

Aula 00

*Funsaúde-CE (Psicólogo - Área
Hospitalar) Conhecimentos Básicos 2021
(Pós-Edital) Em PDF*

Autor:
Débora Fabiano de Sousa

10 de Julho de 2021

Sumário

Reforma Psiquiátrica.....	4
Declaração de Caracas	7
Lei 10.216/2001.....	10
Rede de Atenção Psicossocial.....	17
Centros De Atenção Psicossocial.....	28
O que são os CAPS?.....	28
Quais são as modalidades dos CAPS?	28
Existem outras modalidades de CAPS?.....	30
O Psicólogo Na RAPS	33
Conceitos Fundamentais	37
O Psicólogo nos Diferentes Níveis de Atenção	40
Intervenções Psicológicas Na RAPS	48
Questões Comentadas	53
Lista de Questões	78
Gabarito.....	92
Referências Bibliográficas	93



APRESENTAÇÃO DA AULA

Olá, pessoal! Esta aula apresenta conteúdos sobre a **Psicologia da Saúde**.

Serão apresentados conteúdos relacionados à saúde mental e à atuação do(a) psicólogo(a) nos diferentes contextos desse tipo de atenção.

Ótimos estudos! 😊

Qualquer dúvida, estou à disposição no Fórum do curso, por e-mail deborafabiano9@gmail.com ou pelo *Instagram* @deborafabb.

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Meu nome é Débora Fabiano de Sousa. Sou graduada em Psicologia pela UNESC (Faculdades Integradas de Cacoal - RO) e pós-graduada em duas áreas: Psicologia Clínica e da Saúde e em Psicologia do Trânsito.

Estou envolvida com concursos públicos há 6 anos, aproximadamente, mas há pouco mais de 2 anos foi quando resolvi me dedicar inteiramente, foi quando a aprovação veio. Fui aprovada em 1º lugar para o cargo de Analista Judiciário do Tribunal de Justiça do Amazonas, especialidade Psicologia.

Quanto à atividade de professora, já lecionei por três anos e meio em faculdade de graduação para o curso de Psicologia.

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Terei enorme prazer em orientá-los da melhor forma nesta caminhada que estamos iniciando rumo a aprovação.

E-mail: deborafabiano9@gmail.com

Instagram: <https://www.instagram.com/deborafabb>



CRONOGRAMA DE AULAS

Vejamos a distribuição das aulas:

AULAS	TÓPICOS ABORDADOS	DATA
Aula 00	Política de Saúde Mental: reforma psiquiátrica no Brasil. Inserção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Características e estratégias de atuação dos CAPS. Os modelos de atenção. NASF e ESF.	10/07
Aula 01	Fundamentos da psicopatologia geral.	20/07
Aula 02	Teorias da personalidade.	30/07
Aula 03	Teorias psicológicas e técnicas psicoterapêuticas.	10/08
Aula 04	Desenvolvimento humano e suas fases.	20/08
Aula 05	Psicodiagnóstico. Elaboração de parecer e laudo psicológico. Elaboração e registro de documentos psicológicos.	30/08



REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento que trouxe conquistas importantes para a sociedade civil. Ela reflete, nos dias atuais, a lógica de atendimento da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. As suas ideias subsidiaram o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental. Hoje existem lei e portarias específicas que regulamentam as propostas desse movimento.

O dia **18 de maio** é considerado o **Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Essa data reflete um processo social complexo, **iniciado na década de 1980**, que mobilizou usuários, familiares e profissionais da saúde. O objetivo era a substituição de um modelo de saúde mental - pautado no hospital psiquiátrico (conhecido como modelo hospitalocêntrico ou manicomial) - por um modelo comunitário com inserção territorial. Trata-se da Reforma Psiquiátrica.

O Movimento de Luta Antimanicomial, que culminou com a **Reforma Psiquiátrica**, ocorreu devido a um conjunto de fatores políticos e sociais no Brasil. Naquele momento histórico, o nosso país vivia a Ditadura Militar. Em decorrência desse regime político, os profissionais da saúde estavam **insatisfeitos com as formas de organização** do sistema e como eram oferecidos os cuidados em saúde para a população em geral.

Por isso, na década de 1970, os profissionais de saúde iniciaram o **Movimento Nacional de Reforma Sanitária**. O marco institucional dessa reforma ocorreu com a **VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986**. A partir disso, suas propostas resultaram na oficialização do direito à saúde pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, na **criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Como movimento contemporâneo e indiretamente influenciado pelo ideal de universalidade do direito à saúde proposto pela Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se baseou em experiências internacionais (norte-americana e europeias). Nesses locais, o cuidado em saúde mental era orientado por **práticas de prevenção**, caracterizado pela existência de comunidades terapêuticas e baseado em uma psiquiatria democrática.

A partir disso, em 1987 no **II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental**, foi instrumentalizada a luta por essa reforma na saúde mental brasileira. Esse evento contou com a



participação de médicos, psicólogos e intelectuais. O objetivo foi propor uma nova forma de olhar, pensar, cuidar e discutir sobre a loucura e o sofrimento psíquico, mobilizando dispositivos do Estado e da sociedade civil.

Como consequência da Reforma Psiquiátrica, a ideia central passou a ser de que os serviços de saúde mental fossem orientados à preservação dos direitos humanos de pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo o pleno exercício de sua cidadania. Para que isso se concretizasse, foi posto em marcha o **processo de desinstitucionalização**, o **fechamento de hospitais psiquiátricos** e a **organização de serviços abertos**.

Assim, os usuários de serviços de saúde mental passaram a ser estimulados a terem participação ativa. Além disso, houve incentivo à **formação de redes** para o desenvolvimento de outras políticas públicas essenciais a fim de garantir acesso à educação, ao trabalho, à cultura e à moradia desses indivíduos.

Nesse ponto, vale a pena esclarecer **dois conceitos importantes**:

Desinstitucionalização

- Saída de moradores dos antigos manicômios e reinserção em seus territórios originais.

Serviços Abertos

- Serviços de atenção psicossocial característicos da atual política de saúde mental, com vistas a garantir às pessoas com transtornos mentais o exercício pleno da cidadania.
- Exemplos: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral.

Apesar de ter sido iniciada em 1980, a consolidação da Reforma Psiquiátrica aconteceu somente em 2001 com a aprovação da **Lei nº 10.216**. Essa lei, também conhecida como **Lei Paulo Delgado** instituiu os direitos das pessoas com transtornos mentais e **redirecionou o modelo assistencial** em saúde mental.

Assim, a Reforma Psiquiátrica inspirou a formulação de uma **Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)** que estabeleceu diretrizes para o atendimento de pessoas com diferentes condições psiquiátricas.

Mesmo tendo sido concluída, as conquistas da Reforma Psiquiátrica continuam a favorecer a desconstrução de rótulos e estigmas sobre a doença mental, a fortalecer a preservação de vínculos familiares e sociais, e a promover cuidados pelos profissionais. Apesar dos desafios.



Na rede pública, os cuidados em saúde mental obedecem aos **preceitos do Sistema Único de Saúde**, tais como: **integralidade da atenção, humanização, continuidade do cuidado, vínculo**, entre outros. Veja as principais ideias no esquema abaixo:



Veja como este conteúdo é cobrado em prova:

(VUNESP - Prefeitura de Guararapes - 2018) A Política de Saúde Mental propõe, atualmente, um tratamento aos portadores de transtorno mentais que os mantêm na comunidade e transforma essa ação em um recurso terapêutico. Essa perspectiva parte do pressuposto de que:

- a) A normalização do social é desejável e necessária para o tratamento do transtorno mental.
- b) O atendimento comunitário é o único recurso eficaz para suprimir a doença mental.
- c) A doença mental produzida em um ambiente social só pode ser contida nesse mesmo ambiente.



d) As ações mais adequadas para a recuperação de um transtorno mental já estão disponíveis na comunidade.

e) É possível ao portador de um transtorno mental, tal como ele é, habitar o ambiente social.

Comentários:

Nessa questão seria necessário ter atenção pelas palavras que expressam ações discriminatórias na prática de saúde mental, o que contraria os ideais da Reforma Psiquiátrica.

a) INCORRETA. Não existe a perspectiva de tratar os transtornos mentais sob o prisma de normalização.

b) INCORRETA. O objetivo dos cuidados em saúde mental não é o de suprimir a doença.

c) INCORRETA. A origem da doença mental é complexa, não somente social. A contenção só é objetivo em momentos de crise aguda.

d) INCORRETA. A recuperação nem sempre é possível. Embora seja necessário que a comunidade seja um espaço inclusivo, pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, ela não tem a função de ser um tratamento. Existem diversos dispositivos – como veremos – que estão destinados ao cuidado adequado das pessoas com transtornos mentais.

e) CORRETA. Está de acordo, pois apresenta a ideia de inserção na comunidade e de aceitação das condições existenciais do indivíduo em sofrimento psíquico.

Gabarito: letra E.

Declaração de Caracas

A **Declaração de Caracas**, junto com o Movimento de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, **inspirou a formulação da Lei Paulo Delgado** (Lei 10.216/2001). Elaborada em 1990, é um documento que sinaliza para reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Ela foi **produzida na Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em sua integralidade, essa declaração apresenta o seguinte conteúdo:



As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a **assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário**, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o **hospital psiquiátrico**, como única modalidade assistencial, **impede alcançar os objetivos** já mencionados ao:
 - a) **isolar o doente do seu meio**, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) **criar condições desfavoráveis** que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o **Atendimento Primário de Saúde** é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os **Sistemas Locais de Saúde (SILOS)** foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os **programas de Saúde Mental e Psiquiatria** devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;



3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que SOLICITAM - Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

A partir da exposição da Declaração de Caracas, alguns pontos merecem a sua atenção.

O **primeiro ponto** é que os hospitais psiquiátricos e as internações não são excluídos dos novos modelos de assistência. O objetivo foi o de desenvolver formas de reconhecer os doentes mentais como sujeitos de direitos humanos e civis. Portanto, a proposta é que as internações passem a acontecer em situações pontuais, a depender de crises e suas possíveis consequências para o indivíduo ou sociedade.

O **segundo ponto** é a dissolução dos estigmas construídos sobre o doente mental. Ou seja, que a sua condição seria de incapacitado. Na verdade, quem apresenta transtornos mentais tem certas



limitações que precisam ser consideradas e cuidadas. No entanto, isso não o incapacita para o convívio social e o exercício de sua cidadania.

O **terceiro ponto** é que as formas de tratamento e cuidado precisam ser disponibilizadas conforme as demandas da população. Por isso, não cabe às instituições de saúde e seus profissionais a decisão sobre o que é melhor e o que deve ser feito pelo paciente. Em função disso, os recursos humanos precisam ser devidamente treinados para promoção de cuidados menos autoritários e mais inclusivos.

O **quarto e último ponto** é que, a partir dessa declaração, países integrantes – tal como o Brasil – formularam legislações específicas. No nosso caso, a Lei 10.216/2001, apresentada a seguir.

Lei 10.216/2001

Esta lei foi promulgada em 6 de abril de 2001.

A **Lei 10.216/2001**, também conhecida como **Lei Paulo Delgado**, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em sequência, é apresentada a Lei Paulo Delgado em sua integralidade.

Inicialmente os **Art. 1º e Art. 2º** apresentam que os direitos das pessoas com transtornos mentais devem ser assegurados independentemente de suas características pessoais e comunicados formalmente ao indivíduo, seus familiares ou responsáveis. *Leia integralmente esses dois artigos com atenção especial para os direitos enumerados!*

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;



- II - 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Os **Art. 3º** indica que a legislação específica, a assistência e a promoção de saúde a essa população cabem ao Estado. Essas ações irão se desenrolar ou considerar os novos e diferentes contextos de saúde mental. Precisamos observar ainda que a família e a sociedade são incluídas nessa nova proposta de cuidado. Veja o dispositivo na íntegra:

Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O **Art. 4º** é de fundamental importância. Ele apresenta as condições necessárias para que ocorra a internação psiquiátrica. Atenção para a vedação explícita em § 3º.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.



§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o

O **Art. 5º** legisla sobre o processo de desinstitucionalização em casos específicos, isto é, naqueles caracterizados por dependência institucional. Nesses casos caberá às políticas específicas definir o planejamento de alta e assistir à reabilitação psicossocial.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

O **Art. 6º** retoma – assim como explorado no Art. 4º - o assunto da internação psiquiátrica. Nesse ponto estabelece que ela será realizada somente com laudo médico que caracterize os motivos. Além disso, define em seu parágrafo único os tipos de internação psiquiátrica existentes.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

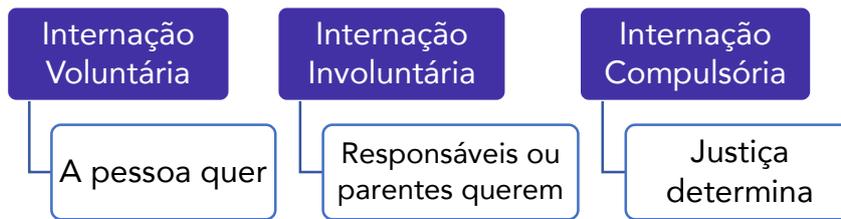
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Vamos deixar o art. 6º mais didático:





O **Art. 7º** dispõe sobre a forma de consentimento que deve ser prestada pelo paciente no caso de sua internação psiquiátrica voluntária. Além disso, deixa claro que o paciente poderá solicitar o término de sua internação ou este será realizado pelo médico assistente.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

O **Art. 8º** menciona que o médico responsável por autorizar a internação voluntária ou não precisa estar devidamente registrado em seu conselho de classe. No caso da internação involuntária, esse dispositivo apresenta ainda a necessidade de que ela seja comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas. O término dessa modalidade de internação poderá ser solicitado por familiar ou representante legal, além do especialista.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

O **Art. 9º** define que o juiz responsável por determinar a internação compulsória deverá considerar as condições da instituição de saúde em preservar a segurança dos demais pacientes e funcionários.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

O **Art. 10** aponta a obrigatoriedade de realizar avisos a familiares, representantes e autoridade sanitária sobre qualquer evento importante que tenha acontecido com o paciente (transferência, acidente, problema clínicos, saída, etc.). Cabe à direção da instituição responsável emitir esse comunicado.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

O **Art. 11** explicita a condição para a realização de pesquisas com pacientes de saúde mental. O paciente ou seu representante precisa expressar consentimento. É preciso comunicar aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

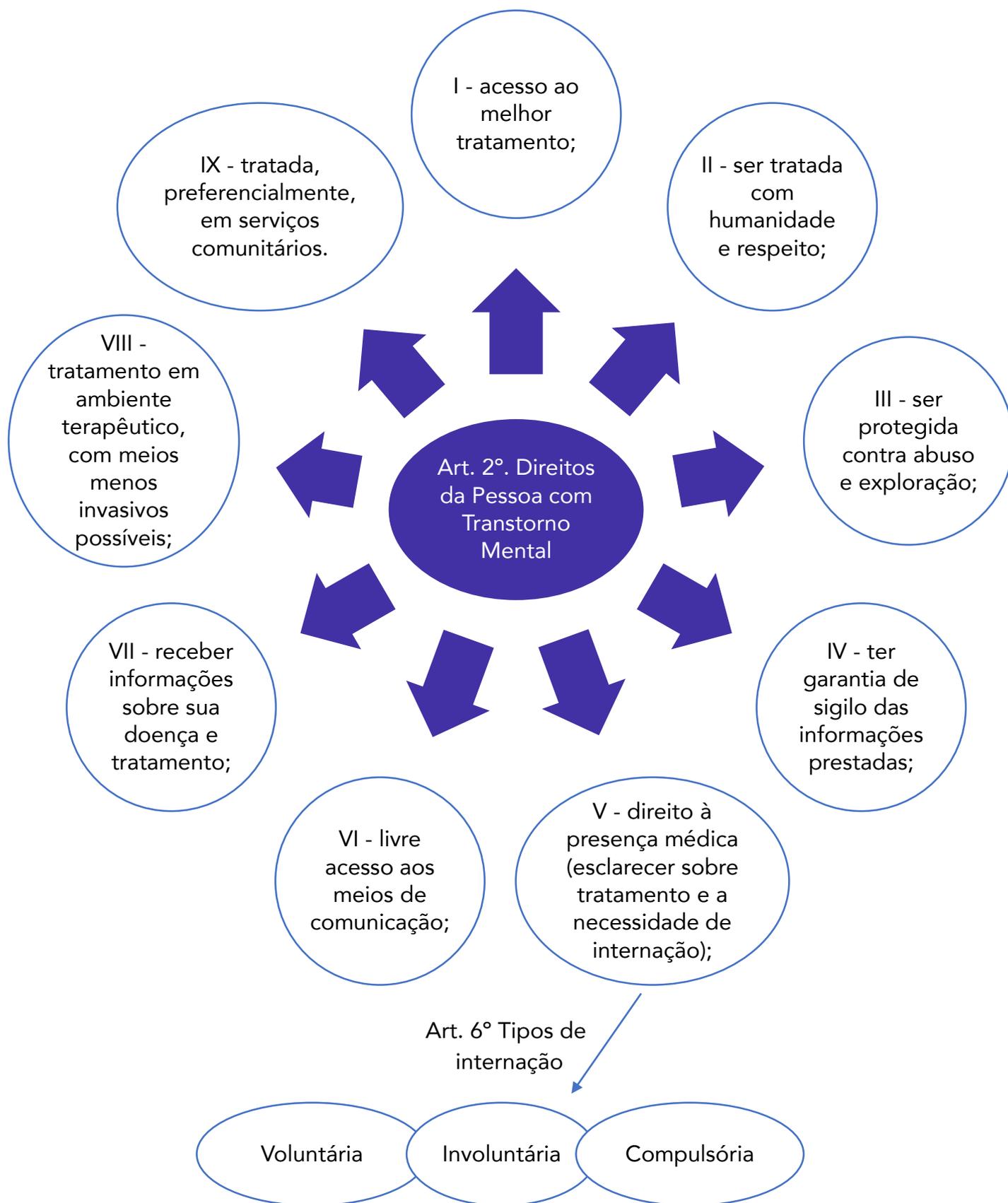
Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Por fim, o **Art. 12** apresenta a responsabilidade de se acompanhar a implementação da Lei Paulo Delgado.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.



Atente-se ao esquema a seguir:





(IBFC - Divinópolis – 2018) A lei conhecida como Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sofreu influência direta de fatos, eventos e fenômenos na sua construção com exceção de:

- a) Declaração de Caracas
- b) Reforma Sanitária
- c) Reforma Psiquiátrica
- d) Movimento da Luta Antimanicomial

Comentários:

Como você viu, a Reforma Sanitária foi contemporânea à Reforma Psiquiátrica. A Lei Paulo Delgado ou Lei 10.216/2001 é uma nova proposta de política em saúde mental. Vimos que a Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e a Declaração de Caracas foram fatos históricos que gradativamente viabilizaram a promulgação dessa lei. Apesar de ser beneficiada pelas conquistas da Reforma Sanitária (como a criação do SUS), a Lei Paulo Delgado não foi diretamente influenciada por esse acontecimento na sua elaboração. Portanto, a alternativa errada é a da Reforma Sanitária.

