



UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA
FeSaúde – FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE / NITERÓI
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO
QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO
EDITAL Nº 1/2020



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

Emprego: PSICÓLOGO
Consultório na Rua

NÍVEL:
SUPERIOR

CADERNO DE QUESTÕES

Instruções ao candidato
(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o emprego indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um emprego diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO
QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.

Aristóteles

Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS

01 Compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
- (B) Coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica.
- (C) Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- (D) Definir os sistemas de vigilância sanitária.
- (E) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.

02 O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de:

- (A) Decreto do Chefe do Poder Executivo Federal.
- (B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- (C) Portaria do Ministério da Saúde.
- (D) Convênio entre os entes da federação interessados.
- (E) Consórcio entre União, Estados e Municípios.

03 São diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica:

- (A) Universalidade e equidade.
- (B) Resolutividade e integralidade.
- (C) Territorialização e população adstrita.
- (D) Equidade e participação da comunidade.
- (E) Universalidade e integralidade.

04 Analise as afirmações abaixo sobre as Regiões de Saúde previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

- I As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – BIT.
- II Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

III A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

IV Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial.

Estão corretas:

- (A) Somente I e II.
- (B) Somente I, II e III.
- (C) Somente II e III.
- (D) Somente II, III e IV.
- (E) Somente III e IV.

05 A descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido, a partir dos indicadores de saúde do sistema, define:

- (A) O mapa de saúde.
- (B) A porta de entrada.
- (C) A rede de atenção à saúde.
- (D) Os serviços especiais de espaço aberto.
- (E) A região de atenção psicossocial.

06 Nos termos de que dispõe a Constituição Federal de 1988, é correto afirmar que:

I A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação completa do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

II A destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos só é permitida desde que autorizada pelo chefe do poder executivo e aprovada pelo congresso nacional.

III Ao Sistema Único de Saúde compete participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

IV São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente por

instituições públicas, sendo vedada a realização por terceiros ou por pessoa jurídica de direito privado com fins lucrativos, salvo nos casos com expressa previsão legal.

- V É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Estão corretas somente:

- (A) I e II.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) II, III, IV e V.
- (D) II, IV e V.
- (E) III e V.

07 Com relação ao que dispõe a Lei nº 8.080/1990, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (B) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
- (C) Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.
- (D) A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito privado.
- (E) Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

08 Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, aquelas decorrentes de:

- (A) Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área.
- (B) Gestão do sistema público de saúde e de operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
- (C) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
- (E) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.

09 De acordo com a Lei nº 8142, de 1990, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- I Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.
- II Investimentos previstos no Plano Bienal do Ministério da Saúde.
- III Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Dos itens acima estão corretas somente:

- (A) I e II.
- (B) I, II e III.
- (C) I, II e IV.
- (D) II, III e IV.
- (E) III e IV.

10 Assinale a opção em desacordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

- (A) Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com essa portaria, serão denominados Unidade Básica de Saúde.
- (B) É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.
- (C) A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde, e visa a estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e os danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.
- (D) A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos diferentes, sendo as diretrizes previstas nessa portaria aplicáveis integralmente somente à AB.
- (E) A Atenção Básica será a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Tópico: Conhecimentos Específicos

11 Ao se falar de medicalização, pode-se tomar como referência, conforme fez Camargo Jr. (2010), a descrição feita por Conrad (2007): “Processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e desordens”. Sobre medicalização, pode-se destacar a seguinte característica:

- I Não se confunde com imperialismo médico – trata-se de um processo complexo com múltiplos agentes.
- II O termo é valorativo. Os processos de medicalização são sempre negativos.
- III A utilização de práticas alternativas pode ser sinônimo de desmedicalização.

É correto afirmar que:

- (A) Apenas a afirmativa I é verdadeira.
- (B) Apenas as afirmativas I e II são falsas.
- (C) Apenas as afirmativas I, II e III são falsas.
- (D) Apenas a afirmativa II é verdadeira.
- (E) Apenas as afirmativas II e III são verdadeiras.

12 A Resolução CFP nº 06/2019 tem como objetivos orientar a(o) psicóloga(o) na elaboração de documentos escritos produzidos no exercício da sua profissão e fornecer os subsídios éticos e técnicos necessários para a produção qualificada da comunicação escrita. Sobre o relatório multiprofissional, pode-se afirmar que:

- I É resultante da atuação da(o) psicóloga(o) em contexto multiprofissional, podendo ser produzido em conjunto com profissionais de outras áreas, preservando-se a autonomia e a ética profissional dos envolvidos.
- II Deve observar as mesmas características do relatório psicológico.
- III Visa a comunicar a atuação profissional da(o) psicóloga(o) em diferentes processos de trabalho já desenvolvidos ou em desenvolvimento, podendo gerar orientações, recomendações, encaminhamentos, diagnósticos e intervenções pertinentes à situação descrita no documento.
- IV A conclusão do relatório multiprofissional não pode ser realizada em conjunto, mesmo nos casos em que se trate de um processo de trabalho interdisciplinar.

As afirmativas acima estão corretas, **EXCETO**:

- (A) I.
- (B) II.
- (C) II e III.
- (D) III.
- (E) III e IV.

13 São deveres fundamentais do profissional psicólogo, de acordo com o seu Código de Ética (2005):

- I Ter, para o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade e, quando solicitados, colaborar com esses outros profissionais, salvo impedimento por motivo relevante.
- II Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente.
- III Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional.
- IV Informar a quem de direito os resultados decorrentes de prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário.

