

PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE**EDITAL N° 01/2014**

ÊNFASE SAÚDE MENTAL COLETIVA

LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES

1. A Prova Escrita Objetiva terá a duração de 4 horas, incluindo o tempo para o preenchimento do cartão-resposta e as orientações iniciais sobre o processo de aplicação das provas.
2. A Prova Escrita Objetiva versa sobre Conhecimentos Gerais e sobre Conhecimentos Específicos inerentes à respectiva ênfase, previstos no conteúdo programático, sendo composta de 50 questões de múltipla escolha, 0,2 (dois) décimos cada questão. A prova total vale 10 (dez) pontos. As questões de 1 a 25 são referentes à matéria de Conhecimentos Gerais. As questões de 26 a 50 são referentes à matéria de Conhecimentos Específicos.
3. As questões da prova apresentam um enunciado seguido de quatro alternativas designadas pelas letras A, B, C e D, existindo somente uma alternativa correta.
4. Para cada questão da prova, assinale somente uma alternativa que você considera como a resposta correta.
5. Examine se o caderno de provas está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após trinta minutos do início da prova.
6. Decorrido o tempo determinado pela Coordenação Local, será distribuído o cartão-resposta, o qual será o único documento válido para a correção da prova.
7. Ao receber o cartão-resposta verifique se seus dados estão corretos.
8. Assine o cartão-resposta no espaço reservado para este fim. Não haverá substituição do cartão-resposta ou de prova em caso de erro ou rasura efetuado pelo candidato.
9. Não amasse nem dobre o cartão-resposta, para que não seja rejeitado pela leitura ótica.
10. Não serão considerados os pontos relativos a questões quando, no cartão-resposta, forem assinaladas mais de uma resposta, ou houver rasura, ou marcação a lápis ou não for assinalada nenhuma alternativa.
11. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica de material transparente, de tinta azul ou preta para marcação das respostas.
12. Qualquer forma de comunicação entre os candidatos implicará em sua eliminação.
13. O candidato somente poderá ausentar-se definitivamente do recinto da prova após decorrida 1 (uma) hora de sua realização.
14. É vedada a saída do candidato do recinto da prova sem autorização e acompanhamento do fiscal de sala.
15. Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala de prova simultaneamente, tendo que registrar sua assinatura em Ata.
16. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, o cartão-resposta e o caderno de prova, devendo, ainda, assinar a lista de frequência.
17. Eventuais erros de digitação de nomes e números de inscrições deverão ser corrigidos no dia das provas, registrados em Ata, pelos fiscais de salas.
18. O gabarito abaixo, para simples conferência, pode ser destacado para uso do candidato.

GABARITO PARA CONFERÊNCIA

[illegible]

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Em pesquisa realizada pelo instituto Datafolha em 2014, referente aos 50 anos do golpe militar 1964 encontramos os seguintes resultados: "A democracia segue sendo defendida como o melhor sistema de governo, em qualquer circunstância, pela maioria dos brasileiros, mas há fissuras nesta relação: no momento em que se completa 50 anos do golpe militar de 1964, os brasileiros veem a situação política daquela época melhor do que atualmente, e estão um pouco ou muito insatisfeitos com o funcionamento da democracia, na qual veem alguns problemas, como corrupção e insegurança. (...) A comparação direta entre democracia e ditadura segue favorável à primeira: 62% dos brasileiros acreditam que a democracia é sempre melhor que qualquer outra forma de governo, patamar similar ao verificado em dezembro de 2008 (61%) e, numericamente, o mais alto já atingido na série histórica do Datafolha sobre o tema."

Os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde são instâncias criadas pela lei federal nº 8.142 de 1990, fruto da luta da sociedade civil durante o regime militar, sobre estes espaços de participação assinala a alternativa correta:

- a) Os conselhos de saúde são compostos por segmentos do governo, comunidade, prestadores de serviços e profissionais de saúde, sendo a paridade entre estes representantes da seguinte forma: os gestores ocupam 50 % das vagas nos conselhos enquanto profissionais e comunidade dividem 25% das vagas e outros 25% estão com os prestadores de serviços.
 - b) Os conselhos de saúde são instâncias apenas consultivas não tendo poder de elaborar ou influir nas políticas de saúde.
 - c) Os conselhos de saúde e conferências representam um grande avanço para a democracia brasileira permitindo que os cidadãos participem das discussões sobre as Políticas de Saúde no Brasil.
 - d) Segundo a Lei nº 8.142 de 1990 as conferências de saúde devem ser convocadas a cada 02 anos pelo poder executivo.
2. Tendo em vista que lei nº 8.142 de 1990 são necessários, para que os Municípios, Estados e o Distrito Federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, os seguintes pré-requisitos:
 - a) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão.
 - b) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão, autorização do chefe do executivo.
 - c) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
 - d) Fundo de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
 3. O artigo de Cohn (2009) nos remete a reflexões sobre as limitações da Reforma Sanitária Brasileira, os muitos desafios para o alcance real das suas propostas originais e para o cumprimento das diretrizes constitucionais. Quando descreve sobre a: *Oferta e cobertura de serviços fragmentada e segmentação da clientela. Tessitura da relação Estado/Sociedade mais precisamente em relação às esferas públicas e privada da vida social. Despolitização da saúde e controle da sociedade.* A autora se refere RESPECTIVAMENTE às seguintes diretrizes do SUS:
 - a) Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais.
 - b) Participação e Controle Social além das instâncias formais. Regulação do SUS. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.
 - c) Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS.
 - d) Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.

4. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais (Cohn, 2009). A seção II da referida Constituição estabelece em relação à saúde que:
- a) O SUS pode recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de determinada área, na fórmula e lógica da regulação do setor privado.
 - b) As ações e serviços públicos integram uma rede hierarquizada, centralizada e coordenada de forma bipartite pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.
 - c) Saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida somente por políticas econômicas e de desenvolvimento institucional.
 - d) Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
5. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto nº 7.508/11 são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de:
- a) Atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, ambulatórios especializados.
 - b) Atenção primária, ambulatórios especializados, atenção psicossocial.
 - c) Atenção hospitalar, atenção psicossocial, ambulatórios especializados.
 - d) Atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial.
6. Assinale a alternativa correta de acordo com as considerações presentes no decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011:
- a) Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de estados que compõe a mesma região, seguindo a divisão federativa do Brasil que tem como finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
 - b) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede municipal, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão pactuados entre as diferentes instâncias intramunicipais.
 - c) Mapa da Saúde corresponde a descrição dos principais indicadores sócio-epidemiológicos da Região de Saúde, auxiliando a identificar as regiões endêmicas e pontos críticos relacionados a distribuição dos principais agravos em saúde.
 - d) Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
7. Acerca das Políticas de Saúde no Brasil, assinale a alternativa correta:
- a) A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como “direito de todos e dever do estado” e criou o SUS, porém garantiu liberdade a iniciativa privada e não impôs limites para a sua atuação nesse campo.
 - b) A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS) priorizou a inversão do modelo de atenção à saúde, enquanto a NOB-SUS 01/96 favoreceu o avanço no processo de municipalização.
 - c) O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), fortalece a regionalização e aborda a questão das relações interfederativas, propondo inovações como o Contrato Organizativo da Ação Pública.
 - d) Mais recentemente, a Lei Complementar 141/2012 definiu um valor percentual mínimo de aplicação das receitas tributárias de cada ente federativo em ações e serviços de saúde, sendo 15% para os Municípios, 12% para os Estados e 10% para a União.

8. Na seção reservada à Saúde, inscrita na Constituição Federal Brasileira existem cinco artigos que tratam de sua concepção e organização. Qual alternativa abaixo guarda relação direta com o conceito de determinantes sociais da saúde:
- a) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
 - b) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 - c) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
 - d) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
9. Sobre a Política Nacional de Humanização, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, e seus dispositivos, podemos dizer que a clínica ampliada é concebida como:
- a) Ação médica prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença.
 - b) Diagnóstico médico e de enfermagem para definir todo o tratamento para o paciente.
 - c) O serviço de saúde concentra-se no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento.
 - d) Compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, equilibrando o combate à doença com a produção de vida.
10. A humanização da atenção exige um diálogo qualificado não somente dentro das equipes de saúde, mas, também, entre equipes de serviços diferentes, sempre envolvendo os sujeitos que demandam os cuidados. Nesta direção, é contraditório afirmar, sobre a Clínica Ampliada:
- a) Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários e profissionais de saúde.
 - b) A atenção à saúde dos usuários é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde.
 - c) Fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários.
 - d) Aumento do grau de co-responsabilidade entre os sujeitos implicados na produção de saúde.
11. Sobre a integralidade da atenção à saúde e as previsões em lei para as políticas públicas de educação e de saúde (Ceccim, Feuerwerker; 2004) é possível afirmar que:
- a) As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, sem necessariamente focar no trabalho em equipe e na atenção integral à saúde.
 - b) A universidade pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social.
 - c) A educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais.
 - d) Diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho e da produção de conhecimento, não se faz necessário firmar uma política pública de mudança na graduação.
12. A Participação Social representa um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto seu estudo é imprescindível para a compreensão das políticas de saúde em nosso país. Dessa forma, é correto afirmar em relação à participação social no Brasil:
- a) A participação social no SUS é legalmente garantida pelos conselhos e conferências de saúde que interferem diretamente na política apenas em âmbito federal.
 - b) O orçamento participativo e os conselhos gestores são inovações no cenário político brasileiro. No orçamento participativo os sujeitos se organizam em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados

setores das políticas sociais. Já nos conselhos gestores os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos.

- c) A Constituição de 1988 garantiu a participação social por meio das duas instâncias apenas: eleições diretas e plebiscito.
- d) Nas décadas de setenta e oitenta a participação na saúde se fazia por meio de conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos.

13. Existem muitas concepções e sentidos para a participação e suas formas de efetivação. No que diz respeito à participação na saúde podemos afirmar que:

- a) A participação comunitária desponta no Brasil na década de setenta a partir de programas de extensão de cobertura preconizados por agências internacionais de saúde para a América Latina. Esses programas incentivam o aproveitamento do trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizavam a organização da comunidade como possibilidade de alcançar melhorias sociais.
- b) A proposta de participação popular substitui a categoria comunidade pela categoria povo entendida como a parcela da população organizada em associações, sindicatos e outros equipamentos sociais e nela a participação é preconizada no âmbito apenas do serviço de saúde.
- c) Participação Social, categoria que ganha força na década de oitenta, refere-se apenas à participação dos setores sociais excluídos e tem como categoria central a sociedade.
- d) No contexto da formalização da participação social do setor saúde no Brasil, o controle social é a expressão de mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos mesmo por meio de instâncias participativas.

14. Em relação às características dos sistemas fragmentados de atenção saúde (MENDES, 2011).

- I – Orientados para atenção as condições agudas e os eventos agudos decorrentes das agudizações das condições crônicas.
- II – Organizados por um contínuo de ação, com ênfase no cuidado profissional a partir de ações curativas e reabilitadoras.
- III – Planejamento baseado na capacidade de oferta de serviços de saúde.

Assinale a alternativa correta:

- a) I e II estão corretas
- b) I e III estão corretas
- c) II e III estão corretas
- d) I, II e III estão corretas

15. Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde (RAS) são:

- a) Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde articulados em níveis crescentes de complexidades tecnológicas.
- b) Organizações hierárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.
- c) Organizações hierárquicas de conjunto articulado de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral de indivíduos.
- d) Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

16. Em relação aos diálogos entre a educação popular, movimentos sociais e o setor saúde é correto afirmar que:

- a) O Movimento Popular de Saúde (MOPS) surge na década de 80 na Zona Leste de São Paulo com o fim da ditadura militar com a perspectiva de oferecer assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares e como instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.
- b) A Rede de Educação Popular e Saúde surge no início dos anos setenta, por iniciativa de profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde.