Gabarito: letra B.

Vamos fazer mais uma:

(Instituto Excelência - Prefeitura Barra Velha – 2019) Sobre a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A pessoa não tem direito de solicitar voluntariamente sua internação, apenas com declaração da família ou de um médico para realizar esse tipo de serviço.
- b) Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, basta apenas devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
- c) A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
- d) É responsabilidade apenas do Estado o desenvolvimento da política pública de saúde mental, para promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, sem contar com a



participação da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que oferecem assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Comentários:

Para responder a esta questão, você precisaria necessariamente ter lido atentamente à Lei 10.216/2001.

- a) ERRADA. De acordo com o Art.6º dessa lei, a internação voluntária – solicitada pelo paciente – é um dos tipos de internação psiquiátrica existentes.
- b) ERRADA. De acordo com o Art.11 dessa lei, o paciente ou seu representante legal precisam sim demonstrar consentimento.
- c) CORRETA. De acordo com o Art.6º dessa lei, a internação precisa do laudo médico que explique os motivos. Pois, como complementa o Art.2º, a internação deve ser realizada quando outros recursos são insuficientes.
- d) ERRADA. De acordo com o Art. 3º dessa lei, a família e a sociedade podem participar devidamente da política, assistência e promoção de ações de saúde.

Gabarito: letra C.

A partir da reorganização do modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais, as **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** estabeleceram a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** pela **Portaria nº 3.088/2011**.

A Portaria nº 3.088/2011 é extremamente relevante para que você entenda quais são os dispositivos de saúde mental que substituíram a lógica manicomial.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **Portaria nº 3.088/2011** define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O **Art.1º** apresenta o objetivo da RAPS.

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, 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).

O **Art. 2º** apresenta as diretrizes que devem nortear a atuação dos profissionais inseridos na RAPS. Essas diretrizes são influenciadas pela Lei 10.216/2001 e também pela Lei 8.080/1990 (SUS), entre outras políticas relevantes para a atenção às pessoas com transtornos mentais.



Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Em relação aos **objetivos gerais da RAPS**, o **Art.3º** apresenta três principais. Trata-se de ampliar, promover e garantir. Ampliar e promover o acesso da população geral e específica à atenção psicossocial e aos pontos da rede. Garantir que os diferentes pontos se articulem e integrem para que o cuidado seja humanizado e de qualidade.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;



II – Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III – Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Como consequência dos objetivos gerais, os **objetivos específicos** são apresentados no **Art.4º**:

Art.4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I – Promover cuidados em saúde especialmente para os grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II – Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III – Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV – Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V – Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI – Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII – Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII – Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX – Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

O **Art.5º** apresenta os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os quais são distribuídos em sete categorias principais, cada qual com pontos de atenção específicos. Veja só o quadro esquemático:



Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde <ul style="list-style-type: none">- Unidade Básica de Saúde (UBS)- Equipe de Atenção Básica para populações específicas: (1) Consultório na Rua e (2) Equipes de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de
Caráter Transitório <ul style="list-style-type: none">- Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada <ul style="list-style-type: none">- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Atenção de Urgência e Emergência <ul style="list-style-type: none">- SAMU 192- Sala de Estabilização- UPA 24 horas- Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro- Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros
Atenção Residencial de Caráter Transitório <ul style="list-style-type: none">- Unidade de Acolhimento- Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar <ul style="list-style-type: none">- Enfermaria especializada em Hospital Geral- Serviço hospitalar de Referência para Atenção
Estratégia de Desinstitucionalização <ul style="list-style-type: none">- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
Serviços de Reabilitação

O quadro anterior mostra a diversidade de pontos de atenção consagrados pela Portaria nº 3.088/2011. A partir do **Art. 6º até o Art. 12** os pontos de atenção da RAPS são caracterizados. Ao



invés de os ler em sua integralidade, iremos apenas apresentá-los de forma didática, sem menção a artigos e parágrafos, pois são cobrados em seu conteúdo e não em sua referência legal.

Atenção Básica em Saúde

Unidades Básicas de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

Apresentam a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

O **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, vinculado à Unidade Básica de Saúde, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde. Atua diretamente no apoio matricial. Quando necessário, poderá oferecer suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

1. Equipes de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

- a) Pessoas em situação de rua em geral;
- b) Pessoas com transtornos mentais;
- c) Usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.



2. Equipe de Apoio ao Componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;

3. Centros de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

São estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Atenção Psicossocial Especializada

Centros de Atenção Psicossocial: é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado no CAPS é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da

Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Modalidades de CAPS:

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad.



d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

f) CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Atenção de Urgência e Emergência

Os dispositivos incluídos nesse ponto de atenção (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, etc.) são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Eles deverão se articular com os CAPS, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. Deverão, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas, em ambiente residencial. É destinado a pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos. Elas precisam apresentar acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandar acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência é de até 6 meses;

O acolhimento na UA será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência. Este será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado. Deve priorizar a atenção em serviços comunitários de saúde.

Modalidades de Unidades de Acolhimento:

1. Unidade de Acolhimento Adulto: destinada a pessoas usuários de crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos;
2. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil: destinada a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos).



Serviços de Atenção em Regime Residencial: incluindo as Comunidades Terapêuticas, são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde. Apresenta caráter residencial transitório por até 9 meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Funcionam de forma articulada com:

a. Atenção Básica: irá apoiar e reforçar o cuidado clínico geral dos seus usuários;

b. Centro de Atenção Psicossocial: responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado. Deve participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Atenção Hospitalar

Enfermaria Especializada: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual, desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos da enfermaria deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência. No caso em que o usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso.

A equipe da enfermaria deve ter composição multidisciplinar e funcionamento interdisciplinar.

Serviço Hospitalar de Referência: oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas. As situações assistenciais devem evidenciar indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Deve sempre respeitar as determinações da Lei nº 10.216/2001, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. O seu funcionamento é em regime integral, durante 24 horas diárias, nos 7 dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Estratégia de Desinstitucionalização



Serviços Residenciais Terapêuticos: são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Tratam-se de iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral. Para isso, adotam estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente. Essas regiões de saúde devem priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Essa política pública foi instituída pela Lei nº 10.708/2003 que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Reabilitação Psicossocial

Geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais: ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

A partir do exposto sobre os pontos de atenção da RAPS, é possível inseri-los em diferentes níveis de atenção conforme a organização da saúde pública em termos de complexidade. Assim:

A **Atenção Primária ou Básica** é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde. O objetivo principal é a prevenção e a promoção de saúde. Nela estão os pontos de Atenção Básica em Saúde.

A **Atenção Secundária** é o nível intermediário de complexidade, responsável por oferecer serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Nesse nível estão os pontos de Atenção Psicossocial Especializada – representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - e a Atenção de Urgência e Emergência.



A **Atenção Terciária**, de alta complexidade, abrange os serviços de elevada especialização, com procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo. Aqui está o ponto de Atenção Hospitalar.

Observação. Apesar de não estarem formalmente inseridos na RAPS, os ambulatórios de saúde mental existem e têm papel importante na rede de cuidados. Tratam-se de estruturas inseridas no nível de atenção secundária cujo objetivo é oferecer atendimento psicoterápico individual ou em grupo às diferentes faixas etárias. Oferecem suporte para as demandas da Atenção Básica e para os CAPS.

Os pacientes atendidos nesses contextos têm condições psíquicas de aguardar agendamentos. Portanto, não acompanham demandas de crises agudas e emergenciais, apesar de poderem oferecer direcionamento de ações para esses casos.

A clínica no ambulatório de saúde mental inicia com o acolhimento. Trata-se de um contato inicial que pode ser realizado pelo indivíduo ou outras instituições/profissionais. O indivíduo será, assim, acolhido em suas demandas a partir de diferentes recursos terapêuticos.



Ordem crescente de complexidade de serviços e tecnologias.

Atenção Primária

Atenção Secundária

Atenção Terciária

Em relação à Atenção Psicossocial Especializada, os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** são o dispositivo estratégico de saúde mental que visa concretizar a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental. Dada a sua relevância para os propósitos da Reforma Psiquiátrica e a existência de uma legislação específica, esse dispositivo será visto com mais detalhes no próximo tópico. Veja como este assunto cai em prova:

(IBFC - Divinópolis – 2018) Na Rede de Atenção Psicossocial, 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, tem uma série de componentes, que possuem como pontos de atenção:



- I. Unidades Básicas de Saúde.
- II. SAMU.
- III. Unidade de Acolhimento.
- IV. Enfermaria Especializada em Hospital Geral.

São corretas as seguintes afirmações:

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

Comentários:

Como você viu anteriormente, a RAPS é constituída por diferentes pontos de atenção. Unidade Básica de Saúde, SAMU, Unidade de Acolhimento e Enfermaria Especializada em Hospital Geral integram esses pontos.

Gabarito: letra D.

É um assunto recorrente, então vamos praticar mais. Agora uma questão da VUNESP:

(VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) Um homem, em função de um diagnóstico de transtorno mental grave, está em situação de crise, que lhe causa grave sofrimento psíquico e dificuldades intensas no convívio social e familiar. O atendimento em saúde mental apropriado para esse paciente:

- a) só pode ser oferecido em uma instituição psiquiátrica com característica asilar.
- b) é promovido nos Centros de Convivência e Cooperativas da rede de atenção em saúde mental.
- c) pode ser oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial, em regime de atendimento intensivo.
- d) deve ser oferecido em um Serviço Residencial Terapêutico disponível em seu território.
- e) deve ser conduzido em domicílio, por uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde.

Comentários:

- a) ERRADA. A Lei Paulo Delgado veda a internação em instituição com características asilares. Esse tipo é contrário à proposta da RAPS, que é a existência de diferentes dispositivos de saúde mental.
- b) ERRADA. Centros e Convivência e Cooperativas são dois pontos distintos da RAPS que visam promover a inclusão social e qualificação profissional.
- c) CORRETA. Exatamente, como você viu, os CAPS oferecem tratamentos para pessoas com transtornos mentais graves em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.



d) ERRADA. Os SRT são expressão do processo de desinstitucionalização, nada tem a ver com o caso proposto pelo enunciado.

e) ERRADA. Os Agentes Comunitários de Saúde integram as Unidades Básicas e estas são responsáveis por promoção, prevenção e redução de danos em saúde mental.

Gabarito: letra C.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** foram reconhecidos e ampliados pela **Portaria nº 336/2002**. Como você irá verificar, essa portaria é anterior àquela que define a Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, é apresentada posteriormente dado o fato de que os CAPS são, atualmente, um dos dispositivos que a constitui na assistência em saúde mental.

De forma geral, embora tenham sido instituídos primeiro, os **CAPS não estão presentes em todos os municípios brasileiros**. Apenas as cidades que apresentam uma **população superior a 20.000 habitantes têm CAPS**. Em cidades pequenas, os cuidados em saúde mental serão realizados por outros pontos de atenção da RAPS, como Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e hospitais.

O que são os CAPS?

Também conhecido como **Núcleo de Atenção Psicossocial**, os CAPS são um **centro de referência e atendimento de pessoas em sofrimento psíquico**, com transtornos mentais severos e persistentes ou que façam uso/abuso de álcool e outras drogas.

Esse atendimento é realizado à população de sua área de abrangência e os usuários são acompanhados clinicamente e reinseridos em atividades laborais, de lazer, nos seus vínculos familiares e comunitários. Em suma, são um serviço ambulatorial de atenção diária e devem funcionar conforme a lógica do território.

Os CAPS apresentam um **papel estratégico** na rede de atenção à saúde. São responsáveis por projetos terapêuticos e comunitários, encaminham e acompanham usuários de residências terapêuticas e oferecem apoio aos profissionais da Atenção Básica.

Quais são as modalidades dos CAPS?

CAPS sempre no plural! Se você lembrar disso, entenderá que não existe somente uma modalidade, mas sim modalidades de CAPS. Elas são definidas em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: **CAPS I, CAPS II e CAPS III**.



De modo geral, os CAPS podem funcionar em área física específica e independente de estrutura hospitalar. Ou ainda podem estar dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde. Para isso, deverá ter uma estrutura física independente, acesso privativo e equipe profissional própria.

Em termos específicos, cada modalidade tem capacidade operacional, período de funcionamento, quantidade de pacientes que podem ser atendidos por dia e recursos humanos singular. Por isso, é necessário conhecer essas características que são apresentadas de forma sintética na Tabela a seguir.

Tabela 1

Características das diferentes modalidades de CAPS

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Capacidade Operacional	De 20.000 a 70.000 habitantes	De 70.000 a 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes
Período de Funcionamento	8 às 18h, em dois turnos, cinco dias úteis por semana	8 às 18, em dois turnos, cinco dias úteis da semana. Poderá ter um terceiro turno com funcionamento até às 21h.	Serviço Ambulatorial. Atenção contínua, 24/dia, incluindo finais de semana e feriado. Acolhimento noturno, feriados e finais de semana, com máximo de 5 leitos para repouso/observação
Quantidade de Pacientes/Dia	20 pacientes/turno Limite Máximo: 30 pacientes/dia	30 pacientes/turno Limite Máximo: 45 pacientes/dia	40 pacientes/turno Limite máximo: 60 pacientes/dia
Equipe Mínima	1 médico de saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro de saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio



Como é possível ver na Tabela 1, a **capacidade operacional** aumenta do **CAPS I para o CAPS III**. Em decorrência disso, aumentam o **período de funcionamento**, a **capacidade de atendimento** e a **necessidade de mais recursos humanos**.

Referente à **equipe mínima**, o médico com formação em saúde mental **não será necessariamente o psiquiatra**. Os profissionais de nível superior poderão ser das seguintes categorias: **psicologia, assistência social, terapia ocupacional, pedagogia ou outras**. Os profissionais de nível médio poderão ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

No caso do **CAPS III**, a **equipe mínima** sofre alterações de acordo com o período de atendimento. Para o período de acolhimento noturno (plantões de 12 horas), essa equipe precisará ser constituída por **3 técnicos/auxiliares de enfermagem** – que serão **supervisionados por um enfermeiro**; e **1 profissional de nível médio** da área de apoio.

Para **12 horas diurnas em sábados, domingos e feriados**, e equipe deverá contar com: 1 profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, ou outro), 3 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, 1 profissional de nível médio.

A definição da equipe mínima será realizada com base nas demandas do CAPS e dos usuários atendidos na área de abrangência desse dispositivo.

No que se refere ao paciente, vale destacar ainda que, conforme a sua **permanência no CAPS**, ele terá **direito a uma refeição** se for **assistido durante um turno (04 horas)**, **duas refeições se em dois turnos (08 horas)**, **quatro refeições se ele permanecer 24 horas contínuas**.

De acordo com a **portaria nº 336/2002**, o paciente poderá permanecer em **acolhimento noturno** por **sete dias consecutivos** ou **dez dias intercalados**, em um período de **30 dias**.

Existem outras modalidades de CAPS?

Sim! Existem duas modalidades diferenciadas de CAPS. Elas são do tipo CAPS II e voltadas para públicos específicos: **(a) crianças e adolescentes** e **(b) pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas**. Como consequência, são conhecidas, respectivamente, como **CAPS i II** e **CAPS ad II**.

Para além das características e atividades apresentadas e que também se aplicam a essas duas modalidades adicionais de CAPS, existem informações específicas importantes.

No caso do **CAPS i**, dentre as atividades a serem realizadas, está inclusa o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. A equipe médica poderá ser integrada por psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em



saúde mental e serão necessários somente **5 profissionais de nível médio**. Na equipe de profissionais de **ensino superior**, pode ser inserido o **fonoaudiólogo**.

Essas informações não precisam ser decoradas, mas sim compreendidas. Como seres em desenvolvimento, as crianças são amparadas por um Estatuto específico que visa protegê-las em suas vulnerabilidades. Por isso, a importância das ações intersetoriais, especialmente com a justiça.

Com o desenvolvimento cognitivo e motor acontecendo, justifica-se a presença de outros profissionais como neurologista, fonoaudiólogo e pediatra.

Sobre o **CAPS ad**, dentre as atividades realizadas, está o atendimento de desintoxicação. Para isso, serão mantidos de dois a quatro leitos. Na equipe mínima, adiciona-se um médico clínico que será responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.

De modo geral, essas são as informações essenciais para entendermos o redirecionamento assistencial dado pela Reforma Psiquiátrica. A consolidação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a sua inserção real na sociedade e a qualidade dos serviços de saúde mental ainda continuam a ser conquistados gradualmente por profissionais, familiares e usuários.

Veja como este conteúdo cai em prova:

(FUNDEP - Pref. Santa Bárbara – 2018) No Brasil, após o movimento contra os manicômios, ocorreu a reformulação dos serviços de saúde para pessoas em sofrimento psíquico e a sua organização em várias modalidades de atendimento, entre estas o hospital-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Numere a coluna II de acordo com a coluna I, associando as descrições do CAPS às suas categorias.

COLUNA I

1. CAPS I
2. CAPS II
3. CAPS III
4. CAPSi
5. CAPSad

COLUNA II

() Atendimento de dependência química, município com população superior a 100.000 habitantes, funciona de 8h às 18h – de segunda a sexta-feira.

() Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionam de 8h a 18h – de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até às 21h.



- () Atendimento de crianças e adolescentes, municípios com população superior a 200.000 habitantes, funcionam de 8h às 18h – de segunda a sexta-feira.
- () Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionam de 8h às 18h – de segunda a sexta-feira.
- () Municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana.

Assinale a sequência correta.

- a) 3, 4, 2, 1, 5
- b) 5, 2, 4, 1, 3
- c) 5, 1, 2, 4, 3
- d) 2, 4, 5, 1, 3

Comentários:

Para resolver esta questão, você precisava pensar na lógica de atendimento dos CAPS, que está intimamente relacionada a abrangência populacional. Do CAPS I para o CAPS III, o número de pessoas atendidas aumenta. Conseqüentemente, o período de funcionamento também. CAPSi e CAPSad podem ser reconhecidos pelo público que se destinam a atender.

Gabarito: letra B.



(AOCP - SESMA Belém – 2018) A forma de olhar, cuidar e pensar o sofrimento psíquico mudou nos últimos anos no Brasil. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta.

