirmando que ela “não possui caráter clínico” e “não contribui diretamente para o tratamento do transtorno mental”.

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Nº 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

Refletindo sobre os textos acima e com base na Portaria 3.088/2011 e pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a alternativa que melhor expressa o papel da Arteterapia nos cuidados em saúde mental é:

- a) a Arteterapia é uma prática recreativa de apoio, sem fundamento terapêutico, indicada apenas para usuários com estabilidade clínica e baixo risco de crise.
- b) a Arteterapia, enquanto prática integrativa e complementar, favorece a expressão simbólica, a reconstrução de narrativas pessoais e o fortalecimento da autonomia, sendo um recurso clínico importante no cuidado psicossocial e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais.
- c) a utilização da Arteterapia em CAPS deve ser supervisionada exclusivamente por profissionais de nível superior da área de artes, não se enquadrando como prática de cuidado em saúde mental.
- d) o uso de práticas integrativas e complementares, como a Arteterapia, é incompatível com o modelo de atenção psicossocial, pois retira o foco da intervenção medicamentosa e clínica tradicional.
- e) a inserção da arteterapia no CAPS deve ocorrer apenas como atividade pontual, desvinculada dos projetos terapêuticos, a fim de evitar sobreposição com ações de psicoterapia.

- 43.** A Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe não apenas uma reorganização técnica do modelo assistencial em saúde mental, mas também uma mudança cultural na forma como a sociedade compreende a loucura e o cuidado. Nesse sentido, destaca-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos nesse processo, atuando na consolidação do cuidado de base comunitária e na ampliação da contratualidade social dos usuários.

(Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Nº 247, 26 dez. 2011, Seção 01, p. 230-232. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 18 ago. 2025).

(Farinha, Marciana Gonçalves; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2025).

Considerando essas informações e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pode-se afirmar que:

- a) a noção de território, no contexto da reforma psiquiátrica, refere-se prioritariamente à delimitação geográfica de áreas de abrangência dos serviços, garantindo melhor distribuição administrativa e epidemiológica dos casos.
- b) os CAPS têm como finalidade central promover o retorno da internação psiquiátrica prolongada como forma de assegurar estabilidade clínica e reduzir os riscos sociais da desinstitucionalização.
- c) o cuidado territorial em saúde mental deve reconhecer o território como espaço de vida, relações e produção de subjetividades, promovendo a inserção social e o protagonismo dos sujeitos na comunidade.
- d) a reforma psiquiátrica centra-se na desospitalização quantitativa, sem necessariamente alterar as práticas de cuidado, desde que haja redução dos leitos psiquiátricos.
- e) o processo de reforma psiquiátrica busca fortalecer práticas disciplinares e de controle social, garantindo o cumprimento de normas terapêuticas dentro dos serviços substitutivos.



- 44.** Durante reunião de equipe em um CAPS, foi observado que os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) estavam sendo elaborados de forma padronizada, com pouca participação dos usuários e sem articulação com o território. Diante disso, a coordenação propôs retomar a discussão sobre o sentido e as etapas de construção do PTS como ferramenta de cuidado psicossocial.

“Um dos dispositivos para a superação do modelo manicomial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este tem como finalidade permitir a construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na construção de possibilidades de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os envolvidos.”

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.61, pp.373-384. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 18 ago. 2025.

Com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica e nas diretrizes de atenção psicossocial, assinale a alternativa que melhor representa o PTS e sua importância para a reabilitação psicossocial:

- a) o PTS deve priorizar intervenções clínicas e farmacológicas, sendo elaborado pela equipe técnica como instrumento de registro de condutas terapêuticas e acompanhamento institucional.
- b) a elaboração do PTS deve seguir protocolos fixos de atendimento, garantindo uniformidade entre os casos e facilitando o controle das ações pelo serviço.
- c) o PTS é um processo coletivo e dinâmico, construído com a participação do usuário, família e equipe multiprofissional, envolvendo diagnóstico compartilhado, definição de metas, planejamento de ações e reavaliações periódicas, promovendo autonomia e reabilitação psicossocial.
- d) a principal função do PTS é delimitar o tempo de permanência do usuário no CAPS e indicar o momento adequado de alta, de acordo com critérios clínicos previamente definidos.
- e) o PTS é um instrumento administrativo voltado à organização interna dos serviços, não devendo interferir nas decisões terapêuticas ou nas estratégias de inserção social do usuário.