São verdadeiros os itens:

- (A) I e II, apenas.
- (B) I, II e III apenas.
- (C) I, II, III e IV.
- (D) I, II e IV apenas.
- (E) II e III, apenas.

14 Sobre o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), pode-se afirmar que:

- (A) Pauta-se pelo princípio geral de construção de normas a serem seguidas pelos profissionais, valorizando princípios fundamentais que determinam a relação do psicólogo com sua prática.
- (B) Nele fica claro que o psicólogo não considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre suas atividades profissionais. Isso porque a ele é vedado utilizar ou favorecer o uso de conhecimento e a utilização de práticas psicológicas como instrumentos de castigo.
- (C) Veda a participação de psicólogos em greves ou paralisações.
- (D) Orienta como fazer a emissão de documentos, com fundamentação teórica e qualidade técnico-científica.

(E) Ao psicólogo é vedado induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais.

15 A elaboração de documentos escritos, produzidos pela(o) psicóloga(o) em sua prática profissional, tem sido pauta no Sistema Conselhos de Psicologia desde 2001. Sobre a nova regulamentação, considera-se que

- I A(o) psicóloga(o) deve atuar com autonomia intelectual e visão interdisciplinar, potencializando sua atitude investigativa e reflexiva para o desenvolvimento de uma percepção crítica da realidade diante das demandas das diversidades individuais, grupais e institucionais.
- II A(o) psicóloga(o) deve construir argumentos consistentes sobre a observação de fenômenos psicológicos e empregar referenciais teóricos e técnicos pertinentes em uma visão crítica, autônoma e eficiente.
- III Toda a ação da(o) psicóloga(o) demanda um raciocínio psicológico, caracterizado por uma atitude avaliativa, compreensiva, integradora e contínua, que deve orientar a atuação nos diferentes campos da Psicologia e estar relacionado ao contexto que origina a demanda.

É correto afirmar que:

- (A) Apenas I está correta.
- (B) Apenas I e II estão corretas.
- (C) I, II e III estão corretas.
- (D) Apenas I e III estão corretas.
- (E) Apenas II e III estão erradas.

16 O documento psicológico é um instrumento de comunicação escrita resultante da prestação de serviço psicológico à pessoa, ao grupo ou à instituição. A confecção desse documento deve ser realizada mediante solicitação da(o) usuária(o) do serviço de Psicologia ou de seus responsáveis legais, de uma(um) profissional específica(o), das equipes multidisciplinares ou das autoridades, ou ser resultado de um processo de avaliação psicológica. Sobre os documentos psicológicos, analise as afirmativas abaixo, e a seguir assinale a opção correta.

- Sistematizam uma conduta profissional na relação direta de um serviço prestado à pessoa, grupo ou instituição.
- Devem ser elaborados conforme os princípios de qualidade técnica e científica.
- Devem expressar de maneira precisa, expondo o raciocínio psicológico resultante da sua atuação profissional.
- Basearão suas informações em observância ao Código de Ética Profissional do Psicólogo, além de outros dispositivos de resoluções específicas.

- (A) As afirmações tratam dos princípios éticos fundamentais para a elaboração do documento.
- (B) As afirmações tratam dos princípios técnicos fundamentais para a elaboração do documento.
- (C) As afirmações tratam dos princípios de linguagem técnica para a elaboração do documento.
- (D) As afirmações são verdadeiras e abordam princípios fundamentais para a elaboração do documento.
- (E) As afirmações referem-se à escrita de documentos nas modalidades apenas de relatório psicológico e relatório multiprofissional.

17 Lancetti explica, em seu livro intitulado “A clínica Peripatética” (2006), que escolheu o termo peripatético para designar os seus ensaios. “Peripatético no sentido comum do adjetivo e no sentido etimológico da palavra [...]: passear, ir e vir conversando” (p.15). Explica, também, que não há qualquer intenção de aderir à doutrina aristotélica nem às que os seus discípulos deram continuidade. No capítulo 5, retoma “o problema da saúde mental no

PSF – Programa Saúde da Família” (p. 17) e sobre os agentes de saúde afirma:

- I Suas ações, quando operadas em singular parceria com outros membros da organização sanitária, tornam essa relação uma arma fundamental para produção de saúde e saúde mental.
- II São “peças preciosas dessa máquina”, em virtude de sua condição paradoxal. São, ao mesmo tempo, membros da comunidade e integrantes da organização sanitária.
- III São metidos na vida comunitária, no “mostro” larvar pré-comunitário, e, ao mesmo tempo, estão fora da problemática, pois pertencem a uma organização sanitária.

Analise as afirmações acima, indicando (V) para as verdadeiras e (F) para as falsas. A sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) V, F, V.
(B) V, V, V.
(C) F, V, V.
(D) V, V, F.
(E) F, F, V.

18 Sobre a práxis peripatética, Lancetti (2006) afirma: “Nas nossas experimentações realizadas no território forjamos o conceito de complexidade invertida” (p.107). O autor também explica que:

- I No sistema de saúde existe uma hierarquização que pode ser descrita da seguinte forma: os processos simples [...] enfim, todas aquelas ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde, situadas no bairro onde as pessoas moram, são procedimentos simples, de baixa complexidade. Os procedimentos realizados em centros cirúrgicos e hospitais de grande porte [...] são procedimentos de alta complexidade.
- II Na saúde mental ocorre exatamente o contrário: os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico e nas enfermarias ou nos pátios e as atividades desenvolvidas nas clínicas de drogados são procedimentos simples e tendem à simplificação. Ações de saúde que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com componentes de subjetividade, são ações complexas.