- a) O modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representa uma forma diferente de ver o sofrimento psíquico após o Movimento de Luta Antimanicomial, concebendo o indivíduo como dotado de direitos e potencialidades.
- b) Os CAPS buscam o atendimento integral do indivíduo, retirando a pessoa da sua comunidade, pois ela pode estar estabelecendo vínculos negativos.
- c) A Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Movimento Sanitário, ocorreu nos anos 70 e propôs um projeto de saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços em saúde mental.
- d) O trabalho dos CAPS vai além de amenizar o sofrimento do indivíduo, pois busca sua cura e adaptação aos padrões de normalidade da sociedade.



e) O processo de desinstitucionalização, que ocorreu a partir dos anos 90, consistiu na eliminação de leitos psiquiátricos.

Comentários

a) CORRETA. Os CAPS apresentam uma importância fundamental para a consolidação dos propósitos da Reforma Psiquiátrica no cuidado à saúde mental.

b) INCORRETA. Os CAPS não buscam retirar a pessoa da sociedade. O seu objetivo é manter os vínculos familiares sociais. Visa a garantir os direitos e a dignidade das pessoas com transtornos mentais. Caso os vínculos sejam negativos, é preciso compreendê-los e cuidar deles também.

c) INCORRETA. A Reforma Psiquiátrica, que aconteceu a partir de 1980, e Movimento Sanitário foram movimentos distintos, não podendo ser tratados como sinônimos.

d) INCORRETA. Os leitos psiquiátricos ainda estão presentes em alguns dispositivos de saúde mental. Cumprem finalidades específicas e diferentes do antigo modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Gabarito: letra A.

O PSICÓLOGO NA RAPS

O (a) psicólogo (a) é um profissional responsável por **estudar e analisar os processos intrapessoais** e as **relações interpessoais**. A partir disso, possibilita o entendimento sobre o comportamento humano de indivíduos e grupos em instituições de diferentes naturezas.

Ele (a) aplica o conhecimento teórico e prático da ciência psicológica, com vistas a identificar e **intervir nos fatores que irão influenciar os sujeitos** (sua história pessoal, familiar e social). Para tanto, irá considerar as condições políticas, históricas e culturais. Apresenta o objetivo de promover o respeito à dignidade e integridade do ser humano (CFP, 2001).

No âmbito da saúde, o psicólogo poderá atuar como Psicólogo Clínico, Psicólogo da Saúde ou Psicólogo Hospitalar. O psicólogo clínico atua em diferentes contextos, realizando intervenções com o objetivo de **diminuir o sofrimento humano em uma perspectiva preventiva, diagnóstica ou curativa** (CFP, 2007).

O psicólogo da saúde está interessado em compreender como as pessoas vivem e experimentam o estado de saúde ou doença. O seu propósito é realizar a educação para a saúde e, assim, estimular os indivíduos a desenvolverem projetos de vida com atitudes e comportamentos de promoção e prevenção. Ele auxilia, ainda, o manejo e/ou enfrentamento de doenças (Almeida & Malagris, 2011).



Esse profissional se baseia em um **modelo biopsicossocial**. Utiliza conhecimentos de outras áreas afins, como as ciências biomédicas e a psicologia clínica, por exemplo. Desenvolve um trabalho em equipe multiprofissional com caráter multiplicador, tornando os integrantes de uma comunidade ou território em agentes de transformação.

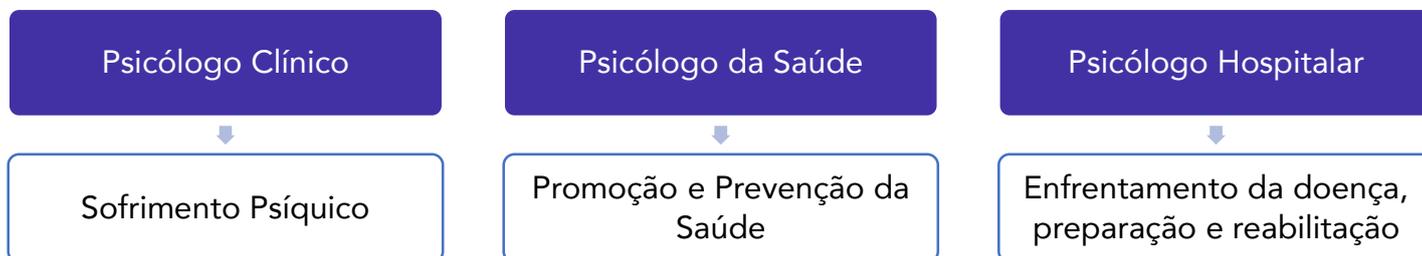
Portanto, a ênfase de atuação está para além do trabalho no hospital, incluindo contextos como: **centros de atenção comunitários, organizações não governamentais e domicílios** (Castro & Bornholdt, 2004).

O **psicólogo hospitalar** atua em **contextos de saúde**, oferecendo **serviços de nível secundário ou terciário** de atenção à saúde. Realiza atendimentos de pacientes, familiares e/ou responsáveis; membros de sua comunidade de atuação; membros da equipe multiprofissional e, eventualmente, administrativa, para promoção do bem-estar físico e emocional do paciente (CFP, 2007).

Os **contextos de atuação** desse profissional incluem: **ambulatórios, unidades de terapia intensiva, pronto socorro e enfermaria**. Neles, o psicólogo irá lidar com a tríade paciente – familiares – profissionais, favorecendo a comunicação para enfrentamento das emoções e vivências relacionadas ao adoecimento, ou seja, os fenômenos psicológicos envolvidos nesse processo.

Também tem a função de promover a reabilitação do paciente e sua preparação para procedimentos cirúrgicos ou interventivos (Almeida & Malagris, 2015; Andrade, 2017).

Observe o esquema a seguir:



Agora veja algumas questões que abordaram esse tema:

(ACEP - Pref. Aracati – 2018) Uma das atribuições do Psicólogo Hospitalar é:

- a) Intervir quando for necessário na relação do paciente com os demais internos, família e equipe médica, em decorrência de sua hospitalização e ou estado de sofrimento.
- b) Avaliar os pacientes, acompanhar os familiares, acolher a comunidade, acompanhar a equipe a instituição como um todo, tendo como meta o bem-estar físico.
- c) Responsabilizar-se pelo acompanhamento integral dos pacientes clínicos e pós-cirúrgicos em qualquer especialidade médica, independentemente de autorização ou protocolo prévio.
- d) Promover a reabilitação da saúde física e mental dos familiares.

Comentários

- a) CORRETA. De fato, o psicólogo hospitalar precisa atender as demandas em prol da tríade paciente – equipe – família.
- b) INCORRETA. O psicólogo não tem a capacidade de “abraçar o mundo”, não irá acolher a comunidade nem acompanhar a instituição como um todo.
- c) INCORRETA. O acompanhamento psicológico poderá ser realizado mediante solicitação médica, nos casos em que for necessário. O psicólogo não tem autonomia para decidir sozinho sobre os casos que estarão sob seus cuidados.
- d) INCORRETA. Os familiares serão acolhidos e acompanhados em suas demandas que atravessam a relação com o paciente.

Gabarito: letra A.



(IBGP - Pref. Itabira – 2018) Sobre o psicólogo hospitalar, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Deve ter formação e exercer seu olhar como um clínico, “à beira do leito”, voltado ao doente.
- b) A linha teórica do psicólogo o identificará.
- c) Cabe ao psicólogo, como profissional responsável, saber a que veio, emprestar seu saber de modo eficiente e eficaz.
- d) Deve delimitar sua tarefa em função de seus conhecimentos teóricos e práticos e da finalidade para a qual foi contratado.

Comentários:



Todas as alternativas estão corretas, com exceção da "b". O profissional tem suas afinidades teóricas, porém não são elas que determinam sua atuação. Em função das características do contexto e das demandas, o psicólogo precisará adaptar a sua prática.

Gabarito: letra B.

Eu sei que vocês gostam, (não ousem dizer que não) então vamos fazer mais uma:

(CONTEMAX - Prefeitura de Conceição – 2019) É papel do psicólogo no âmbito hospitalar, EXCETO:

- a) O trabalho dos profissionais da psicologia no hospital é lidar com sentimentos, pois o indivíduo, ao sair do contexto familiar, passa a assumir a condição de paciente, perdendo sua autonomia e independência.
- b) O psicólogo deve apenas estar atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo.
- c) O psicólogo deve observar e ouvir com paciência a linguagem verbal e não-verbal dos pacientes, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase da hospitalização, buscando superar os momentos de crise.
- d) Uma das atribuições do psicólogo hospitalar é buscar informações sobre a história do paciente, lembrando sempre que o diagnóstico, o prognóstico e técnicas de intervenção só terão importância ao se considerar que não se trata só de doenças, mas sim, de pessoas doentes.
- e) Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida.

Comentários:

Todas as alternativas, com exceção da "b", estão corretas pois indicam a vulnerabilidade do indivíduo frente ao diagnóstico (a), a postura atenta e cuidadosa do psicólogo (b), a necessidade de resgatar a subjetividade do paciente no processo de adoecimento (c) e a noção de cuidado humanizado (e). O que invalida a alternativa b é o fato de destoar tematicamente das demais opções e de propor uma atuação contrária à esperada dos profissionais de saúde, incluindo o psicólogo, atualmente.

Gabarito: letra B.



Conceitos Fundamentais

Existem conceitos que são fundamentais para a compreensão sobre a atuação de psicólogos na saúde pública. Eles são transversais e, por isso, abrangem os diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade da assistência à saúde. Os principais são:

- Acolhimento
- Trabalho multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Território;
- Redução de Danos; e
- Projeto Terapêutico Singular.

Acolhimento

O **acolhimento ou entrevista inicial** é um dispositivo que irá beneficiar a atuação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os da RAPS.

Centrando-se nas demandas do paciente, esse recurso rompe com os modelos tradicionais de atendimento em saúde.

O acolhimento favorece a escuta e intervenção mais qualificadas, propiciando o **desenvolvimento de vínculos** com os usuários das instituições de saúde. Portanto, é uma prática que pode ser entendida como abrangente de três pontos principais:

- **Postura:** relacionada ao profissional, refere-se à disponibilidade receber, escutar e cuidar do paciente e suas demandas;
- **Técnica:** relacionada aos instrumentos e procedimentos, refere-se ao recurso que orientará nas soluções e alternativas combinadas com o paciente para a resolução de suas situações/problemas;
- **Reorientação do trabalho:** relacionada ao feedback, poderá ser um momento de verificar as lacunas de profissionais e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (2013) define e caracteriza esses conceitos, perspectiva apresentada nos pontos seguintes.



Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar

O trabalho multiprofissional indica que o psicólogo na saúde pública irá atuar em uma equipe constituída por profissionais de outras áreas. Esses profissionais poderão ser **médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros**.

A lógica interdisciplinar revela a natureza das relações que deverão ser estabelecidas entre os profissionais da equipe multiprofissional. A interdisciplinaridade pressupõe a substituição de uma concepção fragmentada para uma concepção unitária de ser humano.

Neste caso, os profissionais precisam estabelecer trocas de conhecimento e integrar suas práticas em saúde. Assim, será direcionado um **olhar global** (ou integral) para o paciente e sua condição de saúde.

É importante não confundir conceitos empregados como sinônimos. Por isso, observe:

Multidisplinar	Interdisciplinar	Transdisciplinar
<ul style="list-style-type: none">Trabalho em equipe no qual o médico é o responsável por estabelecer as diretrizes do tratamento. Atuação independente dos profissionais.	<ul style="list-style-type: none">Referencial de trabalho cujo objetivo é superar a fragmentação de saberes e práticas. Pressupõe o diálogo entre os profissionais, com a definição integrada de um projeto terapêutico. Orienta-se por um olhar integral para o paciente e seu adoecimento.	<ul style="list-style-type: none">Superação de saberes disciplinares. Atuação holística.

Território

O território é um **componente fundamental**, visto que possibilita a definição de limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob responsabilidade clínica e sanitária dos pontos de atenção à saúde.

A partir desse conceito surgem, em saúde mental, duas noções adicionais: território-vivo (proposto por Milton Santos) e territórios existenciais – proposto por Guatarri.



O **território-vivo** leva em conta as relações sociais e as dinâmicas de poder que irão configurar os territórios. Nesse caso, será considerado como lugar com conotação subjetiva.

Já os **territórios existenciais** compreendem os espaços e processos em que as subjetividades – individuais ou de grupos – podem circular: configurando, desconfigurando e reconfigurando a partir daquilo que é possível, dos agenciamentos e das relações estabelecidas entre as pessoas e os grupos.

Redução de Danos

A Redução de Danos (RD) pressupõe o uso de **tecnologias relacionais** que irão se centrar no **acolhimento empático**, no vínculo e na confiança como recursos para adesão do usuário.

Existem **duas vertentes** de redução de danos: **(a) a que visa a reduzir os danos de HIV/DST em usuários de drogas e (b) a ampliada, que abrange ações e políticas públicas** direcionadas para a prevenção de danos antes que eles se instalem.

Assim, a RD tem por objetivo minimizar os efeitos negativos que o consumo de álcool e drogas pode acarretar para a saúde, a vida econômica e social dos usuários e de seus familiares.

As ações de RD podem incluir intervenções destinadas ao uso protegido da substância, diminuição do uso, substituição por substância que acarreta problemas menores ou até a abstinência de drogas que provocam problemas graves para os usuários.

A proposta de RD deve ser construída a partir do que o usuário percebe como sendo um problema na sua relação com o álcool e/ou a droga.

O profissional irá ajudar na ampliação da situação avaliada. Daí reside a importância do diálogo e da negociação.

De forma geral, a RD é uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva. Nela, o profissional evita ditar ou impor, por ser uma autoridade, as escolhas ou atitudes que são melhores ou mais adequadas e devem ser adotadas.

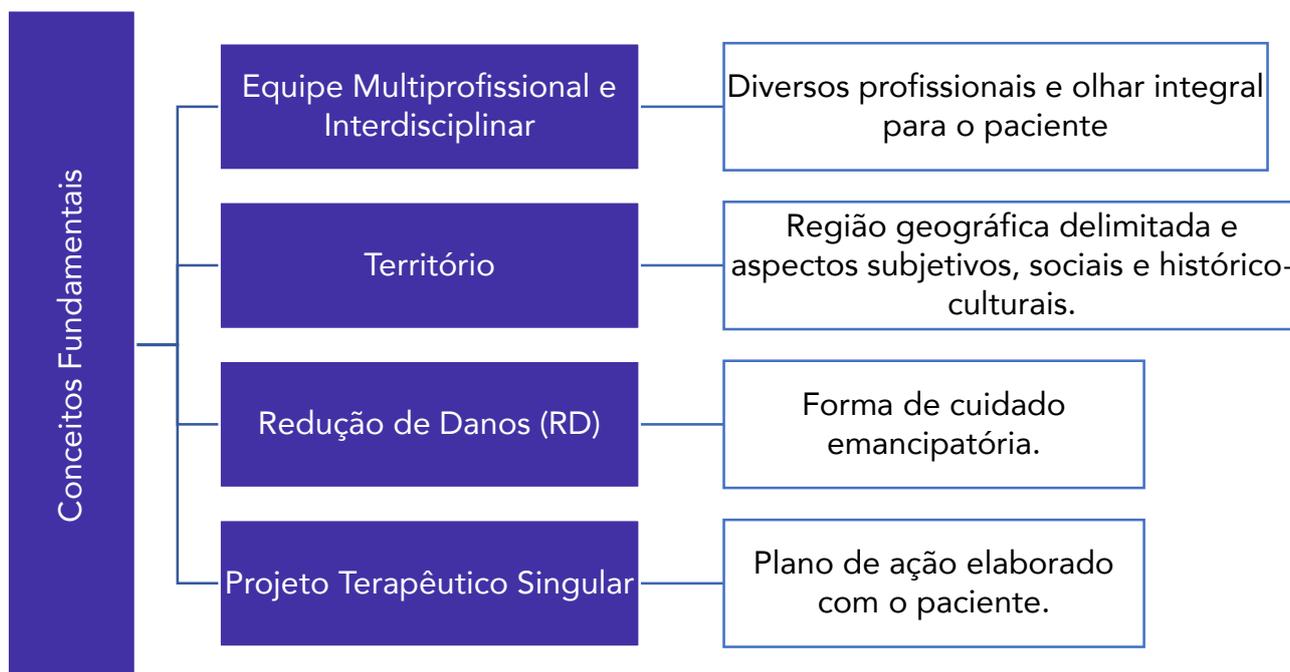
Portanto, é uma forma de cuidado emancipatório, visto que irá ampliar o grau de autonomia do paciente.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular corresponde a um **plano de ação constituído por uma série de intervenções** orientados por uma intencionalidade de **cuidado integral do paciente/usuário**.



A doença e seu tratamento são considerados apenas uma das ações necessárias para essa forma de cuidado. O PTS deve ser elaborado com o usuário, considerando-se as múltiplas dimensões do sujeito. Além disso, o PTS tem um caráter dinâmico, devendo sempre ser provisório.



O Psicólogo nos Diferentes Níveis de Atenção

Como você viu anteriormente, os serviços do SUS estão distribuídos em níveis de complexidade e de atenção à saúde.

A **Atenção Primária ou Básica** é a porta de entrada preferencial para o SUS. O objetivo é a prevenção e a promoção de saúde. Nela estão os pontos de Atenção Básica em Saúde.

A **Atenção Secundária** é o nível intermediário de complexidade, responsável por oferecer serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Nesse nível estão os pontos de Atenção Psicossocial Especializada – representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - e a Atenção de Urgência e Emergência.

A **Atenção Terciária**, de alta complexidade, abrange os serviços de elevada especialização, com procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo. Aqui está o ponto de Atenção Hospitalar.

Considerando esses níveis de complexidade, a atuação do psicólogo na saúde pública acontecerá, nos seguintes pontos de atenção, como exemplos:



Atenção Primária: EsF e Nasf

Os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs)** são constituídos por equipe multiprofissional que, de modo integrado, dá suporte para as equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Básica para populações específicas – equipes de consultório na rua (eCR), equipes ribeirinhas e fluviais, etc., por exemplo.

Os profissionais do Nasf compartilham **práticas e conhecimentos nos territórios** sob a responsabilidade dessas equipes. Por isso, eles atuam oferecendo apoio matricial. Como **práticas de apoio matricial**, podem ser citadas: discussão de casos, atendimento conjunto, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de prevenção e promoção, discussão sobre o trabalho da equipe, entre outras. Por não apresentar uma unidade física de serviço, as ações do Nasf podem acontecer nas Unidades Básicas de Saúde ou em outros pontos de atenção do território.



A equipe do Nasf pode ser formada pelas seguintes categorias profissionais: médico acupunturista, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico psiquiatra, médico pediatra, médico geriatra, médico do trabalho, médico internista (clínica médica), médico veterinário, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro de saúde mental, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária.