- 45.** A partir do contexto histórico da Segunda Guerra Mundial, diversas experiências e movimentos contribuíram para o questionamento da psiquiatria clássica e para a construção de um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Nesse cenário, emergiram propostas como as comunidades terapêuticas, a análise institucional, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática.

(Farinha, Marciana Gonçalves; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2025).

Considerando essas experiências e suas repercussões teóricas e práticas, assinale a alternativa que melhor expressa as concepções em torno das abordagens ampliadas e o Processo de Reforma Psiquiátrica:

- a) as comunidades terapêuticas e a análise institucional mantiveram a lógica manicomial, reforçando o poder médico e o isolamento dos sujeitos, embora com melhorias nas condições de internação e higiene hospitalar.
- b) a antipsiquiatria e a esquizoanálise mantiveram o foco na dimensão biológica da loucura, propondo apenas o aprimoramento técnico das intervenções psiquiátricas.
- c) a psiquiatria democrática, inspirada por Franco Basaglia, representou uma ruptura político-epistemológica com a psiquiatria tradicional, articulando o sofrimento psíquico às dimensões sociais e políticas e defendendo a reintegração do sujeito na comunidade e o fechamento progressivo dos manicômios.
- d) as reformas psiquiátricas europeias surgiram de um consenso técnico entre psiquiatras, sem envolvimento de movimentos sociais, e tinham como principal meta reduzir custos hospitalares.
- e) a experiência socioterápica de Maxwell Jones propunha a substituição do trabalho coletivo e das assembleias por uma abordagem centrada exclusivamente na psicanálise individual.



46. “Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

(Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [Insira o link, por exemplo: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)]. Acesso em: 15 out. 2025).

O Sistema Único de Saúde, a partir da política de saúde mental ancorada na Reforma Psiquiátrica, reconheceu de modo tardio a necessidade de serviços específicos para cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. As práticas devem estar baseadas em alguns princípios em função da especificidade desse público:

- I. o princípio da Singularidade ("cada caso é um caso") justifica que crianças e adolescentes, mesmo na ausência dos pais ou responsáveis, têm o direito garantido ao atendimento, e suas demandas e sintomas devem ser reconhecidos como legítimos, visto que são sujeitos de direitos com lugares autênticos de fala.
- II. o Acolhimento Universal implica que os serviços de saúde mental são obrigados a acompanhar todos os casos que lhes chegam de forma contínua, independentemente da complexidade ou do perfil, para evitar a alegação de que o usuário "não tem perfil".
- III. a articulação entre Rede e Intersetorialidade é fundamental, pois, diante da complexidade das intervenções, um problema de saúde mental pode exigir respostas que transcendam o setor saúde, sendo necessário o envolvimento de outras políticas sociais (educação, assistência social, justiça).
- IV. o Encaminhamento Implicado e Corresponsável desobriga o profissional que realizou o acolhimento de acompanhar o caso após o preenchimento da guia e o envio para outro serviço, desde que este outro serviço seja mais adequado à necessidade do usuário.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) III e IV.
  - b) I e III.
  - c) I, II e IV.
  - d) II e III.
  - e) I, III e IV.
47. A Reforma Psiquiátrica (RP) é compreendida no Brasil como um processo social complexo, que, embora valorize a reforma de serviços e tecnologias de cuidado, não se restringe a elas, destacando a amplitude da desinstitucionalização. Desse modo, um campo da vida em sociedade passa a se destacar como objeto de intervenção para construção de um novo lugar social para a loucura:
- a) o aperfeiçoamento das técnicas de contenção e o aumento de leitos de curta permanência em hospitais psiquiátricos especializados, focando no aprimoramento clínico.
  - b) o sistema judiciário criminal, com a finalidade exclusiva de acelerar a liberação de indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei, sem a necessidade de acompanhamento em serviços substitutivos.
  - c) o campo da cultura, utilizado como meio e como fim, visando a promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença, para além do recurso terapêutico.
  - d) a Previdência Social e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), priorizando a segurança financeira e a aposentadoria precoce para usuários de longa permanência em instituições.