III É preciso substituir o conceito de contenção pelo de continência. Essa ideia é fundamental. É bem mais complexo suportar a crise com contato físico, com presença e firmeza e fundamentalmente sem a clausura que implica trancar alguém. É também complexo, porque as equipes são obrigadas a praticar a democracia psíquica.

Sobre os itens acima, pode-se dizer que:

- (A) Apenas I está correto.
- (B) Apenas I e II estão errados.
- (C) I, II e III estão corretos.
- (D) Apenas II e III estão errados.
- (E) Apenas III está correto.

19 Flávia Biroli, em “Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil” (2018), fala que o olhar que assume em seu livro “é possibilitado pelo acúmulo dos estudos de gênero nas últimas décadas, internacionalmente e no Brasil, pela sofisticação do conhecimento nesta área e pelas muitas interpelações que os movimentos feministas têm feito a quem se dedica a estudar as relações de poder nas sociedades contemporâneas” (p. 9). Analise as afirmações abaixo.

- I O que se passa nos espaços definidos como privados e domésticos é significativo para análise da democracia.
- II A análise da posição concreta dos indivíduos na relação de poder, consideradas as formas que essa posição assume na vida cotidiana, é necessária para se avaliarem direitos constituídos e disputas por direitos.
- III A posição relativa das mulheres expõe baixa efetividade de direitos que foram universalizados nas sociedades ocidentais, mesmo os mais fundamentais, como o direito à integridade física.

Pode-se dizer que:

- (A) Apenas a afirmativa I é verdadeira.
- (B) Apenas as afirmativas I e II são verdadeiras.
- (C) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- (D) Apenas a afirmativa III é verdadeira.
- (E) Apenas as afirmativas II e III são verdadeiras.

20 Flávia Biroli (2018) dedica uma parte de seu trabalho ao cuidado, muito embora revele que o cuidado está longe de ser um tema com alguma centralidade nos estudos teóricos e empíricos sobre democracia. Considerando o texto da autora é correto afirmar que:

- (A) A disponibilidade e os padrões de distribuição de recursos materiais e tecnológicos incidem diretamente no cuidado das crianças apenas. As formas que a vulnerabilidade assume em condições de doença e na velhice não importam.
- (B) Uma perspectiva ética fundamentada no cuidado e na interdependência jamais permitiria avaliar o caráter da democracia.
- (C) O acesso desigual aos cuidados necessários e a posição de quem cuida não contrapõem dimensões de igualdades de gênero, classe e raça.
- (D) A necessidade de cuidado pode ser pensada como parte do cotidiano das pessoas. O cuidado pode ser significado e organizado de formas profundamente diversas.
- (E) Os recursos disponíveis para atender às necessidades de cuidados não são aspectos que determinam as diferenças nos modos como certos momentos e certas condições de vulnerabilidades são vividos pelas pessoas nas comunidades das quais fazem parte.

21 “Quando abordamos a maternidade, as desigualdades são bastante evidentes”, diz Flávia Biroli (2018). Sobre maternidade, a autora afirma, ainda, que

- I A crítica à maternidade, especialmente por parte do feminismo, tem sido historicamente definida pela divisão do trabalho que sobrecarrega as mulheres por um lado, mas, por outro, promove sua participação em outras esferas da vida.
- II Entre as camadas mais pobres da população, a maternidade não costuma ser uma atividade em tempo integral e, quando o é, traz as marcas do desemprego e da precariedade.
- III No cotidiano das mulheres, os desafios para criar os filhos em condições de vulnerabilidade implicam superação e solidariedade, mas também alto custo e sofrimento.

- IV O “matriarcado das misérias” é feito de exclusões, racismo e sexismo e, apesar disso, de resistências no cotidiano.
- V As tensões entre a autonomia das mulheres e a criação de filhos podem assumir formas diversas.

As afirmativas acima estão corretas, **EXCETO**:

- (A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.
(E) V.

22 “Trata-se de um fenômeno tão complexo quanto incômodo e preocupante, que vem minando o tecido social e infiltrando-se em todos os setores da vida contemporânea. É um fenômeno diante do qual não há possibilidade de neutralidade [...]. Afinal, não há como ignorá-la ou fugir dela, a violência se apresenta a qualquer hora e em toda a parte, seja nos espaços públicos ou privados, podendo-se mesmo arriscar dizer que já se encontra infiltrada nas mais recônditas frestas da subjetividade do homem contemporâneo”, escreve Maria Eucates Motta, no prefácio do livro de Hebe Signorini Gonçalves. Sobre o fenômeno da violência, elas revelam, ainda, que:

- (A) Há como reduzir o fenômeno da violência a meramente uma questão da segurança pública ou a casos de polícia.
- (B) A violência não pode ser analisada de maneira simplista e, sobretudo, que não basta responsabilizar setores específicos nem se fundamentar em critérios tradicionais que se contentam em criminalizar a pobreza, demonizar o usuário de drogas ilícitas ou responsabilizar o tráfico de armas e drogas.
- (C) A negligência, o abandono, a prostituição, os maus-tratos, o abuso sexual e a pedofilia, com todas as políticas de proteção às crianças e adolescentes surgidas no século passado, pararam de atormentar as crianças neste novo século.
- (D) Todos – governo, comunidade, família – interiorizaram adequadamente o seu dever legal de proteger integralmente todas as crianças e jovens, independentemente de serem ou não seus próprios filhos e de suas condições econômicas e sociais.

