



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2023**

25/09/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Terapia Ocupacional), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h30. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
- (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
- (B) Ao passo que.
- (C) Mesmo que.
- (D) Por ora.
- (E) Desse modo.

07

Analisar o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
- (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
- (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
- (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
- (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
- (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
- (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
- (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

TERAPIA OCUPACIONAL

16

A Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013, estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. Conforme essa Resolução, o terapeuta ocupacional tem o dever de

- (A) prescrever e executar tratamentos terapêutico e medicamentoso, amparados nos princípios bioéticos de beneficência e não maleficência, visando aumento da funcionalidade e participação do usuário.
- (B) assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica.
- (C) reportar os casos omissos à Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais para que este órgão possa atuar nas situações de inobservância dos princípios éticos e firmar jurisprudência.
- (D) contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade e dignidade, induzindo a convicções políticas, filosóficas, morais e ideológicas.
- (E) cobrar honorários por assistência realizada a usuários em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, visando garantia do direito à justa remuneração por seus serviços profissionais.

17

Segundo o documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional” (AOTA, 2015), o processo de intervenção consiste nos serviços especializados prestados por profissionais de terapia ocupacional em colaboração com os clientes para facilitar o envolvimento em ocupações relacionadas à saúde, bem-estar e participação. Os profissionais usam os princípios teóricos e as informações sobre os clientes acumuladas durante a avaliação para dirigir a intervenção centrada na ocupação. A intervenção é então fornecida para ajudar os clientes a alcançarem um estado de bem-estar físico, mental e social, para identificar e realizar aspirações, para satisfazer as necessidades e também para mudar ou enfrentar o ambiente. Identifica-se a advocacia como um dos tipos de intervenções de terapia ocupacional, segundo o documento da AOTA (2015). Assinale a alternativa que exemplifica uma intervenção do terapeuta ocupacional do tipo advocacia:

- (A) Fazer exercícios de fortalecimento de mão usando massa terapêutica, bandas elásticas, exercitadores e prendedores de roupa.
- (B) Fazer parte de conselho político de uma organização para possibilitar o acesso a moradia para pessoas com incapacidades.
- (C) Instruir o cliente no uso de dispositivo eletrônico portátil e aplicativos para auxiliar a gerenciar suas atividades semanais e medicamentos.

- (D) Oferecer orientação sobre modificações na casa e nas atividades para o cônjuge ou familiares da pessoa com demência visando máxima independência.
- (E) Oferecer orientação para as pessoas com problemas de saúde mental e seus familiares sobre os fatores psicológicos que influenciam nas ocupações.

18

Em resposta às pressões governamentais e sociais pelo estabelecimento de parâmetros que pudessem aferir o impacto e a qualidade dos serviços oferecidos por terapeutas ocupacionais, além de justificar sua inclusão no bojo dos serviços públicos de saúde, a Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais publicou, em parceria com diversos colaboradores, as diretrizes da “Terapia Ocupacional Centrada no Cliente”. Tais diretrizes

- (A) devem ser desenvolvidas em sete estágios distintos, tomando o sujeito como responsável pelo seu adoecimento e, conseqüentemente, protagonista e beneficiário do seu processo de cuidado.
- (B) adotam a narrativa como fio condutor da avaliação inicial, evidenciando aspectos significativos que darão subsídios para construção e validação do projeto terapêutico.
- (C) preconizam que, após formalização de contrato, o Terapeuta, tendo avaliado a performance ocupacional e os recursos disponíveis, traça um plano de ação a ser desenvolvido pelo cliente.
- (D) consideram irrelevante a definição temporal para o desenvolvimento e reavaliação do projeto terapêutico, dado que cada processo é singular e os ritmos individuais devem ser respeitados.
- (E) pressupõem a avaliação das áreas, componentes e contextos de desempenho ocupacional com foco nas fragilidades encontradas, que serão centrais no projeto terapêutico.