e) a reformulação dos currículos de faculdades de Medicina, com ênfase na psiquiatria biológica e farmacológica, para garantir a precisão no diagnóstico e tratamento.

**48.** A Reforma Psiquiátrica se configura como um processo social complexo que inclui quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. (...). As duas últimas dimensões impulsionam a Reforma como um movimento político que visa transformações importantes em nossa sociedade, posicionando-se para além de mudanças técnicas, enfrentando a cultura manicomial e a intolerância ao diferente, além de propor e lutar por leis de proteção que garantam as conquistas obtidas nos cenários de luta política.

(Lima, Emanuel José Batista de. *Cartografias do Cuidado em Saúde Mental: O Piauí em Cena*. 2015. 204 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17091/1/Emanuel%20Jose%20Batista%20de%20Lima.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2025).

A Luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil foi aumentando seu escopo de ação desde os anos 1970. Muitos movimentos e atores sociais, às vezes chamados de *mentaleiros* (uma referência ao estilo musical heavy metal), caracterizaram os embates pelos fim dos hospitais psiquiátricos:

- I. o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) nasceu juntamente com o Sistema Único de Saúde (1990) e propunha uma Atenção Territorial.
- II. no final dos anos 1970, o contexto de luta contra ditadura influenciou o nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que propunha serviços substitutivos como nova forma de tratamento.
- III. o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) se caracteriza por incluir mais atores sociais no enfrentamento das práticas tradicionais em saúde mental e sustenta o lema “Por Uma Sociedade sem Manicômios”.
- IV. a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) criou um novo ator social que congregou simultaneamente todos os envolvidos: usuários, familiares, ativistas (ligados à etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos), profissionais de serviços e outros dispositivos, e aqueles que atuam na produção de conhecimento e políticas.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) III e IV.
- b) I e III.
- c) I, II e IV.
- d) II e III.
- e) I, III e IV.

**49.** Uma mãe relata que, nos últimos 8 meses, seu filho Pedro (nome fictício) de 15 anos apresentou uma mudança drástica de comportamento. As queixas centrais são: agressividade verbal e física com a família, isolamento social, abandono de antigos hobbies (basquete e videogame), queda acentuada no desempenho escolar (notas baixas e faltas frequentes) e furtos de pequenos valores e objetos dentro de casa. A mãe suspeita fortemente do uso de maconha e, mais recentemente, de cocaína. Segundo o próprio Pedro, o uso de substâncias se iniciou por volta dos 14 anos, com álcool e tabaco, em encontros com um novo grupo de amigos, após uma mudança de escola. O uso de maconha começou há cerca de 10 meses, sendo inicialmente esporádico e, posteriormente, evoluindo para um uso quase diário nos últimos 4 meses. Recentemente (há cerca de 2 meses), Pedro admitiu ter experimentado cocaína e a mãe notou que ele tem ficado mais agitado, com episódios de insônia e paranoia.

Considerando o caso Pedro, qual é a abordagem mais adequada e coerente de acordo com a Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes?