- (E) A produção acerca da violência contra a criança pode ser interpretada apenas com base no exame da violência como manifestação dotada de racionalidade e produtora de sentido.

23 No artigo intitulado “O trabalho como operador de saúde”, Silva e Ramminger visam a analisar a função do trabalho como operador de saúde, ou seja, pensar como o trabalho também pode produzir saúde. Para as autoras:

- (A) As clínicas do trabalho não fornecem ferramentas para aproximar as pessoas do saber-fazer produzido pelos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho.
- (B) Os trabalhadores precisam se adaptar ao trabalho permanentemente.
- (C) O trabalho como operador de saúde não abre lugar para nenhum tipo de criação coletiva nem pessoal.
- (D) Quando há lugar para a criação coletiva e pessoal, bem como para o reconhecimento do trabalhador em sua atividade a produção é menor.
- (E) Os estudos sobre a relação entre saúde e trabalho tendem a destacar seu viés negativo e patológico, como se o trabalho produzisse apenas adoecimento e alienação.

24 No artigo “A pólis arquipélago – notas do acompanhamento terapêutico” (2013), Maurício Porto discute algumas consequências teóricas derivadas do fazer singular do acompanhamento terapêutico (AT). O autor lembra que:

- I Como no AT não há nem lugar fixo, nem propriedade privada – características ordinárias das instituições de tratamento, o espaço onde ele acontece é o chão comum e o céu aberto.
- II A experiência de transitar, para além das quatro paredes das diversas instituições de tratamento, dispõe, como plano transferencial, um cenário composto de indivíduos e universos que se interpenetram e se constituem, formando mundos.
- III A ausência de um lugar próprio, já predeterminado, fortalece a novidade absoluta do encontro. Essa espécie de virgindade do encontro produz uma diferenciação do AT em relação ao médico, ao terapeuta e ao analista.

IV No acompanhamento terapêutico, é o AT que se desloca para o encontro do acompanhado. Essa anterioridade não existe como existe para o analista. Essa novidade absoluta do encontro, determinado pela ausência da propriedade privada.

Pode-se afirmar que:

- (A) Apenas I é verdadeira.
- (B) I, II, III e IV são verdadeiras.
- (C) Apenas I, II e IV são falsas.
- (D) I e II são verdadeiras e, III e IV são falsas.
- (E) I e III são verdadeiras, mas II e IV são falsas.

25 Mauricio Porto, no texto “A pólis arquipélago – notas do acompanhamento terapêutico”, afirma que “O lugar onde começa o acompanhamento terapêutico é o chão comum e o céu aberto”. A partir dessa colocação, conclui-se que:

- (A) Um acompanhamento terapêutico pressupõe o espaço público.
- (B) Um acompanhamento terapêutico deve sempre ser na rua ou num espaço compartilhado.
- (C) Um encontro de dois é aquele em que o terapeuta não deve conhecer de antemão o espaço que se dará o acompanhamento.
- (D) Um encontro de dois é aquele em que dois estão imersos na cidade e que não se separam do coletivo.
- (E) Um acompanhamento não deve ser realizado a partir da casa do acompanhado.

26 Sobre o acompanhamento terapêutico, Porto (2013), no texto “A pólis arquipélago – notas do acompanhamento terapêutico”, afirma que:

- (A) É uma modalidade terapêutica criada para acompanhar moradores de serviços residenciais terapêuticos.
- (B) É uma prática primordial para resgatar a cidadania do louco.
- (C) Se dá na cidade, nas ruas, praças e mesmo na privacidade de um quarto fechado.
- (D) A ausência de um lugar próprio, predeterminado, produz no acompanhado uma “novidade absoluta”, devendo o acompanhante cuidar desse sentimento primordial.

(E) A condição em que se dá o acompanhamento terapêutico leva os sujeitos a pensarem na natureza da relação sujeito-objeto.

27 Sobre a relação acompanhante terapêutico e acompanhado, descrito no texto de Porto (2013), pode-se dizer que:

- (A) É fundada em uma novidade absoluta, pois tanto o AT como o acompanhado chegam sem uma história anterior.
- (B) É uma relação terapêutica e propriamente mental, pois, mesmo sob o palco da cidade, ela ainda acontece quando se flutua a atenção pelo que se fala.
- (C) É uma relação genuína e solidária, fundamental para que o acompanhado volte a viver na cidade. Do mesmo modo, o acompanhante ressignifica suas passadas pela urbe. Nesse sentido, afirma-se a interpenetrabilidade dessa relação.
- (D) É uma relação de dois, constituída de ilhas abertas, fundante na fala, por isso carrega uma qualidade de “novidade absoluta”.
- (E) Acontece a partir de múltiplos contágios experimentados e pertencentes à polis.

28 De acordo com Paulo Amarante, em seu livro “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (2007), afirma-se que:

- (A) O modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma de suas características principais um sistema terapêutico baseado na desospitalização.
- (B) As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de encontros, trajetórias de cooperação, simultaneidades de iniciativas e autores sociais envolvidos.
- (C) O modelo de atenção psicossocial pressupõe o paciente como um portador de um distúrbio que, per si, justifica a separação do sujeito da sociedade.
- (D) O modelo psiquiátrico, assim como o de atenção psicossocial, se fundamenta na vigilância, no controle e na disciplina.
- (E) O sistema hospitalar psiquiátrico em nada se aproxima das instituições carcerárias.