Existem **duas modalidades** de Nasf. O **Nasf I** é composto por uma equipe de, no mínimo, cinco profissionais com ensino superior, que estará vinculada de oito a 20 equipes de Saúde da Família (eSF).



O **Nasf II** é formado por uma equipe de três profissionais com ensino superior, vinculada a pelo menos três equipes e, no máximo, 20 eSF.

A saúde mental é uma área importante, devido a incidência de transtornos mentais que acometem a população brasileira. Nesse caso, o **profissional de saúde mental do Nasf** – isto é, **psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro de saúde mental** - atuará com o objetivo de ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com transtornos mentais (Furtado & Carvalho, 2015).

As equipes da atenção básica podem ter dificuldades para lidar com pessoas nessas condições. Por isso, o profissional de saúde mental do Nasf poderá precisar atuar estabelecendo um vínculo de confiança com os membros dessas equipes.

Assim, a estratégia passa a ser, primeiramente, a de possibilitar o debate de ideias, o desenvolvimento da capacidade criativa das equipes e a promoção de consciência crítica. Com isso, será possível realizar uma **prática mais humanizada**. Em sequência, oferece-se o apoio técnico-assistencial para dos quais a equipe necessitar (Ministério da Saúde, 2009).



Veja um exemplo de como você será perguntado na prova:

(IBGP - Pref. Itabira – 2018) Sobre o apoio matricial e a equipe de referência, é INCORRETO afirmar sobre sua funcionalidade que:

- a) O apoio matricial pretende oferecer retaguarda assistencial.
- b) O suporte técnico pedagógico às equipes de referência é oferecido pelo apoio matricial.
- c) A equipe de referência não tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.
- d) O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo.

Comentários:

Todas as alternativas estão corretas, com exceção da c. A equipe de referência é a responsável principal pelos cuidados dos diferentes sujeitos. Cabe aos profissionais do NASF que ofertam o apoio matricial, auxiliar em eventuais dificuldades e em demandas que estão para além dos conhecimentos e técnicas da equipe de referência.

Gabarito: letra C.

Atenção Secundária: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Nesta aula, quando vimos sobre a substituição do modelo assistencial propiciada pela Reforma Psiquiátrica, nós falamos que o **CAPS desempenha um papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Lembram?

Naquele momento, nós vimos ainda que existem **três modalidades de CAPS**: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Além disso, existem **duas modalidades que surgem a partir do CAPS II**: CAPS II e CAPS III. A primeira voltada para crianças e adolescentes com transtornos psíquicos e a segunda para usuários de álcool e outras drogas. Certo?

Vimos também que o psicólogo poderá ser um, dentre os profissionais com ensino superior, que irá compor a equipe mínima de recursos humanos. Você se lembra? Assim, cada modalidade de CAPS poderá desenvolver atividades específicas, conforme o planejamento das equipes e as necessidades dos usuários atendidos. Geralmente, essas atividades incluem:

- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Oficinas terapêuticas;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento aos familiares;
- Atividades comunitárias - como estímulo à inserção familiar e social;

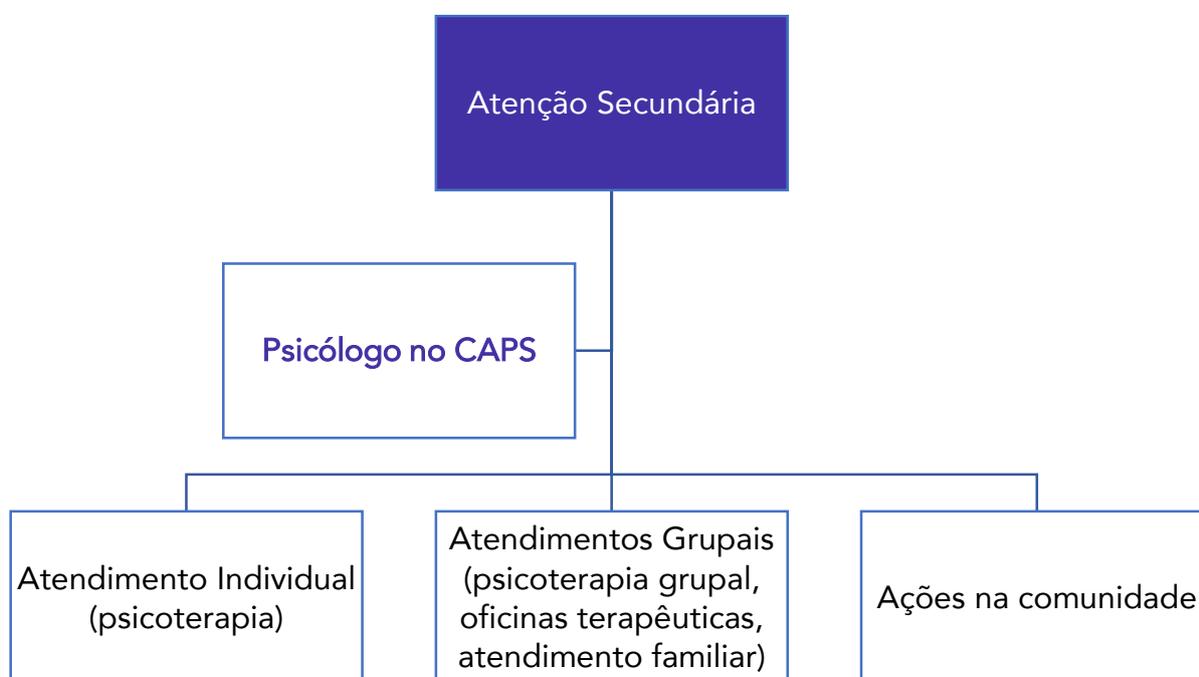


De acordo com o Ministério da Saúde (2004):

O **atendimento individual** pode ser com medicamentos, psicoterapias, orientação, entre outros. atendimentos em grupo podem ser oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, grupos terapêuticos, de psicoterapia, grupo operativo, grupos de leitura e debate, atividades de suporte social, entre outras.

O **atendimento aos familiares** pode incluir: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado de familiares, atividades de ensino ou de lazer com os familiares. Já as atividades comunitárias, que envolvem usuários, familiares e comunidade, podem ser: festas comunitárias, caminhas com grupos da comunidade, participação em eventos.

As **oficinas terapêuticas** são uma forma de tratamento amplamente oferecida nos CAPS. Tratam-se de atividades grupais sob orientação de um ou mais profissionais da equipe, monitores e até estagiários. Tais atividades podem ser escolhidas a partir dos interesses dos usuários, das habilidades dos técnicos da equipe, das necessidades. Os objetivos são o de promover maior integração social e familiar, favorecer a manifestação de sentimentos e problemas, desenvolver habilidades corporais, realizar atividades produtivas e realizar o exercício coletivo de cidadania.



Veja como este conteúdo foi cobrado em prova:

(VUNESP - Sertãozinho – 2018) As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. As oficinas terapêuticas propõem uma série de atividades que:

- a) Devem atender, fundamentalmente, aos interesses determinados pelos técnicos encarregados do serviço para a reabilitação dos usuários.
- b) Podem ser definidas de acordo com os interesses dos usuários, das possibilidades dos técnicos ou das necessidades do serviço de saúde.
- c) Visam, prioritariamente, a recuperação da capacidade produtiva e a recomposição da renda dos portadores de transtornos mentais.
- d) Possibilitam aos portadores de transtornos mentais um contato mais profundo com a sua dinâmica psíquica e com as suas limitações afetivas.
- e) Eliminam as angústias dos usuários do serviço, favorecendo sua aderência ao tratamento e às estratégias adotadas para a sua recuperação.

Comentários:

- a) ERRADA. As oficinas terapêuticas devem ser orientadas pelos interesses dos usuários e as necessidades do serviço, em consonância com as habilidades do técnico que as propõem.
- b) CORRETA.
- c) ERRADA. As oficinas terapêuticas apresentam diversos outros objetivos e não somente a produção de renda.
- d) ERRADA. As oficinas terapêuticas não têm o propósito de aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica e funcionamento psíquico, trata-se de finalidade de um processo psicoterapêutico.
- e) ERRADA. As oficinas terapêuticas não têm o propósito de favorecer a aderência do paciente ao tratamento, mas de estimular as interações entre ele com outros usuários. Não visa também eliminar a angústia.

Gabarito: letra B.

Atenção Terciária: Hospital Geral

De acordo com Almeida e Malagris (2011):

No **Hospital Geral**, o trabalho do psicólogo, conhecido como psicólogo hospitalar, poderá ser realizado de **duas formas**: **Sistema de Consultoria e Sistema de Ligação**.

No **Sistema de Consultoria**, o psicólogo não integra a equipe multiprofissional. A presença desse profissional é situacional, visando a responder demandas de outro profissional. Assim, ele irá



auxiliar no diagnóstico, tratamento e elaboração de um plano de ação com orientações para o paciente, familiares e a equipe de referência.

Já no **Sistema de Ligação**, como o próprio nome indica, o psicólogo está vinculado à equipe multiprofissional. Ou seja, é parte integrante. Em decorrência disso, ele terá um contato contínuo com um dos diversos serviços de atendimento típicos da estrutura do hospital geral. Portanto, seu trabalho inclui: atendimento de pacientes e participação de reuniões da equipe.

Os atendimentos poderão ser informativos, profiláticos e terapêutico. Ambulatório clínico, Unidades de Emergência ou Pronto-Socorro, Unidades de Internação ou Enfermaria e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são alguns dos setores nos quais o psicólogo hospitalar poderá atuar.

Além disso, a psicologia poderá estar presente nessa organização/instituição nas figuras do neuropsicólogo e do profissional de recursos humanos – os quais não são foco, nesse momento, do nosso interesse.

No **ambulatório clínico**, o paciente tende a ser encaminhado pelo médico ao psicólogo. O médico observa a existência de um problema emocional que precisa ser observado, cuidado. Cabe ao psicólogo, em determinados casos, lidar com a situação desafiadora de assistir ao paciente em seu processo de aceitação de um diagnóstico médico, a fim de que este possa alcançar os recursos psíquicos para conviver com o seu novo quadro clínico. Portanto, podem ser realizados atendimentos psicoterápicos.

Nas **unidades de urgência e emergência** ou **pronto-socorro**, pela própria dinâmica, o psicólogo deve apresentar a habilidade de lidar com o imprevisto, desconhecido. As intervenções psicológicas devem ser breves, porque o paciente poderá não ser internado. O psicólogo deverá atuar com eficiência e eficácia.

Nas **unidades de internação e enfermaria**, acontece a hospitalização – ou seja – o paciente é internado e, por isso, permanecerá um período de tempo no hospital. Por isso, pode acontecer o processo de despersonalização: perda gradual do senso de identidade e de autonomia. A ruptura com os hábitos e rotinas cotidianas podem provocar fortes reações emocionais no paciente.

Assim, o psicólogo irá procurar o paciente e intervir a fim de compreender o que a hospitalização tem significado e provocado nesse, nos familiares, e entrar em contato com a história de vida e o diagnóstico. As ações psicológicas devem ser pontuais, vinculadas à doença, à adaptação no hospital e ao processo de adoecimento. O psicólogo deverá estar disponível também para a família.

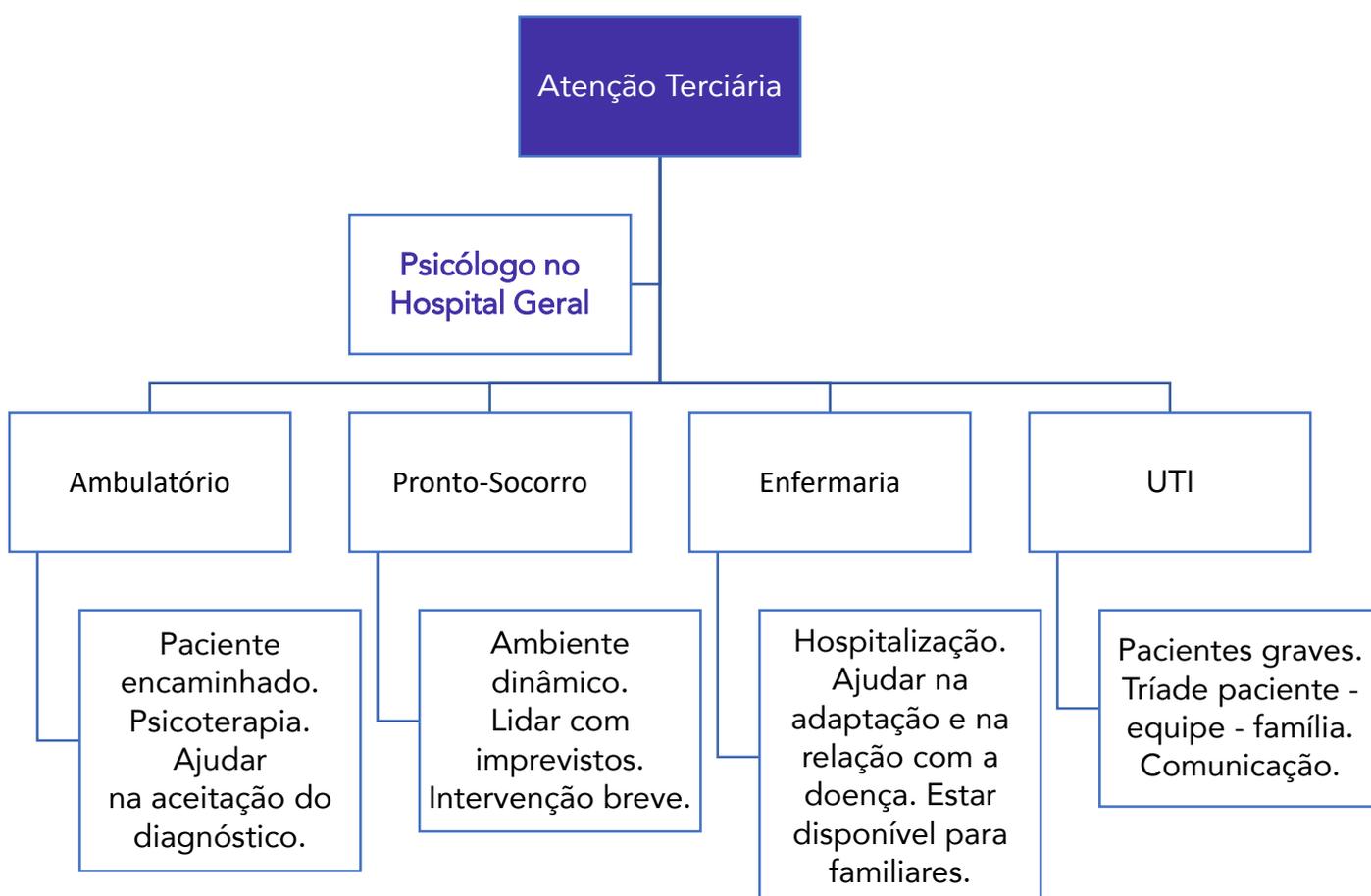
Nas **Unidades de Terapia Intensiva (UTI)**, estão alocados os pacientes em estado grave de saúde e que apresentam possibilidade de reabilitação. Nesse caso, é fundamental o



relacionamento do psicólogo com a tríade paciente – equipe – família. Com o paciente, o psicólogo deverá estar atento às tentativas de comunicação, como gestos, olhares e gemidos, sendo o seu porta-voz. Quando for possível, também irá incentivá-lo em seu processo de reabilitação.

Com a equipe, que vivencia momentos ambivalentes caracterizados por sentimento de impotência e onipotência, o psicólogo deverá facilitar a emergência dessas emoções, refletir sobre elas e localizar focos de estresse e de defesas. Com a família, o psicólogo irá reconhecer qual membro tem mais recursos psíquicos para comunicar eventuais informações da equipe.

As **ações na UTI** costumam ser diurnas, rápidas e exigem eficiência máxima das equipes.



INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NA RAPS

O **plantão psicológico ou psicoterapia de emergência** é uma forma de intervenção do psicólogo em relação aos pacientes da RAPS. Pode ser realizada, por exemplo, nos CAPS. Trata-se de um atendimento clínico-psicológico emergencial. O objetivo é oferecer escuta e acolhimento às pessoas em situação de crise. Essa modalidade de atendimento não tem como função aprofundar ou resolver as demandas do paciente. Cabe, sobretudo, a compreensão do seu sofrimento psíquico.

A **sala de espera** é uma proposta de intervenção adotada em determinados contextos da saúde, como as Unidades Básicas e os hospitais gerais. Enquanto um ambiente dinâmico, ela é caracterizada pelo constante fluxo e espera por atendimentos dos pacientes.

De modo geral, a proposta da sala de espera reflete uma perspectiva de educação em saúde e, para isso, demanda dos profissionais, inclusive do psicólogo, habilidades em não se estabelecer uma relação de cuidado hierárquica.

Portanto, demanda uma atuação que viabiliza a expressão das diferentes subjetividades, promovendo uma interseção entre saber técnico profissional e sabedoria popular. Trata-se de um espaço de comunicação, troca de informações, experiências e sentimentos.



Em relação às intervenções psicoterápicas em grupo, pode-se dizer que:

O termo **Psicoterapia de Grupo** é empregado para se referir a intervenções em saúde mental, sejam no âmbito da psicologia clínica, da saúde ou hospitalar.

Essa técnica psicoterápica é amplamente adotada nos diferentes pontos de atenção à saúde mental (Unidades Básicas, CAPS e Hospitais Gerais, por exemplo) devido a sua abrangência e resolutividade – evitando o isolamento de pessoas com transtornos mentais.



É uma importante modalidade de tratamento, uma vez que cria um espaço de expressão das subjetividades dos membros do grupo. Pode ser conduzida de modo aliado ou não à psicoterapia individual.

Características das Psicoterapias de Grupo

A modalidade de intervenção grupal apresenta **três características fundamentais**: setting, finalidade (ou objetivo) e estrutura.

O **setting terapêutico** diz respeito às características e dinâmica do local onde acontecerá a psicoterapia de grupo. A estrutura e dinâmica da instituição irão delimitar as possibilidades de intervenção e as circunstâncias sob as quais ela irá acontecer.

Por exemplo: a intervenção grupal com usuários de um CAPS não poderá ser planejada igualmente àquela realizada com pacientes de um ambulatório – pois o vínculo do paciente, a estrutura e dinâmica, e as circunstâncias desses pontos de atenção são completamente diferentes. Assim, o planejamento e a postura do profissional precisarão se ajustar ao contexto.

Finalidade (ou objetivo): É necessário entender qual o propósito que norteará a psicoterapia em grupo.