- c) Existem dificuldades de gestores e mesmo setores progressistas do Movimento Sanitário em compreender a lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais no enfrentamento dos problemas de saúde que acontecem fora dos espaços institucionais formais, ou seja, dos conselhos e conferências de saúde. Esta lógica dos movimentos muitas vezes se choca com a lógica e o ritmo dos gestores.
 - d) Existem algumas iniciativas de governos municipais ou estaduais na utilização da metodologia da Educação Popular como instrumento de fortalecimento da participação popular nos serviços, no entanto não existe ainda um saber significativo sobre as possibilidades de utilização desta metodologia como instrumento de gestão de políticas sociais.
17. O PBL (*Problem-Based Learning*) é uma abordagem educacional desenvolvida inicialmente no Canadá, EUA e Holanda que se propõe a criar alternativas ao modelo de ensino em saúde tradicional baseado em disciplinas, procurando substituí-las pelo estudo de problemas concretos de forma interdisciplinar e cooperativa. Uma das contribuições da educação popular a esta proposta pedagógica pode ser:
- a) Articular os problemas à realidade social ofertando soluções definitivas que transformem a realidade em suas várias dimensões.
 - b) Contextualizar os problemas a serem debatidos de forma que, na América Latina, essa abordagem assuma características transformadoras, criando possibilidades de uma prática sanitária baseada num processo contínuo de ação e reflexão capaz de romper com as práticas medicalizadoras e higienistas e constituir-se ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.
 - d) Não há diálogos possíveis entre as duas abordagens já que o PBL está voltado apenas para a análise de práticas individuais e ações medicamentosas.
18. Sobre os Sistemas de vigilância é correto afirmar:
- a) O sistema de farmacovigilância é um instrumento de saúde pública voltado exclusivamente para avaliação dinâmica do risco de eventos adversos aos imunobiológicos.
 - b) A vigilância de traumas e lesões tem como foco o monitoramento dos acidentes fatais classificados como intencionais atendidos nos hospitais de urgência e emergência.
 - c) A Vigilância ambiental requer a coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e seu desfechos, sendo como um de seus pressupostos a capacidade de estabelecer associação entre uma exposição ambiental específica e um evento adverso a saúde.
 - d) A vigilância de doenças crônicas é uma estratégia utilizada apenas nos países desenvolvidos uma vez que os sistemas de vigilância dos países em desenvolvimento ainda são frágeis e pouco estruturados.
19. Os Sistemas de Vigilância são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças que ocorrem em situações inusitadas, monitorizar e avaliar riscos à saúde e intervenções. Tem sido desenvolvidas, conforme se vê em Waldman (2009), novas aplicações da vigilância, tais como: vigilância de tecnologias médicas, vigilância ambiental, de traumas e lesões, de doenças crônicas e vigilância para resposta global a doenças emergentes. Marque a alternativa em que apareçam no enunciado, em conformidade com a literatura indicada, aspectos de **vigilância ambiental** e **vigilância de doenças crônicas**, respectivamente:
- a) Requer coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e desfechos; Tem merecido atenção somente em regiões desenvolvidas, apesar das taxas de mortalidade e incapacidade permanente por esse grupo de causas serem mais elevadas nas nações não industrializadas.
 - b) Monitoramento da incidência, causas e circunstâncias em que ocorrem casos fatais e não fatais que podem ser classificados em não intencionais e intencionais; Pontos críticos para a vigilância de doenças não infecciosas são avaliações confiáveis da magnitude da morbimortalidade.
 - c) Os desfechos de saúde de interesse podem ser tanto óbitos como doenças, os riscos abrangem os agentes, físicos e biológicos encontrados no ar, água, solo e alimentos; A vigilância desempenhou papel importante nos EUA para identificação da obesidade como prioridade em saúde pública permitindo documentar a epidemia e mensurar a efetividade de intervenções.
 - d) Contribuir para a avaliação do benefício, dano e risco de medicamentos; Resulta de um esforço internacional de integração de serviços de saúde, vigilância e instituições de pesquisa.