29 Sobre saúde mental e saúde da família, Amarante (2007) explicita que:

- (A) A ESF representa a versão da situação de hiperespecialismo e o investimento na promoção de saúde.
- (B) Atenção Básica em Saúde é uma estratégia de medicalização da população.
- (C) Um dos princípios da saúde mental na saúde da família é a desmedicalização, ou seja, uma forma de apostar na possibilidade de tratamento sem o uso de medicamentos.
- (D) Saúde mental na saúde da família é uma estratégia promissora.
- (E) A saúde da família como estratégia se fundamenta no controle a na disciplina.

30 Sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Paulo Amarante afirma, em “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”:

- (A) Por serem chamados de “serviços” e “terapêuticos”, eles perderam seu poder de provocar um deslocamento do modelo asilar.
- (B) É uma das dimensões descritas para se entender a Reforma Psiquiátrica como uma questão complexa.
- (C) Por meio da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos. Tal iniciativa contribui para a superação do modelo psiquiátrico predominantemente asilar ainda hegemônico.
- (D) Tais serviços garantem a cidadania do novo sujeito político: o usuário de saúde mental do SUS.
- (E) São fundamentais para garantir que, quando o manicômio acabar, as pessoas não fiquem sem teto pela cidade.

31 Sobre a “dimensão sociocultural” da Reforma Psiquiátrica, Paulo Amarante afirma que:

- (A) É uma dimensão estratégica e uma das mais criativas, na qual se vê o envolvimento de toda a sociedade.
- (B) É a estratégia de colocar a doença “entre parênteses” para fazer emergir o sujeito.
- (C) É um dispositivo estratégico para lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais.
- (D) Consiste no “duplo da doença” e é inesperada do dramaturgo Antonin Artaud.

(E) Preconiza que, quanto mais arte e cultura existirem dentro do hospital psiquiátrico, mais fácil e efetivo será o fim desse serviço.

32 Sobre a “função apoio” que tratam os autores Paulon SM, Pache DF, Righi LB, no livro “Função Apoio: Da mudança institucional à institucionalização da mudança” (2014), pode-se afirmar que

- I Aparece no contraponto da ideia clássica de um supervisor do trabalho, nos moldes da gestão do trabalho industrial.
- II Busca prestar apoio clínico aos usuários da rede de saúde que não são absorvidos pelos serviços tradicionais.
- III É um novo exercício de trabalho em saúde, que tem interferido nos modos instituídos de se trabalhar nesse campo.
- IV É uma função que produz cogestão, por isso deve partir do gestor do serviço de saúde.

Das afirmativas acima assinale a opção correta.

- (A) I, apenas.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) III, apenas.

33 De acordo com os autores Paulon SM, Pache DF, Righi LB, no livro “Função Apoio: Da mudança institucional à institucionalização da mudança” (2014), sobre a relação equipe e apoiador, pode-se afirmar:

- I A função do apoiador é supervisionar os exercícios clínicos em determinadas relações de trabalho.
- II Equipe e apoiador realizam certo exercício de cogestão, sendo fundamental a contratação explícita do trabalho, para deixarem nítidas as expectativas, os objetivos e as regras. Assim, haverá uma relação de confiança entre equipe e apoiador.
- III Os apoiadores devem lançar mão de cursos de capacitação e oficinas formativas, buscando qualificar o trabalho das equipes, sobretudo em regiões de médio e grande porte.
- IV O apoio se estabelece na confiança e só pode existir em um contrato que lhe dá possibilidade de permanência.

Das afirmativas acima assinale a opção correta.

- (A) I e II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) I, II e IV, apenas.
- (D) II e IV, apenas.
- (E) IV, apenas.

34 Franco Basaglia em “Cartas de Nova York”, ao ser convidado por um serviço comunitário norte-americano para falar sobre a importância dos serviços “de portas abertas”, descreve um modo de institucionalidade que ele denominou instituição da tolerância. Sobre esse modo institucional, é pode-se afirmar:

- I É fundamental para a conscientização da comunidade para um novo lugar da loucura.
- II Faz parte de um processo dialético e estratégico para a ruptura com o saber psiquiátrico.
- III Por meio da “nova psiquiatria social” e da interdisciplinaridade, continua a tender a resolver tecnicamente conflitos sociais.
- IV Representa a outra face da instituição violenta e revela ser gigantesca na eficiência técnica de se produzirem problemas artificiosos, para que a realidade continue a parecer imodificável a quem sofre.

Está(ão) correta(s):

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I, II e III, apenas.
- (D) I e III, apenas.
- (E) III e IV, apenas.

35 A partir da concepção do Franco Basaglia sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos / manicômios, é correto afirmar:

- I Enquanto o hospital psiquiátrico / manicômio estiver seguro em seu papel de cuidado da crise (servir como local de descarga dos “doentes transtornados”), ele mesmo sustentará a existência de instituições aparentemente abertas.
- II Um trabalho processual bem feito e que sustente o cuidado na comunidade pode levar ao fim o hospital psiquiátrico / manicômio, mas isso deve ser feito de modo concomitante para não desassistir ao paciente.
- III Reconhece que, se o hospital psiquiátrico coexistir com as unidades de saúde abertas, a sociedade inteira pode ser reduzida

gradualmente a uma enorme instituição tolerante, sutilmente controlada.