Para isso, algumas perguntas precisam ser feitas: Essa proposta irá favorecer o cuidado integral e impactar a saúde e autonomia dos pacientes? O grupo terá qual viés? Qual perspectiva teórica irá orientar a análise da dinâmica grupal?

Em termos de **estrutura**, será necessário pensar na composição grupal – se homogênea ou heterogênea (será um grupo misto ou delimitado por diagnóstico ou alguma característica?), se será grupo aberto ou fechado – isto é, permitirá a rotatividade dos participantes ou não?

Além disso, definir se o número de encontros será estabelecido previamente ou, posteriormente, em um consenso com os participantes. Também o tempo de cada sessão e sua frequência.

Essas três características deverão ser consideradas independentemente da perspectiva teórica que orienta as ações do psicoterapeuta. Esse, por sua vez, será considerado elemento-chave.

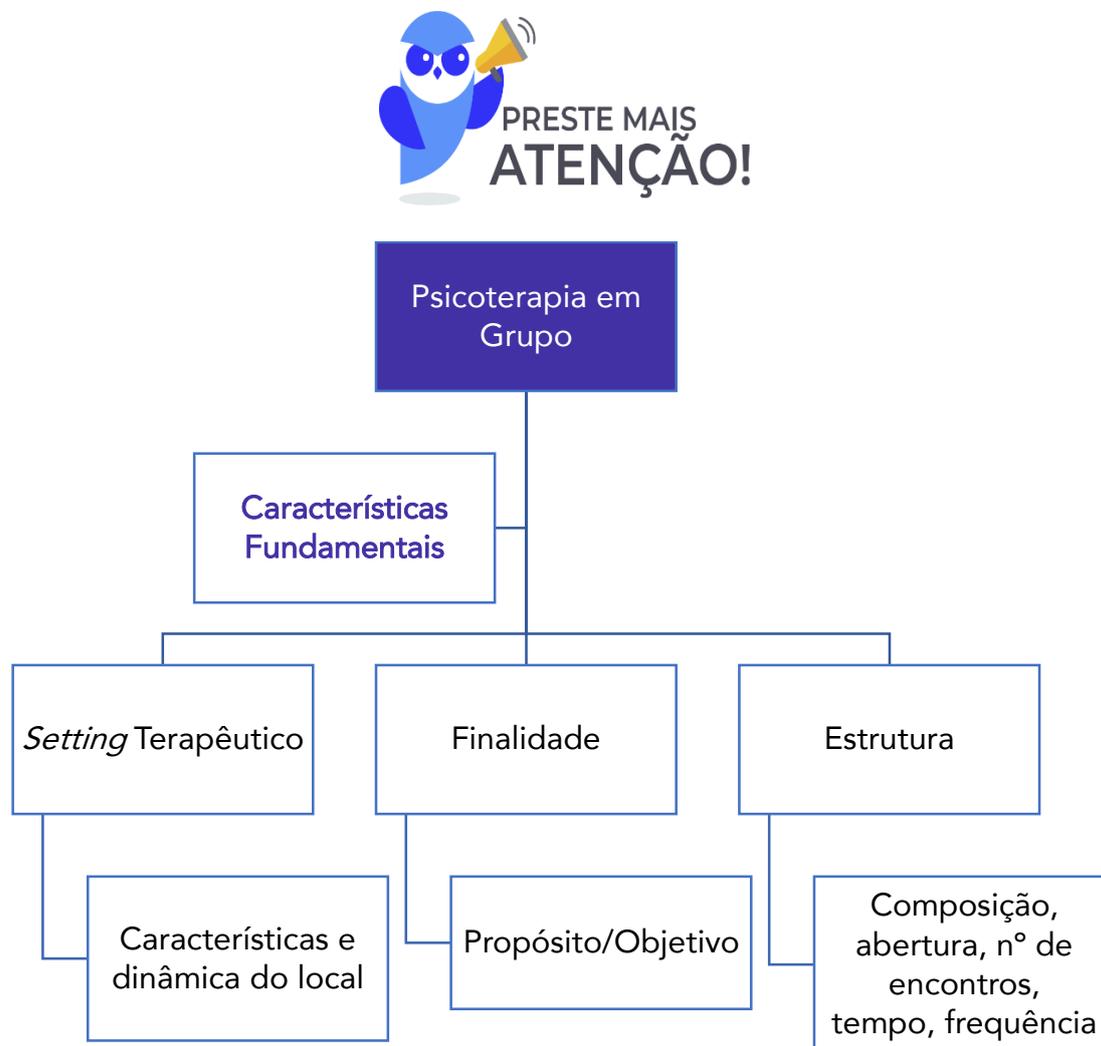
O psicoterapeuta realizará o manejo do grupo, sendo o responsável por integrar os membros em torno dos objetivos ou tarefa.

Essa integração deve ser não impositiva, devendo emergir a partir de um comprometimento subjetivo do próprio participante. Nesse caso, acontecerá mediante a percepção do grupo como um espaço de autocuidado que viabiliza a construção de autonomia.



Para tanto, o psicoterapeuta precisa oferecer suporte e garantir um clima compreensível, agradável e respeitoso.

Com base no que foi exposto, lembre-se do esquema seguinte:



Perspectivas Teóricas e Práticas em Psicoterapia de Grupo

O psicoterapeuta precisa ter a liberdade de escolher a perspectiva teórica que melhor se adequa aos propósitos da psicoterapia de grupo. Poderão ser utilizados grupos operativos, psicoterapia de grupo com base na psicanálise, psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo, psicodrama, etc.

Grupos Operativos. Propostos por Pichon-Rivière, os grupos operativos na saúde mental podem ser de quatro tipos (Ministério da Saúde, 2013):

1. **Ensino Aprendizagem:** refletir e discutir sobre temas e questões;



2. **Institucionais:** discutir temas de interesses de uma instituição (escola, igreja, etc.);
3. **Comunitário:** tratar de situações relativas à comunidade;
4. **Terapêutico:** lidar com situações de sofrimento;

De modo geral, o objetivo central dos grupos operativos é o de promover mudanças.

Essas mudanças acontecem de modo gradual, a partir da concretização de papéis e posições dos membros. Com isso, os integrantes se tornam aptos a cumprir a tarefa para a qual o grupo foi inicialmente organizado. Assim, o processo de mudança acontece mediante três momentos (Bastos, 2010):

- **Grupo Pré-tarefa:** caracteriza por resistência entre os integrantes do grupo; o novo provoca ansiedade e medo. Com a elaboração das ansiedades básicas e abertura às possibilidades que o grupo pode trazer, passa-se para o segundo momento.
- **Grupo na Tarefa:** é o percurso do grupo para alcançar seus objetivos; relaciona-se com a forma como cada membro interage com base nas suas necessidades e as redireciona para os objetivos do grupo (implicando em flexibilidade, descentramento e abertura para o novo). Com a problematização das dificuldades que surgem no processo de alcance dos objetivos;
- **Grupo em Tarefa:** elaboração de um projeto comum de mudanças pode ser operado;

Para que esses momentos de fato aconteçam, a presença de um coordenador é necessária. O papel dele é o de indagar e problematizar. Para isso, irá estabelecer ligações entre as falas e os membros do grupo, dirigindo-os para a tarefa.

Além do coordenador, pode haver um observador. O observador irá registrar os acontecimentos da sessão, resgatar a história do grupo e, depois, analisar com o coordenador os pontos emergentes, o movimento do grupo e os papéis que estão sendo desempenhados. Portanto, o grupo operativo apresenta uma tarefa explícita (diagnóstico, tratamento, aprendizagem), tarefa implícita (vivências individuais em relação ao grupo) e o enquadre (tempo, frequência, duração, função de coordenador ou observador).

O grupo se estrutura (grupo pré- tarefa), desestrutura (grupo na tarefa) e se reestrutura (grupo em tarefa). Desenvolve-se a partir de dois eixos: vertical e horizontal (Beatriz & Bastos 2010; Castanho, 2012).

- **Eixo vertical:** singularidade de cada indivíduo – história, processos psíquicos de cada membro do grupo;



- **Eixo horizontal:** grupo pensado em sua totalidade.

Veja como esse assunto pode cair em prova:

(IBFC - Divinópolis – 2018) O atendimento psicológico em grupo tem sido comumente utilizado nos espaços de saúde por apresentar uma série de aspectos positivos. A realização de atendimentos psicológicos em grupos, voltados para a realização de tarefas objetivas, num modo de intervenção, organização e resolução dos problemas grupais, que foi pela primeira vez utilizada e começou a ser utilizada e sistematizada por Pichon-Rivière é chamado de:

- a) Grupo de sala de espera
- b) Grupo de convivência
- c) Grupo psicodramático
- d) Grupo operativo

Comentários

Como você viu nesta aula, Pichon-Rivière propôs os grupos operativos. O grupo psicodramático foi estudado por Moreno. Grupos de sala de espera são transitórios, formados a partir da dinamicidade do ambiente no qual acontecem.

Gabarito: D.

De acordo com Furlan e Ribeiro (2011):

Psicoterapia de Grupo Psicanalítica. Como o próprio nome indica, é uma psicoterapia de grupo que compreende o indivíduo e as interações grupo-paciente-terapeuta a partir do viés psicanalítico.

Os **fenômenos grupais** serão analisados a partir de seus elementos: transferência, contratransferência, papéis, resistência e insights. O grupo é uma nova entidade, com leis, mecanismos próprios e objetivos comuns.

A **escuta do inconsciente** irá nortear a compreensão do grupo. Por isso, a atenção do terapeuta irá flutuar (atenção flutuante) sobre a comunicação verbal e não-verbal, o dito e o não dito, os conteúdos manifestos e latentes.

O **grupo psicoterapêutico** irá possibilitar a circulação e a socialização de falas e escutas, construindo sentidos individuais e grupais e possibilitando o autoconhecimento, as potencialidades e limitações individuais.



QUESTÕES COMENTADAS



1. (FGV - DPE/RJ - 2019) De acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, existem três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Sobre o tema, analise as afirmativas a seguir.

I. A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

II. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

III. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

Está correto o que se afirma em:

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

Comentários:

Questão fácil para quem estudou bem os tipos de internação descritas na Lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado):

I. CORRETA. De acordo com a Lei Paulo Delgado:



Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, **deve assinar, no momento da admissão, uma declaração** de que optou por esse regime de tratamento.

II. CORRETA. Art. 8º, parágrafo 1º da lei citada:

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no **prazo de setenta e duas horas**, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

III. CORRETA.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Logo, as assertivas I, II e III estão corretas.

Gabarito: letra E.

2. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) As últimas décadas foram transformadoras para a abordagem da loucura, tendo sido enfatizada a análise histórica da sociedade e das formas de saber e de poder marcantes na modernidade.

Sendo assim, vários serviços de saúde mental ou de atenção psicossocial passaram a ser implantados no Brasil, a partir da década de 1990, embalados pelo conceito de desinstitucionalização. Dentro desse dispositivo, é correto afirmar que

- a) a ênfase é colocada no processo de cura, considerando a doença mental que acomete o alienado.
- b) o tratamento da doença é visto em separado da existência concreta dos pacientes e do corpo social.
- c) o indivíduo deve ser tutelado em um primeiro momento, para depois ser inserido no campo social e comunitário.
- d) um processo de participação popular, de territorialização dos serviços e de envolvimento de diferentes atores sociais passou a ocorrer.



e) os equipamentos psiquiátricos no tecido urbano, com ênfase na clínica individual, devem se tornar mais ágeis.

Comentários:

Essa questão exige apenas nosso entendimento quanto ao processo de desinstitucionalização e seu objetivo, que é justamente que haja um processo de participação popular, de territorialização dos serviços e que o envolvimento de diferentes atores sociais passe a ocorrer.

Gabarito: letra D.

3. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) João e Maria, ambos de 20 anos, costumam dormir sob um viaduto onde se reúnem outros usuários de crack. João vive nas ruas desde criança e Maria iniciou o uso de drogas com amigos da escola particular que frequentava. Sua família desconhece seu paradeiro atual.

Após abordar o jovem casal e identificar a questão do uso de crack, a equipe deverá

- a) promover a imediata reintegração familiar de Maria e orientar sua internação involuntária para desintoxicação em uma comunidade terapêutica.
- b) mobilizar o Conselho Tutelar e/ou o Juizado da Infância e Juventude para um atendimento conjunto dos jovens, menores de 21 anos.
- c) diagnosticar as condições de saúde e agravos de cada um dos jovens para as intervenções especializadas, de acordo com suas necessidades individuais.
- d) planejar ações do serviço em conjunto e em articulação com a área de saúde, de acordo com a rede instalada no território, como os consultórios de rua.
- e) oferecer a João a alternativa de aderir à Justiça Terapêutica e aceitar a redução de danos no lugar da pena convencional por uso de entorpecentes.

Comentários:

O ideal neste caso seria planejar ações do serviço em conjunto e em articulação com a área de saúde, de acordo com a rede instalada no território, como os consultórios de rua. Promover ações interdisciplinares, facilitar e levar o atendimento até eles (consultórios de rua) é o que deve ser feito.

As alternativas "a", "b" e "e" vão por um viés que desrespeita a autonomia dos indivíduos e sabemos que o objetivo não é esse. A alternativa "c" não está completamente errada, mas o termo "diagnosticar" torna a alternativa "d" a melhor escolha.



A FGV é uma banca que tem esse perfil, confunde bastante, então fiquem atentos.

Gabarito: letra D.

4. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) José, 22 anos, está apresentando um quadro de surto psicótico caracterizado por alucinações auditivas e delírios de conteúdo persecutório.

Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e os equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde mental, o atendimento de urgência a José deverá ser prestado em

- a) serviço residencial terapêutico, para garantir atenção domiciliar ao rapaz sem privá-lo da convivência familiar.
- b) hospital psiquiátrico, sob o regime de internação compulsória breve até a estabilização do quadro psicótico.
- c) regime ambulatorial, uma vez que a legislação vigente veda a internação de pacientes psiquiátricos.
- d) CAPS AD, considerando tratar-se de quadro agudo decorrente do abuso de substâncias entorpecentes estimulantes.
- e) unidade de pronto atendimento ou em leito ou enfermaria de saúde mental, inserida em hospital geral.

Comentários:

A alternativa "e" está em consonância com o que propõe a Reforma Psiquiátrica: o atendimento à crise em pacientes com transtorno mental deve ser prestado em unidade de pronto atendimento ou em leito ou enfermaria de saúde mental, inserida em hospital geral. Observem que a questão fala sobre atendimento de urgência.

Gabarito: letra E.

5. (FGV - MPE/AL - 2018) Após meses de busca, Paulo, 20 anos, foi encontrado por sua família na cracolândia de uma cidade vizinha.

De acordo com o que dispõe a lei que trata do direito e da proteção das pessoas com transtornos mentais, assinale a afirmativa correta.

- a) Em função de sua menoridade civil, Paulo poderá ser internado involuntariamente em uma comunidade terapêutica.



- b) A internação compulsória de Paulo será possível após sua interdição judicial pela família.
- c) O uso de crack não é reconhecido como transtorno mental para efeito da Lei nº 10.216/01.
- d) O Conselho Federal de Psicologia se posiciona contra o tratamento para usuários de crack e outras drogas.
- e) A internação de Paulo só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

Comentários:

Essa é uma questão fácil, né pessoal? Exatamente o que diz a Lei Paulo Delgado em seu art. 4º:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

Gabarito: letra E.

6. (VUNESP - Prefeitura de Cerquilha – 2019) Os princípios da política de saúde mental brasileira costumam ser sintetizados tendo como base as resoluções da Declaração de Caracas. Uma dessas resoluções afirma que a estruturação da assistência psiquiátrica em um território solicita:

- a) Uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
- b) Que os recursos, os cuidados e os tratamentos sejam baseados em critérios subjetivos, apropriados ao fenômeno da loucura.
- c) A adoção de modelos consagrados de assistência na prestação e promoção de serviços em saúde mental para a população.
- d) Total liberdade e autonomia dos técnicos em saúde mental dos territórios para a formulação de programas para o cuidado da população.
- e) A expansão do número de leitos em hospitais gerais, para garantir a internação psiquiátrica junto à atenção básica de saúde.

Comentários

- a) CORRETA. A Declaração de Caracas propõe uma reestruturação do modelo de atenção à saúde mental.



- b) ERRADA. A Declaração de Caracas afirma que os recursos, cuidados e tratamentos devem estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados.
- c) ERRADA. A Declaração de Caracas menciona que a reestruturação da assistência psiquiátrica permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.
- d) ERRADA. A Declaração de Caracas define que os recursos humanos devem ser capacitados para atuar em serviço de saúde comunitária, tratando as pessoas com respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis.
- e) ERRADA. A Declaração de Caracas propõe uma reestruturação e, nesse processo, descentraliza-se o foco dos hospitais psiquiátricos porque eles podem promover isolamento e riscos para os direitos humanos e civis dos pacientes.

Gabarito: letra A.

7. (VUNESP - Prefeitura de Cerquillo – 2019) Uma pessoa solicita a sua internação em uma instituição psiquiátrica voluntariamente, após uma crise nervosa que colocou em risco pessoas de sua família. Passadas três semanas, essa pessoa deseja deixar a instituição e retomar sua rotina de vida. O término dessa internação voluntária

- a) Pode ocorrer, desde que seja autorizado pela equipe médica da instituição.
- b) Só pode ocorrer após o consentimento do médico que acompanhou a pessoa durante o período de internação.
- c) Pode se configurar a partir de uma solicitação escrita da pessoa internada.
- d) Precisa ser informado a algum familiar da pessoa internada, que assumirá a responsabilidade pela alta.
- e) Deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual, pelo gestor da instituição, no prazo de setenta e duas horas.

Comentários:

Para responder a esta questão, você precisa se lembrar do parágrafo único do Art. 7º da Lei 10.216/2001, o qual indica que o término da internação voluntária poderá ocorrer mediante solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico. Portanto, a resposta mais correta seria a letra C.



- a) ERRADA. Não é condição necessária que o médico autorize o término na internação voluntária.
- b) ERRADA. Novamente, o médico não precisa consentir nesse caso.
- c) CORRETA.
- d) ERRADA. A Lei 10.216/2001 não faz menção em nenhum de seus artigos sobre a necessidade de se informar à família sobre alta do paciente em internação voluntária.
- e) ERRADA. O que deve ser comunicado ao MPE é a internação e a alta no caso da internação involuntária.

Gabarito: letra C.

8. (FUNDEP - Prefeitura de Ervália – 2019) Considere o caso hipotético a seguir.

Uma mulher, 62 anos de idade, viúva e mãe de 5 filhos, foi encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de seu bairro por sua filha mais velha de 35 anos de idade, considerando o seu estado de saúde: costumava beber todos os dias, tinha delírios e alucinações e se tornava muito agressiva com as pessoas.