20. O objetivo da vigilância não abrange somente a coleta de dados sobre específicos eventos adversos à saúde e sua transformação em informações úteis. Segundo a literatura indicada (WALDMAN, 2009) o uso da vigilância em determinado sistema de saúde deve ter alguns objetivos. O único objetivo que NÃO está descrito na literatura é:
- a) Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.
 - b) Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.
 - c) Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
 - d) Manter desconfiança de novas práticas de sistemas de vigilância assegurando os instrumentos metodológicos consolidados.
21. Em relação ao modelo explicativo sobre a “história natural do processo saúde e doença” de Leavell & Clark é correto dizer que:
- a) Foram os primeiros a utilizar o conceito de Promoção da Saúde, quebrando o modelo hegemônico.
 - b) A Promoção da Saúde é considerada, neste modelo, uma ação de prevenção primária, relacionadas ao período pré-patogênico, momento em que a doença ainda não iniciou seu processo.
 - c) O modelo de Leavell e Clark foi inovador porque considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho na inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde da população.
 - d) O modelo de Leavell e Clark segue até hoje como o melhor modelo explicativo para se compreender as medidas de Promoção da Saúde.
22. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, elaborou a Carta de Ottawa, considerada o documento mais importante como marco conceitual da Promoção da Saúde. Nesta Carta estão definidos os campos de ação da Promoção da Saúde, fundamentais para nortear as estratégias de Promoção da Saúde. Quais são eles:
- a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de estratégias preventivas para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
 - c) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Elaboração de estratégias de mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
23. A construção histórica do que é e do que não é Atenção Primária à Saúde teve início em 1966 nos EUA e o seu conceito é parte importante da introdução da Declaração de Alma-Ata (1978), de documentos da Espanha (1984) e Cuba (1984), das publicações de Bárbara Starfield (1992, 1998, 2002) além de outros documentos. Marque a alternativa abaixo que contém o que se lê nestas publicações.
- I- Nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns e, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.
 - II- Nível de atenção independente sem inter-relação com os outros serviços e unicamente da responsabilidade do setor saúde.
 - III- Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados.
 - IV- Estratégia caracterizada pela soma de conteúdos e habilidades provenientes das diferentes especialidades médicas, utilizadas para a prestação de serviços aos pacientes no primeiro nível de atenção e, que se reduz a utilização de pessoas da comunidade capacitadas para prestar uma atenção elementar.
 - V- Inclui outros setores, é organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária.

Com base nestas descrições e em sua opinião, assinale a alternativa correta:

- a) Somente II, IV, e V caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
 - b) Todas as descrições caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
 - c) Somente I, III e V caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.
 - d) Todas as descrições caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.
24. Sobre os antecedentes do “Programa de Saúde da Família” no âmbito das reformas assistências no Brasil aponte a única alternativa correta:
- a) A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991.
 - b) A partir do PACS começou-se a enfocar as populações pobres como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) a família nuclear burguesa, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por áreas de risco e vulnerabilidade).
 - c) Por força do PACS, em 1991, o ministério foi obrigado a institucionalizar, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma sistemática e articulada pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em diversas regiões do País -liderados pelo Ceará, que já havia construído política estadual.
 - d) Pode-se afirmar que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado forma de um Programa Nacional, ele se constituiu, conseqüentemente, como mais um programa vertical do Ministério da Saúde e uma ação paralela ao sistema de saúde.
25. A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. No Brasil a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. Sobre a Portaria é correto afirmar:
- a) Os NASF se constituem como serviços com unidades físicas independentes da atenção primária, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde.
 - b) As equipes de saúde da família trabalham em um território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.
 - c) A APS tem como diretriz norteadora coordenar a integralidade da assistência, buscando a integração de ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades sendo vedado o atendimento a demanda espontânea, que se configura como ação das Unidades de pronto Atendimento (UPAS).
 - d) Com a nova Política Nacional de Atenção Básica o Brasil passa adotar o termo atenção primaria para poder ter parâmetro de comparabilidade com os demais países que considera o termo Atenção Básica pautada em concepções centrada exclusivamente na prevenção de doença e promoção da saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. De acordo com a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, é um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:
- a) Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
 - b) Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção.
 - c) Garantir a participação 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.
 - d) Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.

27. O Art. 8º da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 coloca que a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará por meio de quatro fases:

- I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial;
- II - Adesão e diagnóstico;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e
- IV - Qualificação dos componentes.

Marque a alternativa em que a fase está caracterizada corretamente:

- a) I – realização de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados secundários e dimensionamento da demanda assistencial.
 - b) II – apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios; e avaliação da matriz diagnóstica.
 - c) III – avaliação da matriz da Rede de Atenção Psicossocial; e contratualização pela União dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.
 - d) IV – realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.6º desta Portaria; e o cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede.
28. De acordo com o Art. 2º da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, constitui-se uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
- a) Respeito aos direitos humanos, garantindo a participação das pessoas nos serviços de saúde.
 - b) Promoção da integralidade, reconhecendo as dificuldades da comunidade.
 - c) Prevenção de estigmas e preconceitos.
 - d) Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

29. As políticas públicas da área da Saúde Mental, especificamente no segmento da saúde mental de crianças e adolescentes, fazem-se reger por claros princípios. Relacione as colunas e assinale a alternativa correta:

COLUNA 1: PRINCÍPIOS	COLUNA 2: CARACTERÍSTICAS
I – Acolhimento Universal II – Encaminhamento implicado III – Construção permanente da Rede IV – Território V – Intersetorialidade na ação do cuidado	A – Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso. B – É uma das categorias nacionais mais importantes do campo da Saúde Mental. Podemos entendê-lo como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. C – Este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida. D – Um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Caps e Caps, ambulatorios, hospitais, PSFs, etc.), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros. E – Exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino.