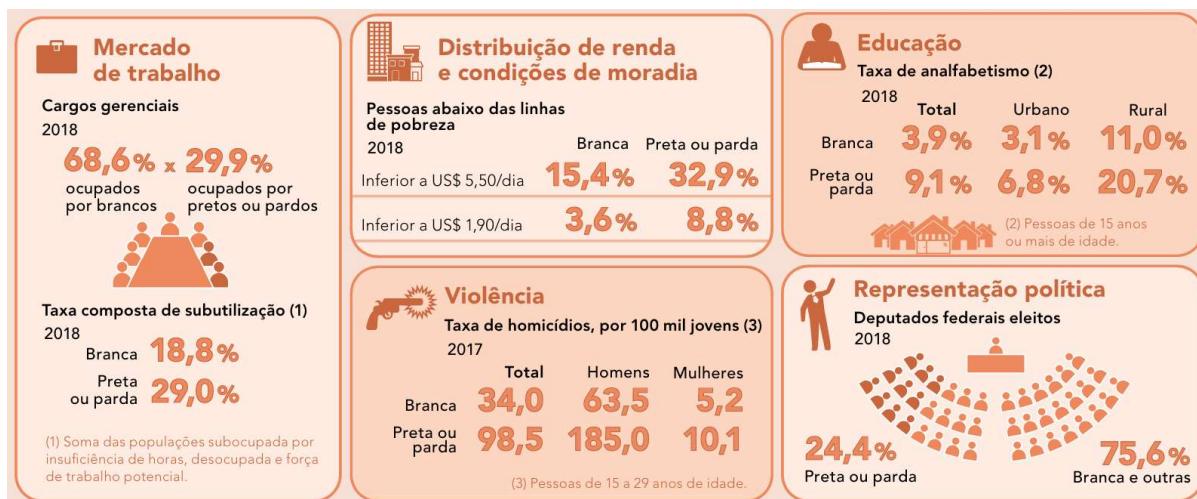


- a) Encaminhar Pedro e sua mãe diretamente para uma avaliação psiquiátrica com foco na prescrição de medicação, visto que a agressividade e a paranoia indicam um quadro patológico grave e de rápida progressão.
- b) Circunscrever o caso de Pedro a uma patologia individual, priorizando a internação compulsória como a única estratégia eficaz para interromper o uso de drogas e os furtos, focando no controle social.
- c) Priorizar a intervenção familiar imediata, pois a causa primária do uso de drogas é a falta de controle e supervisão dos pais.
- d) Iniciar o cuidado por meio de uma avaliação contextualizada e singular, que inclua o acolhimento, a escuta e a busca por estratégias intersetoriais (educação, esporte e lazer) para a construção de um projeto terapêutico singular, conforme a lógica da garantia de direitos.
- e) Desconsiderar o uso de maconha e cocaína como um problema central, pois o uso de drogas é recorrente na adolescência e nem sempre é patológico, exigindo apenas que os pais sejam orientados a aumentar a vigilância.

**50.** Um município brasileiro, alinhado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, está reestruturando o seu fluxo de atendimento à crise em saúde mental com o objetivo de garantir a atenção contínua (24 horas) e o cuidado em território, com ênfase na formação de vínculos. O plano de reestruturação considera que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) depende de arranjos consistentes de trabalho horizontalizado, que priorizem a atenção territorial em detrimento da internação como principal resposta.

Considerando as diretrizes do modelo de atenção psicossocial para o manejo da crise, qual dos mecanismos a seguir é fundamental para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado?

- a) A formação do vínculo e o cuidado pactuado são importantes, mas devem ser substituídos pela internação involuntária imediata sempre que a mediação de conflitos apresentar risco de instabilidade na rede de serviços.
- b) A crise deve ser tratada primariamente pela expansão de leitos em hospitais psiquiátricos especializados, pois o ambiente de isolamento é o mais seguro para a estabilização inicial do usuário.
- c) O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) devem atuar exclusivamente no suporte clínico e somático, sem responsabilidade pelo acolhimento e manejo de crises psíquicas.
- d) O fortalecimento do fenômeno de porta-giratória para que as crises possam ser abordadas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.
- e) A garantia da atenção contínua é alcançada pela articulação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que funcionem (24h) com leitos de retaguarda em hospitais gerais, assegurando a primazia do cuidado em rede e a mediação da crise no território.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 12 p. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41). Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: 29 nov. 2025.