- IV Acabar com o hospital psiquiátrico deve ser um processo dialético que pressupõe leis, regras estatais e a humanização dos serviços.

Estão corretas as opções:

- (A) I, II, apenas.
- (B) I, II, III, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, II e IV, apenas.
- (E) II e IV, apenas.

36 “... sugeri que entre a mania em Platão e a Loucura em Hegel haveria não apenas uma diferença de enfoque, mas um deslocamento histórico decisivo. Levantei a hipótese de que a ‘vizinhança’, a ‘estranheza’ e o ‘vai-e-vem’, que caracterizam a abordagem platônica da ‘mania’, desembocaram na exclusão, na familiaridade e na superação hegeliana. Isso corresponde mais profundamente à passagem de uma prevalência da Desrazão para a Loucura em sua visão clínica, denominada ‘doença mental’.” Ao pensar a produção da doença mental, o autor Peter Pal Pelbart, no livro intitulado “Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão”, afirma:

- I Enquanto na Grécia Antiga se dá a proximidade física dos chamados loucos com seus contemporâneos, ao mesmo tempo há uma distância irreduzível entre o homem comum e a loucura. No alienismo ocorre o inverso: o isolamento físico gera uma proximidade total da Loucura com o Homem.
- II Tanto para Platão como para Hegel, a Loucura representa um erro na razão. Logo, ela precisa ser curada, mesmo que por diferentes métodos.
- III Para Platão, a Desrazão era uma modalidade de experiência e saber.
- IV No deslocamento da Desrazão para a loucura, passou-se a experienciar a loucura do louco como a loucura do homem em geral.

Estão corretas as afirmações:

- (A) I e II, apenas.
- (B) I, II e III, apenas.
- (C) I, II e IV, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) II e IV, apenas.

37 “À sombra da Revolução Francesa, o primeiro grande clínico da Loucura e o maior dos pensadores da Razão convergiram numa estranha, mas definitiva aliança (...)” Sobre essa aliança e seus efeitos, o autor Peter Pal Pelbart afirma:

- I Trata-se da anexação da Loucura pela Razão e afirma que os ensinamentos de Pinel puderam alimentar as engrenagens filosóficas de Hegel.
- II Seu legado maior foi a invenção da estrutura asilar que serviu de modelo para toda escola alienista do século XIX.
- III Preconizou o tratamento moral, com suas quatro técnicas: o silêncio institucional; o julgamento perpétuo; a ridicularização e a autoridade do médico.
- IV A racionalidade passou a ser força reinante na organização e no funcionamento do asilo.

Estão corretas as afirmações:

- (A) I, II e III, apenas.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) I, II e IV, apenas.
- (D) I e III, apenas.
- (E) II e IV, apenas.

38 Heliana Conde Rodrigues, no texto “Caixa de Ferramenta para uma atitude Histórico-Crítica na pesquisa intervenção”, percorre, ao lado de Michel Foucault, parte de um pensamento crítico sobre o modo com que se enfrenta o conceito de história, denominado “crítico sem renúncia”. Tal pensamento produz um modo inseparável de teoria e prática que, por sua vez, gera meios interventivos implicados na própria intervenção. Sobre esse modo, Rodrigues diz que:

- (A) O “crítico sem renúncia”, afirmado por Foucault, é a crítica ao modo que o sujeito em sofrimento busca o “saber psi”: sempre faltante.
- (B) Há uma inseparabilidade entre interventores e intervenção. Ao “vir-entre” instituições, o intuito é produzir uma desnaturalização de modos de pensar, agir e ser, por exemplo, de coletivos ou mesmo de agentes envolvidos em processos terapêuticos.
- (C) A intervenção pensada, a partir dessa lógica, busca a base na genealogia foucaultiana e se baseia nas “causalidades de base”.

- (D) Está centrado no sujeito, um sujeito ontológico e potente responsável pela produção de sua existência.
- (E) Intervir, neste modo, libera fluxos inesperados, produzindo uma pesquisa aberta despreocupada com os resultados.

39 Em dezembro de 1987, houve o Encontro de Bauru, organizado principalmente por trabalhadores ligados ao sistema manicomial que eram contra as políticas públicas em vigor, e reivindicavam a garantia de direitos básicos dos pacientes. Sobre a chamada Carta de Bauru, pode-se afirmar:

- (A) Nela não há nenhuma definição de um projeto de desinstitucionalização, numa base basagliana.
- (B) Nela não se chama atenção para as opressões existentes na sociedade - gênero, raça/etnia classe. Trata-se apenas da condição do louco.
- (C) Nela há trechos que evidenciam a visibilidade das lutas, e todo o processo de modernização da psiquiatria, fundamentais para o desenvolvimento das instituições.
- (D) Ela aponta o compromisso estabelecido pela luta antimanicomial: não incorporar, nem fazer qualquer tipo de aliança com o movimento popular.
- (E) É considerada documento fundante da Luta Antimanicomial.