- a) I-C; II-E; III-A; IV-B; V-D
- b) I-E; II-C; III-D; IV-A; V-B
- c) I-D; II-B; III-C; IV-E; V-A
- d) I-A; II-D; III-B; IV-C; V-E

30. Os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenis, em particular os de base territorial e voltados para a atenção intensiva, devem seguir algumas diretrizes operacionais em suas ações de cuidado. Marque a alternativa que contém a diretriz correta:

- a) Reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o portador de uma necessidade especial, implicando uma necessária ação de acolhimento.
- b) Garantir a co-responsabilização do agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha.
- c) Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social.
- d) Assumir a responsabilidade pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda.

31. Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por:
- a) Instituições, em geral de caráter público, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.
 - b) Instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.
 - c) Instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram uma das diversas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.
 - d) Instituições, em geral de caráter público, que por um curto período de tempo, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.
32. (COSTA-ROSA, A.; ALUISIO, C. A.; YASUI, S. 2003) O termo APOIO surge no contexto de algumas práticas da Reforma Psiquiátrica que têm sua origem fundamental na Psiquiatria Democrática Italiana. Nesse contexto, tem-se com frequência:
- a) Criticado a utilização do conceito de clínica a ponto de parecer que se pretende a sua exclusão, e substituição por práticas que enfatizam a produção e a reprodução do cotidiano dos usuários.
 - b) Ampliado a concepção de clínica para que sua exclusão seja feita de maneira gradativa e sem prejuízos aos serviços de saúde.
 - c) Reduzido a prática clínica, com a consequente substituição por práticas que enfatizam a produção e a reprodução do cotidiano dos usuários.
 - d) Criticado a exclusão súbita da clínica e a inclusão de práticas baseadas no apoio.
33. Complete a frase e marque a alternativa correta:
- Amarante (1996: 88-89) aponta que o processo da _____ em Basaglia é fundado na noção de institucionalização como um complexo de “danos” decorrente da submissão do doente _____, de forma compulsória e por tempo _____, ao autoritarismo e à coerção do manicômio e do modelo _____.
- (COSTA-ROSA, A.; ALUISIO, C. A.; YASUI, S. 2003. p. 27)
- a) Desinstitucionalização; internado; determinado; psicossocial.
 - b) Institucionalização; internado; determinado; da psiquiatria.
 - c) Desinstitucionalização; internado; indeterminado; da psiquiatria.
 - d) Desinstitucionalização; em liberdade; determinado; psicossocial.
34. Sobre Reabilitação no texto de COSTA-ROSA, A. E ALUISIO, C. A.; YASUI, S. (2003), julgue cada sentença como Verdadeira (V) ou Falsa (F) e marque a alternativa correta:
- () Em uma primeira tentativa de especificar mais a natureza das ações reabilitadoras, a OMS tenta definir os sujeitos dessas ações entre os moradores crônicos dos Hospitais Psiquiátricos, e os milhares de desabilitados que se vão produzindo às margens da sociedade desigual.
 - () O prefixo ‘Re’ evoca um movimento de retorno, uma volta ao estado anterior, a mesma que é tão cara ao paradigma médico doença-cura.
 - () Considera-se que a desabilidade essencial ocorre por falta de poder contratual, que envolve três cenários de vida: habitat, cenário e trabalho; ou seja, não pode haver reabilitação sem aumentar o poder de realização de trocas afetivas, materiais e de mensagens.
- a) V; F; V.
 - b) V; V; V.
 - c) F; V; F.
 - d) F; F; V.

35. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira aponta para diversos avanços alcançados, no entanto ainda apresenta desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Considerando as idéias de Alverga e Dimenstein (2006), a afirmativa correta que representa os principais desafios e impasses é:
- a) O desafio de ampliar os leitos psiquiátricos para oferecer assistência 24 horas aos usuários.
 - b) Aumento da demanda em saúde mental exclusiva de usuários de álcool e outras drogas.
 - c) Qualificar o cuidado e a formação profissional para que se desenvolvam práticas inovadoras e resolutivas.
 - d) Diminuir consideravelmente os investimentos nos serviços substitutivos de atenção psiquiátrica do Sistema Único de Saúde.
36. O enfoque sócio cultural da Reforma Psiquiátrica é estruturador por conceber a reforma como um movimento social mais amplo onde “as formas de opressão e de exclusão contra as quais lutamos, não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mas exigem uma reconversão global dos processos de socialização” (p.261), que se expressa diretamente na(o):
- a) Aceitação da loucura, mas não em todas as suas formas de expressão.
 - b) Apego às formas de institucionalização do social.
 - c) Desconstrução cotidiana e interminável das formas de dominação.
 - d) Sujeição ao modo capitalista sob pena de não desenvolver a reabilitação psicossocial.
37. As novas modalidades de cronificação dos usuários, presentes nos atuais serviços, pode ser identificadas a partir dos seguintes aspectos:
- a) Baixa resolutividade dos casos atendidos e consequente diminuição da concessão de alta destes usuários pelo serviço.
 - b) O aumento dos projetos de reinserção social através do incentivo de usuários na participação de atividades no território.
 - c) A diminuição do número de profissionais.
 - d) O elevado número de usuários que conseguem retornar à convivência familiar e comunitária em seu território.
38. Para que a reabilitação psicossocial alcance o objetivo da desinstitucionalização, em toda a sua amplitude, faz necessário considerar que:
- a) O acesso aos serviços de saúde já é uma grande conquista de cidadania para os usuários.
 - b) A exclusão sofrida pelos loucos tem dimensões estruturais e por isso se localiza no modo de organização social que rejeitou, e ainda rejeita, formas de vida que não se adequam a formas racionais e um padrão de “normalidade”.
 - c) A elaboração de portarias e legislações apresentando o acesso aos direitos garantem, sem nenhum esforço, a cidadania dos usuários.
 - d) O usuário deve ser tomado em sua individualidade deixando em segundo plano as dimensões sociais que o atravessam.
39. Sobre as diretrizes no âmbito do SUS para os usuários de álcool e outras drogas analise as seguintes afirmações:
- I - As ações devem se orientar pela lógica do isolamento do usuário de seu contexto e pela imposição da abstinência em qualquer circunstância.
 - II - As ações devem considerar a internação como única alternativa de abordagem para o problema.
 - III - As ações devem ser estruturadas em serviços mais próximos do convívio social dos usuários.
 - IV - Os princípios da lógica da redução de danos e do território são desnecessários para esta questão.

Desse modo estão corretas as afirmações:

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

40. O aprimoramento da atenção aos usuários de álcool e outras drogas depende, entre outras necessidades:

- I - Da ampliação da rede de atenção.
- II - De intervenções pontuais e aleatórias de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.
- III - Ampliação do acesso com desenvolvimento de dispositivos que ofertem cuidados a usuários historicamente desassistidos, como os moradores de rua.
- IV - Trabalhar de maneira interna nos serviços buscando resolver todas as demandas no próprio serviço.

Estão corretas as afirmações:

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

41. A respeito da caracterização dos usuários de crack segundo informações mais recentes é correto afirmar que:

- a) Não existem vulnerabilidades percebidas como agravos físicos e de abuso sexual nas mulheres usuárias de crack.
- b) O consumo de crack em mulheres pode associar-se ainda com prostituição, que implica no aumento de riscos adicionais.
- c) O critério gênero não apresenta nenhum diferencial na caracterização do perfil deste usuários.
- d) Usuários que tem vinculação maior com instituições como família, escola e inserção no mercado formal apresentam menores possibilidades de proteção e cuidado.

42. A respeito da atenção a usuários de crack no âmbito do SUS analise as afirmações abaixo:

- I - O CAPS ad é o dispositivo central e exclusivo de atendimento dos usuários de álcool e outras drogas não havendo a necessidade de articulação de outros pontos da rede.
- II - A função dos demais serviços da rede SUS é realizar encaminhamentos para que as demandas do usuário sejam atendidas no CAPS.
- III - Cada serviço deve organizar sua clientela de modo que não haja interferência de outros pontos da rede de atenção psicossocial.
- IV - Embora o CAPS AD seja um dispositivo estratégico para atender os usuários de álcool e outras drogas é de responsabilidade dos demais serviços, inclusive da rede de atenção básica, estar atuando na promoção de cuidados para este usuário.