51. A Luta Antimanicomial Brasileira necessita construir interfaces e diálogos com movimentos sociais que denunciam a vulnerabilidade de determinados grupos sociais, que se justificam pelos dados descritos na figura acima, para que a luta avance no contexto nacional e refine as práticas de cuidado em saúde mental. Para tanto, algumas ações são necessárias:

- aquilombar a Reforma Psiquiátrica Brasileira representa uma direção ético-política que busca a expansão das bases atuais da reforma, exigindo um agir em saúde que promova a equidade racial e a desinstitucionalização do racismo.
- desvincular-se das questões de raça/cor, classe social e gênero, focando na dimensão técnico-assistencial do cuidado em saúde mental.
- levar em consideração que a articulação entre população negra e loucura no Brasil, ao longo da história, teve como escopo central o controle social, manifestado em diversas práticas como o combate aos chamados vícios, a política do branqueamento e, mais recentemente, a guerra contra as drogas.
- construir práticas de cuidado em saúde mental, pela via da Luta Antimanicomial e da Atenção Psicossocial, de modo interseccional com as questões de raça/cor, de gênero e de classe social.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- I e III.
- I, II e IV.
- II e III.
- I, III e IV.
- II e IV.

52. “Meu corpo era devolvido desancado, desconjuntado, demolido, todo enlutado, naquele dia branco de inverno. O preto é um animal, o preto é ruim, o preto é malvado, o preto é feio; olhe, um preto! Faz frio, o preto treme, o preto treme porque sente frio, o menino treme porque tem medo do preto, o preto treme de frio, um frio que morde os ossos, o menino bonito treme porque pensa que o preto treme de raiva, o menino branco se joga nos braços da mãe: mamãe, o preto vai me comer!”

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

Na Atenção Psicossocial, os serviços devem, urgente e necessariamente, articular ações de interseccionalidade com as questões étnico-raciais para o enfrentamento do racismo historicamente



construído no Brasil e, conseqüentemente, fazer avançar e fortalecer a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Diante disso, quais ações estão alinhadas com esta perspectiva?

- I. O reconhecimento dos efeitos do racismo no sofrimento psíquico da população negra.
- II. A adoção de um direcionamento decolonial junto às práticas de saúde mental.
- III. O fortalecimento e a consolidação dos referentes históricos reformistas europeus, italianos e franceses, como principais (ou unívocos) da reforma psiquiátrica brasileira.
- IV. A incorporação de práticas antirracistas na rede de atenção psicossocial, produzindo um cenário de cisão entre luta antimanicomial e luta antirracista.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e III.
- b) I, II e IV.
- c) II e III.
- d) I e IV.
- e) II e IV.



LATUFF, Carlos. *Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro*, 2013. Disponível em: <https://latuffcartoons.wordpress.com/2013/04/20/charge-psepe-rj-retrata-a-dura-vida-nas-escolas-da-mare-rioeduca/>. Acesso em: 30 nov. 2025.

**53.** A interseccionalidade é uma ferramenta analítica crucial para a compreensão das iniquidades em saúde mental. A partir da discussão sobre o cuidado de crianças e adolescentes negros, a aplicação da lente interseccional implica em:

- a) analisar separadamente o impacto do racismo, do sexismo e do classismo, para que as intervenções sejam direcionadas a um único fator causal por vez.
- b) entender que o sofrimento psíquico é determinado exclusivamente pelo diagnóstico clínico, sendo os fatores sociais (raça, gênero, classe) irrelevantes para a elaboração do projeto terapêutico singular.
- c) reconhecer que a sobreposição de opressões, como racismo e sexismo, potencializa a vulnerabilidade psicossocial e a dificuldade de acesso ao cuidado adequado para crianças e adolescentes negros(as).
- d) priorizar a substituição das abordagens psicossociais por modelos que desconsiderem a história e o contexto cultural, focando em terapias de base neurobiológica.
- e) promover o alijamento de saberes afro-ameríndios e práticas culturais afro-brasileiras na RAPS, por serem consideradas incompatíveis com as diretrizes científicas.