40 A relação das mulheres com a saúde mental encontra-se subalternizada e invisibilizada no processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, hoje, grupos, coletivos e movimentos sociais antimanicomiais estão cada vez mais atentos para a problemática. Sobre a luta antimanicomial, relacionada e interseccionalizada com os feminismos e a luta de classe, a partir do livro organizado por Pereira e Passos (2017), intitulado “Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira”, verifica-se que:

- I Os estudos feministas e as construções teóricas da reforma psiquiátrica, especialmente quando articulados, trazem diversos pontos em comum. Colocam-se frente à problemática da dominação burguesa patriarcal sobre as mulheres, a partir da medicalização e da institucionalização.
- II Não é tarefa da luta antimanicomial pautar e problematizar as múltiplas patologizações da vida e da existência humana, buscando,

assim, a transformação da sociedade, o fim das opressões / explorações de gênero, raça, classe e da propriedade privada.

- III A saúde mental da mulher, no modelo medicalizado e patriarcal, dialoga apenas com suas funções reprodutivas.

É correto afirmar que apenas:

- (A) A afirmativa I é verdadeira.
- (B) As afirmativas I e II são verdadeiras.
- (C) A afirmativa II é verdadeira.
- (D) As afirmativas II e III são verdadeiras.
- (E) A afirmativa III é verdadeira.

41 Nicodemos (2018), no artigo intitulado “Avanços e desafios na atenção psicossocial brasileira e portuguesa a usuários de drogas: uma experiência clínica e de pesquisa sobre redução de danos”, afirma: “há uma diferença considerável como o estado de cada país e suas populações em geral acolhem a problemática e oferecem suas possíveis soluções”. No que tange ao Brasil, o autor afirma também:

- I Que, apesar da Lei 11.343/2006, institui o Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas, que modifica o aspecto coercitivo da Lei de 1976, ela mantém a judicialização dos usuários, não especificando as diferenciações entre usuários e comerciantes de drogas – apesar de citá-los como autores diferenciados.
- II A guerra às drogas no Brasil, influenciada pelas políticas norte-americanas, perpetua consequências sociais, fazendo correr em suas entranhas decisões segregadoras dos mais pobres e negros.
- III Os riscos e danos em relação ao uso de drogas, no Brasil, encontram-se muito mais localizados no estigma da clandestinidade, marcado pelo crime pelo qual morrem, todos os dias, usuários de drogas, narcocomerciantes ou, simplesmente, moradores das periferias que estão no meio das trocas de tiros entre o tráfico e a polícia.
- IV Os avanços políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a implantação dos CAPS-ad permitiram novas e inovadoras articulações, no que se refere ao desenvolvimento de ações de saúde para essa população usuária de drogas.

São verdadeiras:

- (A) I, II e III, apenas.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) I e IV, apenas.
- (D) II, III e IV, apenas.
- (E) II e III, apenas.

42 Latgé, Moure e Mansur (2018), no artigo intitulado “Os ingovernáveis – a clínica com crianças e adolescentes em situação de rua e seus efeitos na formação em psicologia”, relatam suas experiências como integrantes do ERIJAD – Equipe de referência infanto-juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas, de Niterói. A experiência de acompanhar crianças e adolescentes, em suas trajetórias nas ruas niteroienses, revelou que:

- (A) A rua nunca aparece como lugar possível para as crianças e adolescentes, pois ela não pode ser pensada como lugar acolhedor a todo o momento.
- (B) Sempre há espaços possíveis para a circulação de crianças e adolescentes em situação de rua na cidade, de modo que ninguém quer extingui-los, e sim incluí-los.
- (C) Há necessidade de se trabalhar no intuito de cuidar, para que não sejam operadas opressões disfarçadas de diretrizes de inclusão social.
- (D) Meninos e meninas em situação de rua jamais chegam ao CAPSi.
- (E) A intersetorialidade entre assistência social e saúde mental é um complicador para o desenvolvimento do trabalho.

43 O consultório de/na Rua (CR) é um serviço relativamente novo no cenário do Sistema Único de Saúde – SUS. Sobre o Consultório de/na Rua, pode-se afirmar, de acordo com Londero, Ceccim e Bilibio (2014):

- (A) A passagem do CR, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa propostas para as diretrizes estratégicas desse dispositivo.
- (B) O CR trabalha isoladamente sem necessitar da rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS.
- (C) O CR oferta um serviço fechado e de demanda referenciada que busca acolher aquilo que pessoas em situação de rua estão necessitando.
- (D) As ações do CR são construídas de acordo com as políticas de abstinência e, por isso, não levam em consideração particularidades da pessoa e vulnerabilidades.
- (E) Devido à ampla ação que se passa na rua, o CR é um serviço transversal que produz tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da atenção básica.

44 Redução de Danos (RD) é uma estratégia de cuidado em saúde dirigida a pessoas que usam álcool e outras drogas. Sobre Redução de Danos, considere as proposições abaixo, a partir dos estudos de Passos e Souza (2011):

- I A Redução de Danos foi, ao longo dos anos, se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas pela lógica da abstinência.
- II A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS.
- III Chama-se paradigma da abstinência uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva, na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso.

Pode-se afirmar que:

- (A) Apenas I está correta.
- (B) I, II e III estão corretas.
- (C) Apenas I e III estão corretas.
- (D) Apenas II e III estão corretas.
- (E) Apenas III está correta.