19

O artigo de Bastos, Mancini e Pyló (2010) aponta que mudanças em curso no cenário socioeconômico mundial têm repercutido na atuação dos profissionais da área da saúde, acarretando a necessidade de maior sistematização de sua prática. O uso de medidas mais objetivas e psicometricamente mais rigorosas para informar sobre o estado e evolução do cliente durante o processo terapêutico adquiriu particular importância. Neste contexto, coloca-se a relevância da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), considerada uma medida de resultados. Sobre a COPM, é correto afirmar:

- (A) O objetivo da COPM é avaliar o desempenho do cliente para a realização de atividades básicas de vida diária, por serem consideradas aquelas que predispõem à fragilidade, permitindo ao terapeuta mensurar o grau de autonomia e independência e a perda da capacidade funcional.
- (B) A singularidade obtida pelos resultados da aplicação da COPM e a facilidade de mensuração dos níveis de

funcionamento social na clientela de saúde mental fazem com que seja vasta e abrangente a literatura relacionada à aplicação da COPM na área de saúde mental.

- (C) A COPM tem como finalidade mensurar mudanças na percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional ao longo do tempo, bem como mudanças em sua satisfação com esse desempenho, enfatizando os problemas e necessidades dos clientes de forma individual.
- (D) A utilização de instrumentação validada e padronizada na atuação clínica com clientes de saúde mental é facilitada pelo perfil dessa população, sendo que os clientes que apresentam déficit cognitivo ou quadro de sofrimento mental agudo facilitam a aplicação da COPM.
- (E) A COPM é administrada por meio de um questionário estruturado com atividades previamente definidas e, devido a esse formato, permite que os indivíduos identifiquem atividades de importância que consideram de difícil execução em um contexto de adoecimento.

20

Segundo Luzo, Mello e Capanema (2004), múltiplos fatores devem ser considerados na prescrição de tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional, dada a complexidade envolvida neste processo. Os fatores psicossociais, apesar de serem frequentemente desconsiderados no processo de prescrição, são de extrema importância para o uso eficiente da tecnologia. Considerando os fatores psicossociais apontados por Luzo, Mello e Capanema (2004), assinale a alternativa correta quanto ao processo de prescrição de tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional:

- (A) A tecnologia assistiva é prescrita com parâmetros estéticos e culturais, em conformidade com os desejos, necessidades e escolhas do usuário, visando a docilização dos corpos.
- (B) O foco da prescrição de tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional se dá nas atividades que o sujeito tem dificuldade de realizar, tendo o capacitismo como diretriz norteadora.
- (C) A prescrição de tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional implica generalizações, pois a incapacidade é condição homogênea e determinante na participação social dos sujeitos.
- (D) As tecnologias assistivas são recursos de cuidado às pessoas que adquirem uma incapacidade, na medida em que a normalização dos corpos é atributo desejável no processo terapêutico.
- (E) O impacto social do uso da tecnologia assistiva e as particularidades físicas, cognitivas e emocionais do sujeito são aspectos a serem considerados na prescrição de tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional.

21

O conceito de incapacidade, bem como o cuidado à população acometida, são pautas recorrentes na prática dos terapeutas ocupacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, é correto afirmar:

- (A) O acesso da população com alguma incapacidade a serviços sociais e de saúde é pleno. No caso do Brasil, trata-se de direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e assegurado pelos Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social.
- (B) A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde reforça o aspecto relacional do conceito de incapacidade, em consonância à Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.
- (C) A incapacidade é uma condição decorrente da deficiência que, por conseguinte, coloca o indivíduo em situação de desvantagem. Uma das principais desvantagens refere-se à participação ativa da população incapacitada no mercado de trabalho.
- (D) Ainda que a incapacidade atinja todas as faixas etárias, destaca-se a População Economicamente Ativa (PEA), dada a situação de violência e os graves acidentes de trânsito e de trabalho vivenciados por esta população.
- (E) Considera-se a incapacidade enquanto acometimento individual, de baixo impacto social. A construção de Políticas Públicas específicas à população acometida é desejável, mas pouco efetiva, dada a natureza da problemática.

22

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população. Tal situação agrava-se pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Diante desses desafios, torna-se imprescindível inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. As diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS estão dispostas na Portaria 4.279 (Brasil, 2010). Segundo essa Portaria, é correto afirmar sobre a RAS:

- (A) Sua organização ocorre a partir de serviços de saúde de densidade tecnológica dura que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade e equidade do cuidado.
- (B) Tem a unidade ambulatorial especializada como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema de saúde para organizar o processo de regionalização, atenção comunitária e integralidade das ações.