54. O consumo de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade, estando em muitos contextos vinculado a rituais, cultura e costumes. Entretanto, o uso prejudicial e abusivo destas substâncias pode ocasionar problemas de saúde e sociais para a vida das pessoas. Além destas implicações, há um conjunto de crenças e percepções dos profissionais de saúde que pode contribuir para o aumento das barreiras relacionadas ao acesso e vinculação dos usuários de álcool e outras drogas aos serviços de saúde existentes.

Uma pluralidade de obstáculos dificulta o cuidado e o estabelecimento de vínculos de pessoas que têm dificuldades decorrentes do uso de álcool e outras drogas com os serviços do Sistema Único de Saúde:

- I. A estigmatização construída socialmente acerca do usuário de drogas, visto como desviante da ordem em um recorte moral, sustentada pelos adjetivos “drogado”, “viciado”, “mau”.
- II. A qualificação e o reforço na formação dos profissionais de saúde para lidar com a abordagem e tratamento de usuários de álcool e outras drogas.
- III. A redução da complexidade do uso de drogas a causas individuais, visões muitas vezes reproduzidas pela população e por profissionais de saúde.
- IV. A qualidade do trabalho ofertado independe da percepção subjetiva que os profissionais têm sobre drogas e sobre as pessoas que fazem uso.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e III.
  - b) I, II e IV.
  - c) II e III.
  - d) I, III e IV.
  - e) II e IV.
55. “Um estudo britânico que analisou os danos causados aos usuários de drogas e para as pessoas que os cercam concluiu que o álcool é mais prejudicial do que a heroína ou o crack. O estudo divulgado na publicação científica *Lancet* classifica os danos causados por cada substância em uma escala de 16 pontos. Os pesquisadores concluíram que a heroína e a anfetamina conhecida como *crystal meth* são mais danosas aos usuários, mas quando computados também os danos às pessoas em volta do usuário, no topo das substâncias mais nocivas estão, na ordem, o álcool, a heroína e o *crack*. O cigarro e a cocaína são considerados igualmente nocivos também quando se leva em conta as pessoas do círculo social dos usuários, segundo os pesquisadores. Drogas como LSD e *ecstasy* foram classificadas entre as menos danosas”.

(BBC NEWS BRASIL. Álcool é mais prejudicial do que a heroína ou o crack, diz estudo. BBC News Brasil, 1 nov. 2010. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/11/101101\\_alcool\\_danos\\_rc](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/11/101101_alcool_danos_rc). Acesso em: 19 de outubro de 2025).

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública que visa minimizar os riscos e prejuízos associados ao uso de substâncias psicoativas. Diferente da abstinência compulsória, ela adota uma abordagem humanizada e inclusiva. Desse modo, alguns desafios aportam os serviços de saúde mental para a construção de práticas baseadas na RD.

(Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Estratégico para o Cuidado das Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas*: Guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_estrategico\\_cuidado\\_pessoas\\_necessidades.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf). Acesso em: 19 out. 2025.

A abordagem de RD é orientada por uma perspectiva ampliada no campo da saúde coletiva. Entre seus objetivos, destaca-se: produzir sujeitos mais autônomos, responsáveis por suas escolhas e corresponsáveis pela superação de suas dificuldades, sem ignorar as vulnerabilidades envolvidas no uso de álcool e outras drogas.



Com base nesse entendimento, analise as afirmativas a seguir:

- I. a ausência de autonomia dos profissionais para realizarem o trabalho da maneira como gostariam.
- II. a falta de comunicação entre os diferentes dispositivos da rede de saúde, incluindo os intersetoriais, é um dos obstáculos identificados na literatura para a efetividade da formação e da prática profissional.
- III. a falta de engajamento dos gestores na proposta de formação e a dificuldade dos profissionais em lidar com a complexidade dos problemas são apontadas como dilemas éticos, mas não como desafios diretos aos processos de formação.
- IV. a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade dos profissionais de saúde nas equipes são fatores que dificultam a manutenção e o impacto dos processos formativos na área.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) I, II e IV.
- c) II e III.
- d) I, III e IV.
- e) II e IV.