Considere as seguintes prerrogativas de tratamento para um paciente.

- I. ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde.
- II. ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.
- III. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.
- IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

Dado esse contexto e considerando os direitos concernentes às pessoas portadoras de transtorno mental e / ou que fazem uso de álcool e outras drogas, é prerrogativa do tratamento para essa paciente

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



d) I, II, III e IV.

Comentários:

Para responder a esta questão, você precisaria recorrer ao Art. 2º da Lei 10.216/2001. Dos nove direitos elencados pela lei, estão inclusos os itens I, II, III e IV. Ou seja, todos os itens dessa questão representam direitos das pessoas com transtornos mentais em conformidade com a Lei Paulo Delgado.

Gabarito: letra D.

9. (VUNESP / Prefeitura de Itapevi – 2019) Um rapaz de vinte anos foi internado em um hospital psiquiátrico, a pedido de sua mãe, em função de um episódio de violência motivado pelo consumo de drogas, que culminou com uma tentativa de suicídio por parte do jovem. Nesse caso,

a) é dispensada a autorização de um médico para a internação, uma vez que um responsável legal solicitou a medida.

b) a internação involuntária não pode se efetivar, porque o jovem é maior de idade e deve autorizar a medida.

c) uma autoridade do poder judiciário deverá solicitar a internação, porque ela envolve uma tentativa de suicídio.

d) a alta só poderá ser autorizada por um médico, independentemente da vontade do familiar que solicitou a medida.

e) a internação deverá ser autorizada por um médico, mesmo tendo sido solicitada por um familiar do jovem.

Comentários

Para responder a esta questão, você precisaria recorrer ao Art. 6º da Lei 10.216/2001. Nela está exposto que a internação psiquiátrica em qualquer um de seus três tipos (voluntária, involuntária ou compulsória) será realizada somente mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Por isso,

a) ERRADA. O médico precisa elaborar o laudo e estar devidamente registrado no seu conselho de classe (Art. 6º) para autorizar internação involuntária.

b) ERRADA. Ela pode ser realizada, com o laudo médico, devendo ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE) em até 72 horas (Art. 8º).



- c) ERRADA. A internação compulsória é que precisa ser solicitada pela justiça.
- d) ERRADA. A família tem o direito de solicitar a internação.
- e) CORRETA.

Gabarito: letra E.

10. (VUNESP - Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com a legislação em saúde mental, um hospital psiquiátrico que ofereça serviços médicos e psicológicos, mas não conte com serviços em assistência social, ocupacionais e de lazer,

- a) pode receber, exclusivamente, pacientes cuja internação tenha sido voluntária.
- b) é destinado aos pacientes com transtornos mentais internados compulsoriamente.
- c) destina-se aos pacientes com Transtornos Mentais Graves e Persistentes.
- d) acolhe doentes mentais nos quais se caracterizou grave dependência institucional.
- e) está impedido de receber qualquer pessoa portadora de transtorno mental.

Comentários:

Para responder a esta questão, você deveria lembrar do Art. 4º da Lei 10.216. Este menciona que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de modo a oferecer assistência integral aos pacientes com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. Além disso, aponta que é vedada a internação desses pacientes em instituições com características asilares que infrinjam os direitos previstos no Art. 2º dessa mesma lei. Com base nisso, a única alternativa possível é a última (e).

Gabarito: letra E.

11. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) De acordo com o disposto na Lei Federal no 10.216, um juiz que determina a internação compulsória de um paciente deverá

- a) estabelecer o prazo durante o qual o paciente internado permanecerá isolado na instituição, para garantir a segurança dos demais internos.
- b) designar um dos funcionários da instituição na qual ocorrerá a internação como responsável direto pelos atos do paciente internado.
- c) escolher uma instituição que não conte com serviços ocupacionais e de lazer para que se execute esse tipo de internação.



- d) nomear um agente da segurança pública para garantir a segurança da instituição, durante o período de internação do paciente.
- e) levar em conta as condições da instituição para salvaguardar a segurança do paciente, dos demais internos e dos funcionários.

Comentários

Para responder a esta questão, você precisaria lembrar do Art. 9º da Lei 10.216/2001. Esse dispositivo diz que, no caso de internação compulsória, o juiz deverá levar em conta as condições de segurança do estabelecimento para proteção do paciente, dos demais internos e dos funcionários. Por isso:

- a) ERRADA. O Art. 9º e nenhum outro da Lei 10.216/2001 faz menção ao prazo de internação compulsória nem estabelece que o paciente deverá ser isolado dos demais.
- b) ERRADA. O Art. 9º não atribui responsabilidade de salvaguarda do paciente por funcionário do estabelecimento de saúde mental.
- c) ERRADA. De acordo com o Art. 4º, como você já viu, pacientes com transtornos mentais não podem ser internados em instituições com caráter asilar.
- d) ERRADA. O Art. 9º não menciona a necessidade de agente da segurança pública para proteção da instituição.
- e) CORRETA. Ipsis litteris o que está no Art. 9º.

Gabarito: letra E.

12. (FGV / Prefeitura de Salvador – 2019) José, 22 anos, está apresentando um quadro de surto psicótico caracterizado por alucinações auditivas e delírios de conteúdo persecutório. Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e os equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde mental, o atendimento de urgência a José deverá ser prestado em:

- a) serviço residencial terapêutico, para garantir atenção domiciliar ao rapaz sem privá-lo da convivência familiar.
- b) hospital psiquiátrico, sob o regime de internação compulsória breve até a estabilização do quadro psicótico.
- c) regime ambulatorial, uma vez que a legislação vigente veda a internação de pacientes psiquiátricos.



- d) CAPS AD, considerando tratar-se de quadro agudo decorrente do abuso de substâncias entorpecentes estimulantes.
- e) unidade de pronto atendimento ou em leito ou enfermaria de saúde mental, inserida em hospital geral.

Comentários:

Para responder a esta questão, você precisaria ter clareza das características e objetivos dos diferentes pontos de atenção da RAPS e aspectos da Lei 10.216/2001. Assim:

- a) ERRADA. SRT integra a estratégia de desinstitucionalização, é moradia para acolher pessoas egressas de longo período de internação.
- b) ERRADA. A internação compulsória não é medida eficaz para casos de crise.
- c) ERRADA. A Lei 10.216 não veda a internação de pacientes com transtornos psíquicos, mas a trata como sendo necessária quando se esgota as possibilidades de tratamento do paciente.
- d) ERRADA. O caso do enunciado não apresenta que os delírios e alucinações são decorrentes do uso de álcool ou outras drogas.
- e) CORRETA. A UPA 24 horas acolhe e cuida de situações de crise e emergência de pessoas com transtornos psíquicos. O leito de enfermaria não é o mais adequado nessas situações, mas também pode cuidar de casos graves como o exposto.

Gabarito: letra E.

13. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com as diretrizes da Política em Saúde Mental, no que se refere à Rede de Atenção em Saúde (RAS), os ambulatórios de saúde mental devem

- a) concentrar suas atividades no atendimento aos casos encaminhados pelos profissionais das unidades de saúde da Atenção Básica.
- b) oferecer atendimento exclusivo aos portadores de transtornos mentais que são egressos de hospitais psiquiátricos.
- c) ser progressivamente substituídos pelos atendimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos atendimentos em Atenção Básica.
- d) atender a todas as demandas em saúde mental do território no qual estão inseridos, identificando as ações que são prioritárias.



e) constituir a porta de entrada para o atendimento aos usuários dos serviços em saúde mental da Rede de Atenção em Saúde (RAS).

Comentários

Apesar de os ambulatorios de saúde mental terem sido desconsiderados pela portaria 3.088/2011 como ponto de atenção da RAPS. Eles cumprem funções importantes. Os ambulatorios estão inseridos no nível de atenção secundário da rede de saúde e oferecem funções complementares à Atenção Básica e aos CAPS. Com base nisso:

- a) ERRADA. Os ambulatorios desenvolvem atividades específicas de cuidado continuado, principalmente em formas de psicoterapias individuais ou em grupo.
- b) ERRADA. Os ambulatorios oferecem serviços a pessoas em sofrimento psíquico no geral.
- c) CORRETA. Como serviço intermediário a esses dois dispositivos da RAPS e, em função de ter sido desconsiderado formalmente dessa rede, a proposta é sua substituição gradual.
- d) ERRADA. Como forma de cuidado continuado, irá oferecer atendimento clínico psicoterápico a pessoas em sofrimento psíquico com condições e aguardar os agendamentos.
- e) ERRADA. A função de porta de entrada à RAS é de responsabilidade das Unidades de Atenção Básica.

Gabarito: letra C.

14. (VUNESP - Prefeitura de Valinhos – 2019) A atenção oferecida aos portadores de transtorno mental nos Centros de Convivência favorece a:

- a) troca de vivências entre pessoas que sofrem com as mesmas patologias.
- b) realização de um trabalho efetivo e produtivo por parte de seus usuários.
- c) proteção contra a exclusão social e contra a estigmatização da loucura.
- d) constituição de comunidades e subjetividades coletivas.
- e) independência e autossuficiência dos portadores de transtornos mentais.

Comentários:

Para responder a esta questão, você precisaria se lembrar da Portaria 3.088/2011 que caracteriza os Centros de Convivência. Eles são espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Tratam-se de locais de convívio e sustentação das diferenças. Com base nisso,



- a) ERRADA. É uma unidade pública, atende a comunidade em geral e as pessoas com transtornos mentais, em específico.
- b) ERRADA. As cooperativas sociais/empreendimentos solidários, como estratégia de reabilitação psicossocial da RAPS é que está mais alinhada aos aspectos de trabalho.
- c) ERRADA. De forma geral, todos os dispositivos da RAPS têm essa característica – não sendo exclusividade dos CC.
- d) CORRETA.
- e) ERRADA. Assim como a alternativa b, essa opção está alinhada à proposta das cooperativas sociais/empreendimentos solidários.

Gabarito: letra D.

15. (VUNESP / Prefeitura de Itapevi – 2019) Os Centros de Convivência foram idealizados como dispositivos de saúde mental que têm como objetivo:

- a) proteger os portadores de transtornos mentais graves do contato com a discriminação.
- b) conectar entre si os indivíduos em sofrimento psíquico excluídos da sociedade.
- c) ampliar o serviço de atendimento clínico àqueles que sofrem com patologias diversas.
- d) produzir saúde por meio da promoção de ações com outros campos da cultura.
- e) estimular a produtividade e a adaptação ao trabalho nos portadores de doença mental.

Comentários

Para responder a esta questão, você precisaria se lembrar da Portaria 3.088/2011 que caracteriza os Centros de Convivência. Eles são espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Tratam-se de locais de convívio e sustentação das diferenças. Com base nisso,

- a) ERRADA. Os CC não são de uso exclusivo das pessoas com transtornos mentais graves e nem visa proteger contra a discriminação, mas incentivar o convívio com as diferenças.
- b) ERRADA. Os CC não são de uso exclusivo de pacientes com transtornos mentais, são unidades públicas.
- c) ERRADA. Os CC são espaços de produção e intervenção na cultura e na cidade, não oferecem tratamento clínico a patologias.



d) CORRETA.

e) ERRADA. Os CC não têm essa proposta, essa finalidade é das cooperativas sociais/empreendimentos solidários.

Gabarito: letra D.

16. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) O Serviço de Residência Terapêutica – SRT é um programa do SUS que vem se concretizando como alternativa viável para um grande número de pessoas que estão há anos internadas em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado da comunidade. Considerando a importância do trabalho interdisciplinar, são objetivos do SRT, exceto:

a) Possibilitar um suporte de reabilitação social dessas pessoas, muitas vezes com internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

b) Promover uma atenção básica à saúde, por se constituir como serviço de saúde, em substituição ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

c) Acolher moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

d) Estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações e ONGs para a implementação e acompanhamento de suas ações.

Comentários

As alternativas estão corretas, com exceção da letra b. O que a invalida é o fato de que SRT é uma estratégia de desinstitucionalização e, por isso, não está inserido na atenção básica. Além disso, os CAPS continuam sendo pontos de atenção da RAPS e não serão substituídos por um serviço cujo propósito é oferecer moradia para pacientes psiquiátricos egressos ou moradores de rua.

Gabarito: letra B.

17. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com a nova perspectiva para atenção em saúde mental, os pacientes internados em hospitais psiquiátricos

a) precisam receber atendimento diário, de todos os membros da equipe multiprofissional da unidade, de acordo com o seu projeto terapêutico individual.

b) devem ser preparados para alta hospitalar e ter garantida uma referência para a continuidade de seu tratamento em serviço territorial compatível com suas necessidades.



- c) podem ser conduzidos para os espaços restritivos disponíveis na instituição, no caso de manifestarem crises agudas incapazes de serem contidas pela equipe.
- d) dispensam a formulação de um projeto terapêutico individualizado para o seu caso, uma vez que a política de saúde mental preconiza a desinstitucionalização.
- e) necessitam ser integrados aos projetos terapêuticos padronizados e formulados para os pacientes da instituição, logo após a sua admissão até o momento de sua alta.

Comentários

Para responder a esta questão, você precisaria usar os conhecimentos sobre a Lei 10.216/2001, a Portaria 8.088/2011 e o conceito de projeto terapêutico. Com base nisso:

- a) ERRADA. Não há menção em nenhum dos dispositivos citados acima sobre a necessidade de atendimento diário da equipe multiprofissional.
- b) CORRETA. Na portaria 8.088/2011 está indicado que os hospitais psiquiátricos devem acolher casos graves em regime de curta duração e estar articulados com os CAPS.
- c) ERRADA. De acordo com a Lei 10.216/2001, os pacientes apresentam direitos que não podem ser negligenciados pela falta de perícia profissional.
- d) ERRADA. De acordo com a Portaria 8.088/2011, o cuidado das pessoas em hospital psiquiátrico deve ser orientado pelo projeto terapêutico quando o paciente está vinculado a um serviço de referência (CAPS).
- e) ERRADA. A lógica de atendimento é individual, o projeto terapêutico é elaborado conjuntamente com o paciente, a família e a equipe.

Gabarito: letra B.

18. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário por meio de uma equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando a importância da entrevista inicial feita pelo psicólogo da equipe do CAPS, assinale a conduta que deve ser realizada.

- a) Triagem inicial para o diagnóstico das condições de saúde do paciente.
- b) Apresentar ao paciente a equipe multiprofissional que irá atendê-lo.
- c) Considerar o histórico de vida do paciente e os sintomas apresentados.



d) Pesquisar os dados familiares do paciente para o encaminhamento ao CAPS.

Comentários:

A entrevista inicial ou acolhimento é uma postura, uma técnica e um reorientador para os profissionais de saúde. Com base nisso,

a) ERRADA. O psicólogo não deverá realizar, neste contato inicial, diagnóstico do paciente.

b) ERRADA. Nesse momento, o psicólogo deverá ter uma conversa individualizada com foco na história e nas demandas do paciente.

c) CORRETA.

d) ERRADA. Essa alternativa contradiz o enunciado da questão, o qual situa os CAPS como serviços de caráter aberto e comunitário. O paciente não precisa ser encaminhado.

Gabarito: letra C.

19. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) O acolhimento noturno de um paciente com transtorno mental grave nos Centros de Atenção Psicossocial deverá atender:

a) a qualquer cidadão em sofrimento mental que pertença ao território no qual o serviço está inserido, por tempo indeterminado.

b) preferencialmente aos usuários do serviço que estão vinculados a um projeto terapêutico, e no máximo por sete dias corridos.

c) exclusivamente aos usuários do serviço cujas famílias também integrem as ações promovidas na unidade.

d) aos usuários do serviço somente para a contenção medicamentosa, antes de serem conduzidos a um hospital psiquiátrico.

e) somente aos usuários do serviço cujos vínculos familiares estejam rompidos, o que justifica seu acolhimento na unidade.

Comentários:

a) ERRADA. O acolhimento noturno é recomendado para casos pontuais, que exijam cuidado integral por determinado período de tempo.

b) CORRETA. De acordo com a portaria 336/2002.



- c) ERRADA. O acolhimento noturno não é restrito aos usuários cujos familiares integrem o atendimento. Isso violaria o direito do paciente em receber um tratamento condizente a sua condição.
- d) ERRADA. O acolhimento noturno é uma tecnologia de encontro e contato com pacientes que estão em momentos de maior vulnerabilidade em seus estados clínicos, demandando cuidado contínuo.
- e) ERRADA. Nesse caso, seria adequado os pontos de atenção residencial de caráter transitório como postulado na Portaria 3.088/2011.

Gabarito: letra B.

20. (CONTEMAX - Prefeitura de Conceição – 2019) Segundo Lustosa (2000), uma aplicação interessante do conceito de interdisciplinaridade na saúde diz respeito à interconsulta. A interconsulta consiste na presença de um profissional de saúde em uma unidade ou serviço médico geral atendendo à solicitação de um profissional da área de saúde em relação ao atendimento de um paciente. Isto garante um atendimento global do paciente, tendo a psicologia um importante papel a cumprir neste contexto. Isto posto, o psicólogo pode intervir nesse momento:

- a) Somente quando solicitado.
- b) A fim de colaborar na abordagem psicossocial do paciente, sempre que for necessário.
- c) Na interface com a enfermagem.
- d) Auxiliar especificamente na tarefa de ensino e pesquisa.
- e) Deter-se apenas a diagnóstico.

Comentários:

Apesar de trazer o conceito de interconsulta (conteúdo que será visto na aula 01), esta questão não precisa necessariamente desse conhecimento. Para respondê-la, você precisaria entender que a lógica multiprofissional e interdisciplinar pressupõe participação do psicólogo em uma equipe e não somente em interface com a enfermagem (c) e que sua atuação será, de fato, colaborar para uma perspectiva psicossocial do paciente nas situações necessárias. Irá ultrapassar, portanto, ensino e pesquisa (d) e o diagnóstico (e).

Gabarito: letra B.

21. (VUNESP - IPREMM– 2019) O trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde:



- a) Diminui a responsabilidade de cada profissional da equipe de saúde em relação aos pacientes por ela atendidos.
- b) Permite que várias ações necessárias aos atendimentos da equipe sejam compartimentalizadas para sua maior eficácia.
- c) Aceita que cada profissional, dentro de sua especialidade, realize os atendimentos que acredita serem pertinentes para cada paciente.
- d) Possibilita o compartilhamento de responsabilidades na tomada de decisões quanto aos atendimentos realizados junto aos pacientes.
- e) Solicita que cada um dos membros da equipe se envolva com todas as ações necessárias ao acompanhamento de seus pacientes.