45 A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, caracteriza a “população em situação de rua”. Sobre o acolhimento e a produção de cuidados destinados a essa população, Hallais e Barros (2015), no artigo intitulado “Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade”, observaram que:

- I Essa população, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar aos serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio Sistema Único de Saúde – SUS.
- II Embora a Política Nacional para a População em Situação de Rua pretenda assegurar acesso à saúde e ao cuidado, ela nem sempre é garantida, inclusive porque os serviços e os profissionais de saúde têm pouca experiência para acolher pessoas em situação de rua e atender às necessidades dessa população.
- III A produção de cuidado destinada à população em situação de rua é quase

inexistente, não apenas por se tratar de uma política pública muito recente, mas também pela sua escassez na literatura científica, configurando, assim, uma lacuna de conhecimento sobre a temática.

- IV Há cumprimento da equidade no atendimento à população de rua nas unidades básicas de saúde.

Sobre as observações acima, pode-se afirmar que estão corretas:

- (A) Apenas I e II.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) Apenas I, II e III.
- (D) Apenas III e IV.
- (E) Apenas I, III e IV.

46 De acordo com o texto de MACERATA (2013), “Experiência POP RUA: Implementação do Saúde em Movimentos nas Ruas”, a implementação do projeto “Saúde em Movimento Nas Ruas” é considerada a base para a formação do que hoje se chama Equipes de Consultório na Rua (eCNR) e denota:

- (A) Uma capacidade comunicacional com a dinâmica do território, evidenciando uma direção ascendente da política pública: do cotidiano da vida concreta para os locais de formulação e gestão das políticas.
- (B) Uma experiência exitosa, na qual a experiência vivida na rua serve de base para a formulação do serviço.
- (C) Uma experiência de formulação decrescente que parte do plano relacional para a atuação dos agentes comunitários com familiaridade nas ruas.
- (D) Uma experiência exitosa de parceria público-privada, na qual as pessoas em situação de rua puderam escolher um lugar mais digno para morar e viver.
- (E) A experiência “botton-up”, na qual pode se concretizar o exercício de elevação cidadã para os moradores de rua, com benefícios assistenciais específicos para essa população.

47 Sobre as políticas de Saúde ligadas as problemáticas dos usos de drogas no Consultório na Rua, o autor MACERATA, afirma:

- (A) A prevenção em saúde promove-se a partir de campanhas focadas nos territórios de uso e de distribuição de kits de insumo.
- (B) A promoção em saúde é focada, pontual, e busca a linguagem específica da população usuária na rua. Os agentes comunitários de saúde são fundamentais para esse fazer.
- (C) Baseia-se numa metodologia comunitária e democrática que começa com o convite para a reflexão sobre o uso, passando para a conscientização sobre a abstinência temporária, atingindo, por fim, o uso autônomo das substâncias.
- (D) A promoção de saúde dá-se a partir do território e da singularidade do sujeito. Busca-se, assim, a ampliação do grau de saúde e da qualidade de vida.
- (E) Assemelha-se ao Programa de Braços Abertos de São Paulo, que tinha como foco a conscientização sobre a abstinência e, por fim, o uso autônomo das substâncias.

48 De acordo com PASSOS e SOUZA no texto “Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global Guerras às Drogas”(2011), considera-se que a redução de danos foi adotada como estratégia de saúde pública no Brasil. Sobre a redução de danos, pode-se afirmar que:

- (A) Nunca foi foco do Ministério da Saúde, mas sim do Ministério de Desenvolvimento Social, que tinha como premissa o controle de ISTs na população de rua.
- (B) Foi criada em Santos/SP, na gestão de David Capistrano, no secretariado de Antonio Lancetti, e teve como momento germinativo o fechamento da Casa de Saúde Anchieta.
- (C) Foi criada a partir de 1987, com o avanço dos fechamentos de leitos psiquiátricos e com a mudança da lógica de controle para a lógica cidadã.
- (D) Foi criada no município de Santos/SP, no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis.
- (E) Foi criada a partir de 1979, com a abertura democrática do país e com o avanço das experiências grupais trazidas pelos exilados argentinos.

49 Sobre Redução de Danos e Abstinência, PASSOS e SOUZA (2011), pode-se afirmar que:

- (A) Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos tem como direção a produção de saúde, considerada como elaboração de regras autônomas de cuidado de si.
- (B) A abstinência, quando projeto final da Redução de Danos, é potencializadora de vidas livres e autônomas.
- (C) A Redução de Danos, para ser efetiva, deve se afastar da abstinência e produzir caminhos múltiplos para o usuário.
- (D) A Redução de Danos, quando aliada às políticas de abstinência, tende a ser mais efetiva e a valorizar o sujeito.
- (E) Abstinência e Redução de Danos não devem se opor, mas sim escutar a demanda do sujeito e como ele verbaliza o modo que quer se livrar do sofrimento.

50 Sobre o Consultório na Rua, baseado no texto de PASSOS e SOUZA (2011), pode-se afirmar que:

- (A) Surge a partir da Política Nacional para a População em Situação de Rua, impulsionada pelo Programa “Crack é Possível Vencer”, aclamado pelo Movimento Nacional da População de Rua.
- (B) O Serviço Estratégico da Política Nacional de Saúde Mental tem a Redução de Danos como norte.
- (C) O Consultório na Rua é um serviço de excelência para a população sem domicílio que não tem para onde ir e encontra nesse espaço um abrigo cuidadoso.
- (D) O Consultório na Rua pode ser equiparado a um Centro de Atenção Psicossocial para a população de rua.
- (E) É fundamental o Decreto nº 7.053/2009, que norteou o Consultório na Rua como política de atenção básica. Devido à ampla ação que se passa na rua, o Consultório na Rua é um serviço transversal que produz tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas de atenção básica.