- 56.** Uma das premissas da RD [Redução de Danos] é que parte das pessoas que consomem algum tipo de drogas (lícita ou ilícita) não consegue, ou não quer, interromper o uso. Essa escolha não impede o direito ao cuidado e à saúde, conforme os princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade).

(Brasil. Ministério da Saúde. Guia Estratégico para o Cuidado das Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_estrategico\\_cuidado\\_pessoas\\_necessidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf). Acesso em: 19 out. 2025).

A abordagem de Redução de Danos (RD) é orientada por uma perspectiva ampliada no campo da saúde coletiva. Entre seus objetivos, destaca-se: produzir sujeitos mais autônomos, responsáveis por suas escolhas e corresponsáveis pela superação de suas dificuldades, sem ignorar as vulnerabilidades envolvidas no uso de álcool e outras drogas.

Com base nesse entendimento, analise as afirmativas a seguir:

- I. A Redução de Danos exige a abstinência imediata como única meta de intervenção, pois somente a interrupção total do uso pode garantir a autonomia e a responsabilidade do sujeito.
- II. A abordagem da RD requer a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos, reconhecendo que a intervenção deve ser construída a partir da sua singularidade.
- III. A produção de autonomia e corresponsabilidade na RD implica reconhecer e intervir sobre as vulnerabilidades que envolvem o uso de álcool e outras drogas, integrando o aspecto social e clínico do cuidado.
- IV. A perspectiva da saúde coletiva, que sustenta a RD, exige que o foco do cuidado seja transferido do sujeito para o controle moral do uso, visando à repressão e à criminalização das escolhas individuais.

Estão **CORRETAS** apenas:

- a) I e II.
- b) I, II e IV.
- c) II e III.
- d) I, III e IV.
- e) I e IV.



- 57.** “Com os R\$ 5,2 bilhões gastos nos estados de SP e RJ em um ano para aplicar a Lei de Drogas, seria possível manter mais de um 1 milhão de alunos no ensino médio da rede pública pelo mesmo período. Ou, ainda, garantir o auxílio emergencial de R\$ 600,00 em razão da pandemia, para 728 mil famílias. Também seria possível comprar 108 milhões de doses das vacinas Coronavac e Aztrazeneca, que poderiam imunizar 54 milhões de brasileiros.

Esses são alguns dos indicadores revelados pelo relatório “Tiro no Pé: impactos da proibição das drogas no orçamento do Sistema de Justiça Criminal do Rio de Janeiro e São Paulo”, feito pelo CEsSeC (Centro de Estudos de Segurança e Cidadania), lançado nesta segunda-feira (29).”

(Projeto Colabora. Quanto Custa Proibir as Drogas? Projeto Colabora. 29 de março de 2021. Disponível em: <https://projetcolabora.com.br/ods16/quanto-custa-proibir-as-drogas/>. Acesso em: 29 de novembro de 2025).

A Redução de Danos se configura a partir de uma perspectiva ampliada no campo da saúde coletiva. Esta perspectiva fundamentalmente muda o foco do cuidado em relação ao uso de drogas. Qual das alternativas melhor descreve o diferencial da abordagem de Redução de Danos, sustentada na Saúde Coletiva, em comparação com modelos tradicionais que focam na doença individual?

- a) A limitação das intervenções ao ambiente hospitalar, dada a complexidade dos casos de uso de múltiplas substâncias.
- b) A exigência de que o profissional imponha a meta de abstinência como condição de início de qualquer acompanhamento, para garantir o sucesso terapêutico.
- c) O foco exclusivo na cura da doença por meio de intervenções farmacológicas de alta complexidade.
- d) A responsabilização do usuário apenas pelo dano físico, delegando o aspecto social à justiça.
- e) A valorização do desejo, das possibilidades e da autonomia do sujeito, construindo o cuidado em parceria e considerando a complexidade social que envolve o uso.

- 58.** “O sucesso da Reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações”.