Estão corretas as afirmações:

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

43. Sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas em locais onde não existem CAPS AD analise as seguintes afirmações:

- I - Existe, erroneamente, a percepção de que os CAPS AD consistem no único recurso de atenção a usuários de crack, causando, em muitas ocasiões, uma barreira de acesso destes usuários aos CAPS I e II.
- II - Em municípios que dispõem de CAPS I e II essa atenção não é prestada visto não ser de sua competência.
- III - Deve ser solicitado a implantação de um hospital psiquiátrico específico para usuários de álcool e outras drogas.
- IV - Em municípios onde não há CAPS AD, o CAPS tipo I ou II podem assumir algumas funções de cuidado como realizar o acolhimento, apoio a familiares, exceto ações de desintoxicação e de tratamento de abstinência leve, que devem ser feitas em articulação com a atenção básica.

Estão corretas as afirmações:

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

44. De acordo com LOBOSQUE (2011), podemos afirmar corretamente sobre a concepção das redes de cuidado:
- a) Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam centralizadas no saber psiquiátrico.
 - b) Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam centralizadas.
 - c) Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes não devem estender-se na tessitura do espaço social.
 - d) Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam descentralizadas.
45. No texto “O movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e os Direitos Humanos dos portadores de transtornos, o autor expressa que o marco do processo de desinstitucionalização é a década de 80, identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que se articula com diversos campos. Entre estes campos se destacam as seguintes dimensões:
- a) Técnico-Educacional, político-jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual.
 - b) Político-jurídico; técnico-assistencial, teórico-conceitual, sociocultural.
 - c) Técnico-assistencial; teórico-conceitual. Técnico normativo, sociocultural.
 - d) Teórico-conceitual; situacional, pragmático, estratégico.
46. A luta pela reforma psiquiátrica se liga às estratégias de difusão e ampliação das inovações institucionais construídas no campo da saúde mental. No interior desse movimento visualiza-se as associações de usuários e familiares, bem como os movimentos sociais que tem como bandeira a luta antimanicomial. Em qual aspecto o movimento de luta antimanicomial tem contribuído para a efetivação da Reforma Psiquiátrica:
- a) Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental de base comunitária.
 - b) Para o fortalecimento da Política Estadual de Humanização.
 - c) Para a luta em defesa da ampliação dos leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos.
 - d) Para o fortalecimento da humanização dos manicômios.
47. De acordo com Ana Marta Lobosque (2011) os pontos essenciais para a vitalidade da Reforma Psiquiátrica são:
- a) A concepção das redes de cuidado, as questões relativas à formação e a privatização da assistência.
 - b) A concepção das redes de cuidado, as questões relativas à formação, a relação da Reforma com os movimentos sociais.
 - c) A concepção das redes de cuidado, as questões relativas à formação e a criminalização dos movimentos sociais.
 - d) A concepção das redes de cuidado, as questões relativas à formação, a centralidade exclusividade do cuidado no CAPS.
48. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira aponta para diversos avanços alcançados, no entanto ainda apresenta desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Considerando as ideias de Alverga e Dimenstein (2006), alguns desses desafios e impasses são:
- a) A forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica.
 - b) A forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; diminuição da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica.

- c) A forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas desnecessária, dos gastos com atividades comunitárias.
- d) A forma de alocação de recursos financeiros do SUS e o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos; aumento da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas desnecessária, dos gastos com atividades comunitárias.

49. Dentre os princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental de crianças e adolescentes podemos citar:

- a) Manutenção de instituições filantrópicas e privadas como recurso central na oferta de cuidado.
- b) Instituições com características asilares operando através da reclusão de crianças e adolescentes.
- c) Operar uma leitura moralizante dos problemas apresentados pelas crianças.
- d) Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos garantindo que suas demandas sejam acolhidas e respeitadas.

50. A lacuna histórica da assistência à saúde de crianças e adolescentes pelo Estado brasileiro se deu de maneira que:

- a) Houve, desde sempre, um grande investimento e uma quantidade suficiente de dispositivos de assistência a crianças e adolescentes.
- b) Percebemos uma negligência com relação a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais.
- c) Houve um reconhecimento do sucesso efetivo das práticas das asilares e higienistas.
- d) Os modelos de atenção produzidos funcionaram, desde sempre, de maneira intersetorial e integradora.