Comentários

- a) ERRADA. Os profissionais precisam assumir suas devidas responsabilidades, no que diz respeito aos casos e demandas atendidas.
- b) ERRADA. A lógica da atuação multiprofissional é a interdisciplinaridade e, por isso, não se coaduna com fragmentações na prática para atender uma suposta eficácia.
- c) ERRADA. A atuação profissional não acontece de modo individualizado. Essa é uma ideia de multidisciplinaridade.
- d) CORRETA. A alternativa apresenta a lógica de atendimento multiprofissional dos serviços em saúde: a interdisciplinaridade.
- e) ERRADA. A ideia defendida se aproxima do conceito de atuação transdisciplinar. Não é a atual proposta de trabalho das equipes de saúde.

Gabarito: letra D.

22. (UFMT/ Pref. Cáceres – 2018) O CAPSad pode atuar de forma preventiva e a lógica que sustenta esse procedimento é a Redução de Danos. Dentro dessa perspectiva, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Correspondem a ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento.



- b) Podem proporcionar aos usuários do serviço, desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamento de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.
- c) As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais populações.
- d) São práticas voltadas para minimizar consequências globais provenientes do uso de álcool e outras drogas. São necessárias propostas mais flexíveis, que tenham a abstinência total com a meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad.

Comentários:

Todas as alternativas estão corretas, com exceção da d. O que a invalida é o fato de apresentar a Redução de Danos como uma proposta flexível, mas que coloca a abstinência total como meta viável. A proposta de RD é de promover um cuidado emancipatório, possibilitando a crescente autonomia do paciente. É o paciente que define seus objetivos e necessidades, com o apoio e esclarecimento do profissional de referência.

Gabarito: letra D.

23. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) Considere o caso hipotético a seguir.

Um homem, 45 anos de idade, morava sozinho e sempre era visto andando nas ruas do bairro como um maltrapilho. Segundo os vizinhos, ele não tinha nenhum parente próximo. Era conhecido na comunidade local pelo comportamento agitado, às vezes era visto gritando ou conversando sozinho, outras vezes andando cabisbaixo, aparentando muito sofrimento. Foi encaminhado por uma vizinha para um atendimento no CAPS. Ao chegar no CAPS, foi acolhido pela psicóloga para um atendimento.

Considerando a importância do acolhimento no CAPS, a atitude correta a ser tomada pela psicóloga é

- a) orientar a procura pelo SUS para um atendimento clínico, considerando o seu estado.
- b) encaminhar o indivíduo ao médico de plantão para fazer exames e um diagnóstico inicial da situação.
- c) ouvir atentamente a história dele e estabelecer uma relação de confiança para um posterior diagnóstico.



d) conversar com quem fez o encaminhamento ao CAPS e pedir para que procure um familiar do atendido, considerando que não há nenhum vínculo entre ambos.

Comentários:

O acolhimento ou entrevista inicial apresenta o propósito de estabelecer uma conexão com o paciente. Nesse momento, é importante uma postura e escuta receptiva da história e das demandas do paciente. Por isso, a única alternativa viável seria a letra c. Com base nisso, as demais alternativas estão incorretas porque:

a) ERRADA. O CAPS já integra o SUS. Na rede de atenção à saúde (RAS) está inserido na atenção psicossocial (RAPS). É um dispositivo estratégico da rede de cuidados.

b) ERRADA. Essa não é a proposta do acolhimento no CAPS.

c) CORRETA.

d) ERRADA. Essa alternativa sai do escopo e bom senso do que seja a proposta de acolhimento e cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Gabarito: letra C.

24. (CONTEMAX / Prefeitura de Conceição – 2019) No plantão psicológico, cujo objetivo é o atendimento emergencial à demanda, tem-se uma proposta muito semelhante, embora esta prática tenha se desenvolvido a partir de um contexto, o de aconselhamento psicológico, “solo para as tensões da existência do homem em situação de vida no mundo com os outros, ou seja, das relações interpessoais” (Morato, 1999, p. 83) nem sempre visto como atividade clínica. De acordo com o plantão psicológico é CORRETO afirmar que:

a) Tal prática inspira-se na proposta de atendimento clínico, por meio dos moldes consultoriais.

b) Viabilizam um atendimento de tipo emergencial e que funciona com a necessidade de agendamento, destinado a pessoas que a ele recorrem, em busca de ajuda para problemas de natureza emocional.

c) A entrevista do plantão visa facilitar que o cliente clarifique a natureza de seu sofrimento e de sua demanda por ajuda. O tipo de perguntas e o grau de elaboração que são alcançados nesta primeira entrevista serve apenas para consultar dados sociodemográficos do cliente.

d) As relações nas quais pelo menos uma das partes (plantonista) procura promover na outra crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida se restringe a uma escuta breve, na qual não há aprofundamento das questões.



e) O outro, neste sentido, pode ser quer um indivíduo, quer um grupo. Por outras palavras, a relação de ajuda durante os plantões pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.

Comentários:

a) ERRADA. O plantão psicológico é para momentos de crise, por isso não se insere nos moldes e tempos da clínica. Trata-se de uma psicoterapia de urgência.

b) ERRADA. O plantão psicológico não se insere na lógica de agendamento, pois isso invalidaria a proposta da sua existência.

c) ERRADA. O plantão psicológico é um momento e espaço de escuta das demandas e do intenso sofrimento do sujeito. Não serve para consulta de dados sociodemográficos.

d) ERRADA. O plantão psicológico não é um atendimento clínico nos moldes tradicionais. É para acolher urgências, sofrimento psíquico intenso.

e) CORRETA. Exatamente.

Gabarito: letra E.

25. (FUNDEP - Prefeitura de Lagoa Santa – 2019) Segundo Figueiredo e Campos (2009), o apoio matricial é “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”. Após a leitura desse trecho, assinale a alternativa correta.

a) O matriciamento é um modelo assistencial no qual o paciente é atendido individualmente pelo profissional especialista em saúde mental.

b) O matriciamento constitui uma ferramenta de transformação na qual o profissional de saúde mental pode supervisionar a realização de projetos terapêuticos singulares pela equipe.

c) São profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária apenas psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

d) O matriciamento deve ser solicitado nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.

Comentários:



- a) ERRADA. Nesse caso, estaria mais para atendimento clínico o que foge do escopo do apoio matricial.
- b) ERRADA. O profissional que oferece matriciamento irá atuar em casos para os quais a equipe de referência não tem repertório técnico ou conhecimento. Não pressupõe relação hierárquica de supervisão.
- c) ERRADA. Além dos profissionais citados, estão inclusos ainda fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental.
- d) CORRETA.

Gabarito: letra D.

26. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) Uma das estratégias que podem ser adotadas por um psicólogo que trabalha em um ambulatório de um hospital geral é a realização de um grupo de sala de espera. Essa modalidade de atendimento grupal

- a) consegue atender tanto aos objetivos da instituição quanto aos objetivos dos pacientes que aguardam atendimento.
- b) atende à grande demanda de pacientes que esperam atendimento, mas aumenta o tempo de espera pelo cuidado efetivo.
- c) estimula uma atitude passiva nos pacientes, que favorece a aceitação das condutas e procedimentos médicos indicados.
- d) acolhe os pacientes durante a espera pelo atendimento, impedindo a manifestação das questões individuais que se sobrepõem à doença.
- e) oferece soluções imediatas para a maioria dos pacientes, identificando aqueles que realmente precisam de cuidados médicos.

Comentários:

- a) CORRETA. O grupo de sala de espera é um momento em que os pacientes podem expressar seus sentimentos em relação aos atendimentos. A instituição poderá alcançar seu objetivo, por exemplo, trabalhando temas mais proeminentes naquele contexto.
- b) ERRADA. O grupo de sala de espera é dinâmico, obedece ao fluxo da própria instituição. Os pacientes que são chamados para o atendimento interrompem sua participação.



- c) ERRADA. O grupo de sala de espera estimula os pacientes a se expressarem a partir das discussões e iniciativas fomentadas pelos profissionais de saúde.
- d) ERRADA. O grupo de sala de espera não impede a manifestação de questões individuais, como propõe esta alternativa.
- e) ERRADA. O grupo de sala de espera não tem a proposta de oferecer soluções e discriminar as demandas dos pacientes.

Gabarito: letra A.

27. (VUNESP/ Sertãozinho – 2018) Uma das atribuições de um psicólogo que atua, segundo uma abordagem psicodinâmica, frente a uma equipe psiquiátrica, é a de:

- a) Conscientizar os membros da equipe de que vão vivenciar sentimentos poderosos em relação aos pacientes, que podem ser usados como ferramentas diagnóstica e terapêutica.
- b) Ajudar os membros da equipe a conterem, sem expressar, sentimentos contratransferenciais em relação aos pacientes, mesmo em reuniões da equipe.
- c) Diagnosticar cada um dos membros da equipe em relação à sua capacidade de contenção de afetos, para que a fragilidade da equipe não impeça a atuação do grupo.
- d) Colaborar para que o foco das reuniões da equipe se concentre nas tarefas a serem executadas com os pacientes, evitando a interferência de elementos contratransferenciais.
- e) Interpretar, durante as reuniões da equipe, os conflitos individuais dos membros do grupo que podem comprometer o atendimento às demandas dos pacientes.

Comentários:

- a) CORRETA. A conscientização da equipe pode ser realizada pelo psicólogo. Isso pode auxiliar na vivência de ambiguidade, como a onipotência – impotência, possível nos diferentes setores do contexto hospitalar.
- b) ERRADA. A perspectiva psicodinâmica não visa à repressão de conteúdos psíquicos. Isso favoreceria a formação de sintomas. A contratransferência precisa ser reconhecida e elaborada, de acordo com a disponibilidade e conforme a escolha dos membros da equipe.
- c) ERRADA. Seria uma postura antiética do psicólogo. Essa não é a sua função na equipe multiprofissional. Independentemente da sua abordagem teórica.
- d) ERRADA. O psicólogo que atende na perspectiva psicodinâmica não irá evitar a emergência de conteúdos psíquicos dos membros da equipe.



e) ERRADA. Igualmente a alternativa c, esta opção pressupõe uma conduta antiética do psicólogo que atua sob a perspectiva psicodinâmica. Esse, com certeza, não é o propósito desse profissional na equipe.

Gabarito: letra A.

28. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) Um psicólogo que atua na área da saúde está realizando um grupo operativo com o propósito de promover a qualidade de vida de pacientes com doenças degenerativas. A principal atividade do coordenador do grupo, nesse caso, é a de

- a) interpretar os fatores inconscientes que impedem a evolução exitosa do grupo.
- b) estabelecer a comunicação apropriada entre os diversos níveis da dinâmica grupal.
- c) manter o foco dos pacientes nas atividades que foram definidas como tarefa do grupo.
- d) determinar o clima de trabalho que deve predominar entre os membros do grupo.
- e) impedir a atuação das ansiedades básicas que surgirem na dinâmica grupal.

Comentários

Os grupos operativos têm propósitos pontuais. Portanto, o coordenador está interessado na execução da tarefa, como propõe a alternativa c. O coordenador não irá interpretar fatores inconscientes (a), tampouco definir o que é uma comunicação apropriada (b), determinar um clima de trabalho (d) ou impedir ansiedades básicas (e). Essa seria uma postura impositiva, o que contraria, de forma geral, os trabalhos realizados em grupo ou individualmente.

Gabarito: letra C.

29. (FUNDEP / Prefeitura de Lagoa Santa – 2019) Sobre os grupos operativos, divulgados e sistematizados por Pichon Rivière, é correto afirmar:

- a) O esquema conceitual referencial operativo (ECRO) instrumentaliza-se num processo que não se dá sem conflitos e pode ser entendido como a base na tensão entre o interesse de cada um e o interesse do grupo.
- b) Os grupos operativos buscam operar em uma determinada tarefa, sem que exista uma finalidade psicoterápica.
- c) A identificação é o núcleo dos mecanismos psicológicos para formar o grupo operativo.
- d) A mentalidade grupal existe em todo grupo operativo e é o resultado da interação entre os desejos de cada participante e os valores e normas do grupo.



Comentários

As alternativas foram formuladas para confundir o candidato que inseguro na teoria. Apesar disso, a resposta é óbvia, pois os grupos operativos não serão orientados a finalidades psicoterápicas.

Os grupos operativos podem ser de ensino aprendizagem, institucionais, comunitário e terapêutico.

Gabarito: letra B.

30. (IBFC/ Divinópolis – 2018) Avalie as informações abaixo relacionadas ao funcionamento de um grupo terapêutico de abordagem psicanalítica, julgando cada uma delas como verdadeira (V) ou falsa (F).

() No funcionamento do grupo, observa-se um permanente jogo de assunção de papéis.

() Um indicador de que está havendo uma boa evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e adquirem uma plasticidade intercambiável.

() O papel do bode expiatório é assumido por um dos participantes do grupo que o desempenha através de inúmeros recursos resistenciais, que procura obstaculizar o andamento exitoso da tarefa grupal, e em geral é assumido pelo indivíduo que seja portador de uma excessiva inveja e defesas narcisísticas.

A ordem correta de afirmações verdadeiras e falsas, de cima para baixo é:

a) V, V, F

b) V, F, F

c) F, F, V

d) V, F, V

Comentários:

Os dois primeiros itens são verdadeiros e o último item é falso. Nós vimos isso em grupos operativos, que têm viés psicanalítico. O que invalida o último item é o fato de descrever as características do papel de líder de resistência e não do bode expiatório. Portanto a primeira alternativa é a correta.

Gabarito: letra A.



LISTA DE QUESTÕES

1. (FGV - DPE/RJ - 2019) De acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, existem três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Sobre o tema, analise as afirmativas a seguir.

I. A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

II. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

III. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

Está correto o que se afirma em:

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

2. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) As últimas décadas foram transformadoras para a abordagem da loucura, tendo sido enfatizada a análise histórica da sociedade e das formas de saber e de poder marcantes na modernidade.

Sendo assim, vários serviços de saúde mental ou de atenção psicossocial passaram a ser implantados no Brasil, a partir da década de 1990, embalados pelo conceito de desinstitucionalização. Dentro desse dispositivo, é correto afirmar que

- a) a ênfase é colocada no processo de cura, considerando a doença mental que acomete o alienado.



- b) o tratamento da doença é visto em separado da existência concreta dos pacientes e do corpo social.
- c) o indivíduo deve ser tutelado em um primeiro momento, para depois ser inserido no campo social e comunitário.
- d) um processo de participação popular, de territorialização dos serviços e de envolvimento de diferentes atores sociais passou a ocorrer.
- e) os equipamentos psiquiátricos no tecido urbano, com ênfase na clínica individual, devem se tornar mais ágeis.

3. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) João e Maria, ambos de 20 anos, costumam dormir sob um viaduto onde se reúnem outros usuários de crack. João vive nas ruas desde criança e Maria iniciou o uso de drogas com amigos da escola particular que frequentava. Sua família desconhece seu paradeiro atual.

Após abordar o jovem casal e identificar a questão do uso de crack, a equipe deverá

- a) promover a imediata reintegração familiar de Maria e orientar sua internação involuntária para desintoxicação em uma comunidade terapêutica.
- b) mobilizar o Conselho Tutelar e/ou o Juizado da Infância e Juventude para um atendimento conjunto dos jovens, menores de 21 anos.
- c) diagnosticar as condições de saúde e agravos de cada um dos jovens para as intervenções especializadas, de acordo com suas necessidades individuais.
- d) planejar ações do serviço em conjunto e em articulação com a área de saúde, de acordo com a rede instalada no território, como os consultórios de rua.
- e) oferecer a João a alternativa de aderir à Justiça Terapêutica e aceitar a redução de danos no lugar da pena convencional por uso de entorpecentes.

4. (FGV - Prefeitura de Salvador/BA - 2019) José, 22 anos, está apresentando um quadro de surto psicótico caracterizado por alucinações auditivas e delírios de conteúdo persecutório.

Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e os equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde mental, o atendimento de urgência a José deverá ser prestado em

- a) serviço residencial terapêutico, para garantir atenção domiciliar ao rapaz sem privá-lo da convivência familiar.



- b) hospital psiquiátrico, sob o regime de internação compulsória breve até a estabilização do quadro psicótico.
- c) regime ambulatorial, uma vez que a legislação vigente veda a internação de pacientes psiquiátricos.
- d) CAPS AD, considerando tratar-se de quadro agudo decorrente do abuso de substâncias entorpecentes estimulantes.
- e) unidade de pronto atendimento ou em leito ou enfermaria de saúde mental, inserida em hospital geral.

5. (FGV - MPE/AL - 2018) Após meses de busca, Paulo, 20 anos, foi encontrado por sua família na cracolândia de uma cidade vizinha.

De acordo com o que dispõe a lei que trata do direito e da proteção das pessoas com transtornos mentais, assinale a afirmativa correta.

- a) Em função de sua menoridade civil, Paulo poderá ser internado involuntariamente em uma comunidade terapêutica.
- b) A internação compulsória de Paulo será possível após sua interdição judicial pela família.
- c) O uso de crack não é reconhecido como transtorno mental para efeito da Lei nº 10.216/01.
- d) O Conselho Federal de Psicologia se posiciona contra o tratamento para usuários de crack e outras drogas.
- e) A internação de Paulo só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

6. (VUNESP - Prefeitura de Cerquillo – 2019) Os princípios da política de saúde mental brasileira costumam ser sintetizados tendo como base as resoluções da Declaração de Caracas. Uma dessas resoluções afirma que a estruturação da assistência psiquiátrica em um território solicita:

- a) Uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
- b) Que os recursos, os cuidados e os tratamentos sejam baseados em critérios subjetivos, apropriados ao fenômeno da loucura.
- c) A adoção de modelos consagrados de assistência na prestação e promoção de serviços em saúde mental para a população.



d) Total liberdade e autonomia dos técnicos em saúde mental dos territórios para a formulação de programas para o cuidado da população.

e) A expansão do número de leitos em hospitais gerais, para garantir a internação psiquiátrica junto à atenção básica de saúde.

7. (VUNESP - Prefeitura de Cerquilha – 2019) Uma pessoa solicita a sua internação em uma instituição psiquiátrica voluntariamente, após uma crise nervosa que colocou em risco pessoas de sua família. Passadas três semanas, essa pessoa deseja deixar a instituição e retomar sua rotina de vida. O término dessa internação voluntária

a) Pode ocorrer, desde que seja autorizado pela equipe médica da instituição.

b) Só pode ocorrer após o consentimento do médico que acompanhou a pessoa durante o período de internação.

c) Pode se configurar a partir de uma solicitação escrita da pessoa internada.

d) Precisa ser informado a algum familiar da pessoa internada, que assumirá a responsabilidade pela alta.

e) Deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual, pelo gestor da instituição, no prazo de setenta e duas horas.

8. (FUNDEP - Prefeitura de Ervália – 2019) Considere o caso hipotético a seguir.