(Pitta, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2025).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001) promoveu a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, consolidando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que substitui progressivamente o modelo manicomial por uma rede de serviços de base comunitária, como os CAPS, garantindo tratamento em liberdade e foco na inserção social e nos direitos humanos dos usuários. No entanto, ainda persiste, socialmente, uma situação que pode suscitar certas justificativas para a suspensão dos direitos das pessoas com transtorno mental:

- a) o acesso ao trabalho e à renda.
- b) a circulação nos equipamentos públicos.
- c) a disposição de moradias.
- d) a situação de crise em saúde mental.
- e) o acesso a benefícios previdenciários.

59. A Reforma Psiquiátrica Brasileira se propôs, ao longo dos anos, a incorporar lutas e movimentos sociais para construir pautas e enfrentamentos conjuntos, entre eles, destacam-se ativismos feministas e de gênero, antirracistas, de pessoas em situação de rua, por moradia, entre outros. No que diz respeito ao enfrentamento ao racismo, os dispositivos técnico-assistenciais devem:



(Pacheco, Ronilso. A herança colonial e escravocrata não pode sabotar nossos valores novamente. **Ponte Jornal**, [S. l.], 25 out. 2021. Disponível em: <https://ponte.org/artigo-a-heranca-colonial-e-escravocrata-nao-pode-sabotar-nossos-valores-novamente/>. Acesso em: 1 dez. 2025).

- I. sustentar uma a visão de que o racismo é uma configuração manicomial, posicionando a luta antirracista como uma pauta indissociável da luta antimanicomial.
- II. compreender que a lógica manicomial não se restringe ao estabelecimento asilar, mas se manifesta em diversos mecanismos de opressão na sociedade, como a discriminação contra negros, comunidade LGBTQIAPN+ e mulheres.
- III. entender que a colonialidade, como expressa na classificação racial/étnica imposta, é concebida pela Reforma Psiquiátrica como uma lógica de poder que ultrapassa o colonialismo (o processo histórico de colonização) e se manifesta nas dimensões materiais e subjetivas da existência social.
- IV. compreender que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) já está plenamente incorporada no dia a dia dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo que as condutas antirracistas sejam a prática majoritária nos cuidados em saúde mental.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) I, II e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, III e IV.
- e) I e IV.



60. A “A crise psíquica, com suas manifestações agudas (como desespero, vozes, visões ou eclosão psicótica), não representa apenas um desarranjo, mas também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de seu núcleo familiar e social. Nessa perspectiva, os sintomas devem ser acolhidos e validados, e não necessariamente suprimidos.”

CRUZ, Karine Dutra Ferreira da; GUERRERO, André Vinicius Pires; VIEIRA, JuneScafuto; NADJANARA. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217525912019000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217525912019000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10dez. 2025 (adaptado).

As situações de crise se configuram como um desafio para a Atenção Psicossocial e, nesta forma de cuidar, devem ser concebidas e abordadas em ancoragens éticas, técnicas e políticas:

- I. na perspectiva da atenção psicossocial, a sintomatologia aguda da crise, como as vozes ou a eclosão psicótica, deve ser imediatamente suprimida, pois não tem valor de expressão ou de tentativa de cura.
- II. uma "situação de crise" é caracterizada pela presença de, no mínimo, três de cinco parâmetros definidos na Atenção Psicossocial, como a grave sintomatologia psiquiátrica aguda ou a recusa obstinada do contato.
- III. o desarranjo, o desespero e a eclosão psicótica, no caso das crises psíquicas, refletem o sofrimento individual, sem qualquer relação com problemas e sofrimentos cruciais no plano familiar ou social da pessoa.
- IV. a complexidade das situações de crise em saúde mental reflete a diversidade de modos de expressão do sofrimento e traz à tona a necessidade de uma rede de suporte e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e IV.
- c) I e III.
- d) II e III.
- e) I e IV.

**PROCESSO SELETIVO  
RESIDÊNCIAS UESPI**

**PROCESSO SELETIVO  
RESIDÊNCIAS UESPI**