Uma mulher, 62 anos de idade, viúva e mãe de 5 filhos, foi encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de seu bairro por sua filha mais velha de 35 anos de idade, considerando o seu estado de saúde: costumava beber todos os dias, tinha delírios e alucinações e se tornava muito agressiva com as pessoas.

Considere as seguintes prerrogativas de tratamento para um paciente.

I. ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde.

II. ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

III. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.

IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.



Dado esse contexto e considerando os direitos concernentes às pessoas portadoras de transtorno mental e / ou que fazem uso de álcool e outras drogas, é prerrogativa do tratamento para essa paciente

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

9. (VUNESP / Prefeitura de Itapevi – 2019) Um rapaz de vinte anos foi internado em um hospital psiquiátrico, a pedido de sua mãe, em função de um episódio de violência motivado pelo consumo de drogas, que culminou com uma tentativa de suicídio por parte do jovem. Nesse caso,

- a) é dispensada a autorização de um médico para a internação, uma vez que um responsável legal solicitou a medida.
- b) a internação involuntária não pode se efetivar, porque o jovem é maior de idade e deve autorizar a medida.
- c) uma autoridade do poder judiciário deverá solicitar a internação, porque ela envolve uma tentativa de suicídio.
- d) a alta só poderá ser autorizada por um médico, independentemente da vontade do familiar que solicitou a medida.
- e) a internação deverá ser autorizada por um médico, mesmo tendo sido solicitada por um familiar do jovem.

10. (VUNESP - Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com a legislação em saúde mental, um hospital psiquiátrico que ofereça serviços médicos e psicológicos, mas não conte com serviços em assistência social, ocupacionais e de lazer,

- a) pode receber, exclusivamente, pacientes cuja internação tenha sido voluntária.
- b) é destinado aos pacientes com transtornos mentais internados compulsoriamente.
- c) destina-se aos pacientes com Transtornos Mentais Graves e Persistentes.
- d) acolhe doentes mentais nos quais se caracterizou grave dependência institucional.
- e) está impedido de receber qualquer pessoa portadora de transtorno mental.



11. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) De acordo com o disposto na Lei Federal no 10.216, um juiz que determina a internação compulsória de um paciente deverá

- a) estabelecer o prazo durante o qual o paciente internado permanecerá isolado na instituição, para garantir a segurança dos demais internos.
- b) designar um dos funcionários da instituição na qual ocorrerá a internação como responsável direto pelos atos do paciente internado.
- c) escolher uma instituição que não conte com serviços ocupacionais e de lazer para que se execute esse tipo de internação.
- d) nomear um agente da segurança pública para garantir a segurança da instituição, durante o período de internação do paciente.
- e) levar em conta as condições da instituição para salvaguardar a segurança do paciente, dos demais internos e dos funcionários.

12. (FGV / Prefeitura de Salvador – 2019) José, 22 anos, está apresentando um quadro de surto psicótico caracterizado por alucinações auditivas e delírios de conteúdo persecutório. Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e os equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde mental, o atendimento de urgência a José deverá ser prestado em:

- a) serviço residencial terapêutico, para garantir atenção domiciliar ao rapaz sem privá-lo da convivência familiar.
- b) hospital psiquiátrico, sob o regime de internação compulsória breve até a estabilização do quadro psicótico.
- c) regime ambulatorial, uma vez que a legislação vigente veda a internação de pacientes psiquiátricos.
- d) CAPS AD, considerando tratar-se de quadro agudo decorrente do abuso de substâncias entorpecentes estimulantes.
- e) unidade de pronto atendimento ou em leito ou enfermaria de saúde mental, inserida em hospital geral.

13. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com as diretrizes da Política em Saúde Mental, no que se refere à Rede de Atenção em Saúde (RAS), os ambulatórios de saúde mental devem



- a) concentrar suas atividades no atendimento aos casos encaminhados pelos profissionais das unidades de saúde da Atenção Básica.
- b) oferecer atendimento exclusivo aos portadores de transtornos mentais que são egressos de hospitais psiquiátricos.
- c) ser progressivamente substituídos pelos atendimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos atendimentos em Atenção Básica.
- d) atender a todas as demandas em saúde mental do território no qual estão inseridos, identificando as ações que são prioritárias.
- e) constituir a porta de entrada para o atendimento aos usuários dos serviços em saúde mental da Rede de Atenção em Saúde (RAS).

14. (VUNESP - Prefeitura de Valinhos – 2019) A atenção oferecida aos portadores de transtorno mental nos Centros de Convivência favorece a:

- a) troca de vivências entre pessoas que sofrem com as mesmas patologias.
- b) realização de um trabalho efetivo e produtivo por parte de seus usuários.
- c) proteção contra a exclusão social e contra a estigmatização da loucura.
- d) constituição de comunidades e subjetividades coletivas.
- e) independência e autossuficiência dos portadores de transtornos mentais.

15. (VUNESP / Prefeitura de Itapevi – 2019) Os Centros de Convivência foram idealizados como dispositivos de saúde mental que têm como objetivo:

- a) proteger os portadores de transtornos mentais graves do contato com a discriminação.
- b) conectar entre si os indivíduos em sofrimento psíquico excluídos da sociedade.
- c) ampliar o serviço de atendimento clínico àqueles que sofrem com patologias diversas.
- d) produzir saúde por meio da promoção de ações com outros campos da cultura.
- e) estimular a produtividade e a adaptação ao trabalho nos portadores de doença mental.

16. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) O Serviço de Residência Terapêutica – SRT é um programa do SUS que vem se concretizando como alternativa viável para um grande número de pessoas que estão há anos internadas em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte



adequado da comunidade. Considerando a importância do trabalho interdisciplinar, são objetivos do SRT, exceto:

- a) Possibilitar um suporte de reabilitação social dessas pessoas, muitas vezes com internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.
- b) Promover uma atenção básica à saúde, por se constituir como serviço de saúde, em substituição ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- c) Acolher moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.
- d) Estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações e ONGs para a implementação e acompanhamento de suas ações.

17. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) De acordo com a nova perspectiva para atenção em saúde mental, os pacientes internados em hospitais psiquiátricos

- a) precisam receber atendimento diário, de todos os membros da equipe multiprofissional da unidade, de acordo com o seu projeto terapêutico individual.
- b) devem ser preparados para alta hospitalar e ter garantida uma referência para a continuidade de seu tratamento em serviço territorial compatível com suas necessidades.
- c) podem ser conduzidos para os espaços restritivos disponíveis na instituição, no caso de manifestarem crises agudas incapazes de serem contidas pela equipe.
- d) dispensam a formulação de um projeto terapêutico individualizado para o seu caso, uma vez que a política de saúde mental preconiza a desinstitucionalização.
- e) necessitam ser integrados aos projetos terapêuticos padronizados e formulados para os pacientes da instituição, logo após a sua admissão até o momento de sua alta.

18. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário por meio de uma equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando a importância da entrevista inicial feita pelo psicólogo da equipe do CAPS, assinale a conduta que deve ser realizada.

- a) Triagem inicial para o diagnóstico das condições de saúde do paciente.
- b) Apresentar ao paciente a equipe multiprofissional que irá atendê-lo.



- c) Considerar o histórico de vida do paciente e os sintomas apresentados.
- d) Pesquisar os dados familiares do paciente para o encaminhamento ao CAPS.

19. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) O acolhimento noturno de um paciente com transtorno mental grave nos Centros de Atenção Psicossocial deverá atender:

- a) a qualquer cidadão em sofrimento mental que pertença ao território no qual o serviço está inserido, por tempo indeterminado.
- b) preferencialmente aos usuários do serviço que estão vinculados a um projeto terapêutico, e no máximo por sete dias corridos.
- c) exclusivamente aos usuários do serviço cujas famílias também integrem as ações promovidas na unidade.
- d) aos usuários do serviço somente para a contenção medicamentosa, antes de serem conduzidos a um hospital psiquiátrico.
- e) somente aos usuários do serviço cujos vínculos familiares estejam rompidos, o que justifica seu acolhimento na unidade.

20. (CONTEMAX - Prefeitura de Conceição – 2019) Segundo Lustosa (2000), uma aplicação interessante do conceito de interdisciplinaridade na saúde diz respeito à interconsulta. A interconsulta consiste na presença de um profissional de saúde em uma unidade ou serviço médico geral atendendo à solicitação de um profissional da área de saúde em relação ao atendimento de um paciente. Isto garante um atendimento global do paciente, tendo a psicologia um importante papel a cumprir neste contexto. Isto posto, o psicólogo pode intervir nesse momento:

- a) Somente quando solicitado.
- b) A fim de colaborar na abordagem psicossocial do paciente, sempre que for necessário.
- c) Na interface com a enfermagem.
- d) Auxiliar especificamente na tarefa de ensino e pesquisa.
- e) Deter-se apenas a diagnóstico.

21. (VUNESP - IPREMM– 2019) O trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde:

- a) Diminui a responsabilidade de cada profissional da equipe de saúde em relação aos pacientes por ela atendidos.



- b) Permite que várias ações necessárias aos atendimentos da equipe sejam compartimentalizadas para sua maior eficácia.
- c) Aceita que cada profissional, dentro de sua especialidade, realize os atendimentos que acredita serem pertinentes para cada paciente.
- d) Possibilita o compartilhamento de responsabilidades na tomada de decisões quanto aos atendimentos realizados junto aos pacientes.
- e) Solicita que cada um dos membros da equipe se envolva com todas as ações necessárias ao acompanhamento de seus pacientes.

22. (UFMT/ Pref. Cáceres – 2018) O CAPSad pode atuar de forma preventiva e a lógica que sustenta esse procedimento é a Redução de Danos. Dentro dessa perspectiva, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Correspondem a ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento.
- b) Podem proporcionar aos usuários do serviço, desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamento de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.
- c) As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais populações.
- d) São práticas voltadas para minimizar consequências globais provenientes do uso de álcool e outras drogas. São necessárias propostas mais flexíveis, que tenham a abstinência total com a meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad.

23. (FUNDEP / Prefeitura de Ervália – 2019) Considere o caso hipotético a seguir.

Um homem, 45 anos de idade, morava sozinho e sempre era visto andando nas ruas do bairro como um maltrapilho. Segundo os vizinhos, ele não tinha nenhum parente próximo. Era conhecido na comunidade local pelo comportamento agitado, às vezes era visto gritando ou conversando sozinho, outras vezes andando cabisbaixo, aparentando muito sofrimento. Foi encaminhado por uma vizinha para um atendimento no CAPS. Ao chegar no CAPS, foi acolhido pela psicóloga para um atendimento.



Considerando a importância do acolhimento no CAPS, a atitude correta a ser tomada pela psicóloga é

- a) orientar a procura pelo SUS para um atendimento clínico, considerando o seu estado.
- b) encaminhar o indivíduo ao médico de plantão para fazer exames e um diagnóstico inicial da situação.
- c) ouvir atentamente a história dele e estabelecer uma relação de confiança para um posterior diagnóstico.
- d) conversar com quem fez o encaminhamento ao CAPS e pedir para que procure um familiar do atendido, considerando que não há nenhum vínculo entre ambos.

24. (CONTEMAX / Prefeitura de Conceição – 2019) No plantão psicológico, cujo objetivo é o atendimento emergencial à demanda, tem-se uma proposta muito semelhante, embora esta prática tenha se desenvolvido a partir de um contexto, o de aconselhamento psicológico, “solo para as tensões da existência do homem em situação de vida no mundo com os outros, ou seja, das relações interpessoais” (Morato, 1999, p. 83) nem sempre visto como atividade clínica. De acordo com o plantão psicológico é CORRETO afirmar que:

- a) Tal prática inspira-se na proposta de atendimento clínico, por meio dos moldes consultoriais.
- b) Viabilizam um atendimento de tipo emergencial e que funciona com a necessidade de agendamento, destinado a pessoas que a ele recorrem, em busca de ajuda para problemas de natureza emocional.
- c) A entrevista do plantão visa facilitar que o cliente clarifique a natureza de seu sofrimento e de sua demanda por ajuda. O tipo de perguntas e o grau de elaboração que são alcançados nesta primeira entrevista serve apenas para consultar dados sociodemográficos do cliente.
- d) As relações nas quais pelo menos uma das partes (plantonista) procura promover na outra crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida se restringe a uma escuta breve, na qual não há aprofundamento das questões.
- e) O outro, neste sentido, pode ser quer um indivíduo, quer um grupo. Por outras palavras, a relação de ajuda durante os plantões pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.

25. (FUNDEP - Prefeitura de Lagoa Santa – 2019) Segundo Figueiredo e Campos (2009), o apoio matricial é “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde



a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”. Após a leitura desse trecho, assinale a alternativa correta.

- a) O matriciamento é um modelo assistencial no qual o paciente é atendido individualmente pelo profissional especialista em saúde mental.
- b) O matriciamento constitui uma ferramenta de transformação na qual o profissional de saúde mental pode supervisionar a realização de projetos terapêuticos singulares pela equipe.
- c) São profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária apenas psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.
- d) O matriciamento deve ser solicitado nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.

26. (VUNESP - Prefeitura de Osasco – 2019) Uma das estratégias que podem ser adotadas por um psicólogo que trabalha em um ambulatório de um hospital geral é a realização de um grupo de sala de espera. Essa modalidade de atendimento grupal

- a) consegue atender tanto aos objetivos da instituição quanto aos objetivos dos pacientes que aguardam atendimento.
- b) atende à grande demanda de pacientes que esperam atendimento, mas aumenta o tempo de espera pelo cuidado efetivo.
- c) estimula uma atitude passiva nos pacientes, que favorece a aceitação das condutas e procedimentos médicos indicados.
- d) acolhe os pacientes durante a espera pelo atendimento, impedindo a manifestação das questões individuais que se sobrepõem à doença.
- e) oferece soluções imediatas para a maioria dos pacientes, identificando aqueles que realmente precisam de cuidados médicos.

27. (VUNESP/ Sertãozinho – 2018) Uma das atribuições de um psicólogo que atua, segundo uma abordagem psicodinâmica, frente a uma equipe psiquiátrica, é a de:

- a) Conscientizar os membros da equipe de que vão vivenciar sentimentos poderosos em relação aos pacientes, que podem ser usados como ferramentas diagnóstica e terapêutica.
- b) Ajudar os membros da equipe a conterem, sem expressar, sentimentos contratransferenciais em relação aos pacientes, mesmo em reuniões da equipe.



- c) Diagnosticar cada um dos membros da equipe em relação à sua capacidade de contenção de afetos, para que a fragilidade da equipe não impeça a atuação do grupo.
- d) Colaborar para que o foco das reuniões da equipe se concentre nas tarefas a serem executadas com os pacientes, evitando a interferência de elementos contratransferenciais.
- e) Interpretar, durante as reuniões da equipe, os conflitos individuais dos membros do grupo que podem comprometer o atendimento às demandas dos pacientes.

28. (VUNESP / Prefeitura de Valinhos – 2019) Um psicólogo que atua na área da saúde está realizando um grupo operativo com o propósito de promover a qualidade de vida de pacientes com doenças degenerativas. A principal atividade do coordenador do grupo, nesse caso, é a de

- a) interpretar os fatores inconscientes que impedem a evolução exitosa do grupo.
- b) estabelecer a comunicação apropriada entre os diversos níveis da dinâmica grupal.
- c) manter o foco dos pacientes nas atividades que foram definidas como tarefa do grupo.
- d) determinar o clima de trabalho que deve predominar entre os membros do grupo.
- e) impedir a atuação das ansiedades básicas que surgirem na dinâmica grupal.

29. (FUNDEP / Prefeitura de Lagoa Santa – 2019) Sobre os grupos operativos, divulgados e sistematizados por Pichon Rivière, é correto afirmar:

- a) O esquema conceitual referencial operativo (ECRO) instrumentaliza-se num processo que não se dá sem conflitos e pode ser entendido como a base na tensão entre o interesse de cada um e o interesse do grupo.
- b) Os grupos operativos buscam operar em uma determinada tarefa, sem que exista uma finalidade psicoterápica.
- c) A identificação é o núcleo dos mecanismos psicológicos para formar o grupo operativo.
- d) A mentalidade grupal existe em todo grupo operativo e é o resultado da interação entre os desejos de cada participante e os valores e normas do grupo.

30. (IBFC/ Divinópolis – 2018) Avalie as informações abaixo relacionadas ao funcionamento de um grupo terapêutico de abordagem psicanalítica, julgando cada uma delas como verdadeira (V) ou falsa (F).

- () No funcionamento do grupo, observa-se um permanente jogo de assunção de papéis.



() Um indicador de que está havendo uma boa evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e adquirem uma plasticidade intercambiável.

() O papel do bode expiatório é assumido por um dos participantes do grupo que o desempenha através de inúmeros recursos resistenciais, que procura obstaculizar o andamento exitoso da tarefa grupal, e em geral é assumido pelo indivíduo que seja portador de uma excessiva inveja e defesas narcisísticas.

A ordem correta de afirmações verdadeiras e falsas, de cima para baixo é:

a) V, V, F

b) V, F, F

c) F, F, V

d) V, F, V



GABARITO



GABARITO

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. E | 13. C | 25. D |
| 2. D | 14. D | 26. A |
| 3. D | 15. D | 27. A |
| 4. E | 16. B | 28. C |
| 5. E | 17. B | 29. B |
| 6. A | 18. C | 30. A |
| 7. C | 19. B | |
| 8. D | 20. B | |
| 9. E | 21. D | |
| 10. E | 22. D | |
| 11. E | 23. C | |
| 12. E | 24. E | |



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A Prática da Psicologia da Saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.
- Andrade, D. S. (2017). O papel do Psicólogo no Hospital na visão dos Profissionais de Saúde. *Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)*.
- Bastos, A. B. B. I. (2010). A Técnica de Grupos Operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação*, 14(14), 160-169.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Castanho, P. (2012). Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. *Revista do NESME*, 9(1), 1-60.
- Conselho Federal de Psicologia (2001). Resolução CFP N° 02/01. Retirada de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP N° 013/2007. Retirada de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Damous, I., & Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e expansão das políticas de atenção primária. *Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 911-932.
- Declaração de Caracas. Retirada de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
- Furtado, M. E. M. F., & Carvalho, L. B. (2015). O Psicólogo no NASF: Potencialidades e Desafios de um Profissional de Referência. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 9-17.
- Furlan, V., & Ribeiro, S. F. R. (2011). A Escuta do Psicoterapeuta em Grupo com Pessoas em Sofrimento Mental Atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Vínculo*, 8(1), 1-7.
- Gomes, F. M. D. (2012). Plantão Psicológico: Atendimentos em Situações de Crise. *Revista do NESME*, 9(2), 1-50.



Lei 10.216/2001. Retirada de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.