- (C) Sua implementação ocorre por meio de relações hierarquizadas entre os pontos de atenção, com gestão democrática e com participação organizada e intermitente dos usuários e da comunidade no controle social.
- (D) Sua organização exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde.
- (E) Tem o hospital como ponto de atenção para a centralidade na coordenação do cuidado e dos mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores, financiadores e os prestadores de serviço.

23

Dada a complexidade da condição de saúde das pessoas e considerando as mais diversas perspectivas e tecnologias de cuidado existentes, as 14 profissões da área da saúde são fundamentais para concretização dos princípios e diretrizes de toda e qualquer política preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) Os processos de trabalho, fluxos e acesso dos usuários aos serviços estão previstos nas políticas e pouco se constroem na relação interprofissional e no trabalho em equipe.
- (B) Os interesses dos usuários, assim como os dos profissionais, devem ser considerados na construção das propostas de cuidado institucionais e no delineamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) O fazer cotidiano e a construção da comunicação intra e interinstitucional, através dos profissionais e respectivas equipes é o que faz a Rede Social e de Saúde se conectarem.
- (D) A coordenação do cuidado é de responsabilidade do usuário e sua família, desenvolvidas com apoio de práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.
- (E) A interprofissionalidade é fortemente contemplada nas graduações em saúde. Logo, prescinde-se da criação de condições favoráveis à valorização e retenção das equipes.

24

Dentre os princípios e parâmetros para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2015), o acolhimento é entendido como uma grande janela de oportunidades. A respeito do acolhimento, é correto afirmar:

- (A) É considerado como referência na construção de boas práticas em saúde, e, no caso da população usuária de álcool e outras drogas, está vinculado à exigência de frequência diária e à abstinência.
- (B) Antes de acolher o usuário, deve ser verificado se ele possui cartão SUS. A ausência deste acaba por inviabilizar a acessibilidade e, portanto, o acolhimento do usuário ao serviço.
- (C) A escuta qualificada, presente nos processos de acolhimento, potencializa a organização das ações e a

realização da promoção de saúde, ainda que esta prática pouco favoreça a avaliação do caso.

- (D) Sugere-se que os serviços organizem um rodízio entre os profissionais para a realização do acolhimento e, se possível, ele deve ser realizado em dupla, dada a complexidade dos casos.
- (E) É importante preservar o lugar de fala para o usuário e garantir, ao máximo, sua privacidade. Isso significa que os acolhimentos à família devem ser realizados com a participação deste.

25

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Para ampliar o escopo da ESF, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Sobre o Nasf, é correto afirmar:

- (A) O apoio matricial, central na proposta dos Nasf, é prestado por um conjunto de profissionais da equipe de referência que têm relação direta e cotidiana com o usuário e que deverão acionar uma rede assistencial de apoio especializado nos casos a serem matriciados.
- (B) O Nasf busca superar a fragmentação da saúde para a construção de redes de atenção, de forma que os profissionais do Nasf assumam suas responsabilidades desvinculados das equipes de Saúde da Família e sob a coordenação compartilhada com o gestor local.
- (C) O Nasf vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação, e deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.
- (D) O Nasf é constituído por equipes de Saúde da Família de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em conformidade com os princípios da equidade e integralidade, com foco em ações no território adscrito sob responsabilidade do serviço hospitalar de referência.
- (E) O apoio matricial prestado pela equipe de referência aos profissionais do Nasf é realizado por meio do suporte técnico-pedagógico, dimensão do trabalho que produz ação clínica direta com os usuários para a melhoria de indicadores de resultado das intervenções em saúde.

26

É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Contém quatro movimentos: 1) Definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações é a escolha de um profissional de referência e geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão; 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

A definição apresentada refere-se ao conceito de:

- (A) Análise da Atividade Terapêutica.
- (B) Projeto Terapêutico Singular.
- (C) Método Terapêutico Dinâmico.
- (D) Continência Terapêutica.
- (E) Atenção Terapêutica Comunitária.

27

Constituem-se, respectivamente, como diretrizes e objetivos da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PORTARIA Nº 3.088/2021):

- (A) Respeitar os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral.
- (B) Homogeneizar as estratégias de cuidado; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
- (C) Promover estratégias de educação permanente; descentralizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;
- (D) Priorizar serviços de base territorial e comunitária; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores quantitativos de produção.
- (E) Promover igualdade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; produzir e ofertar informações sobre direitos, medidas de prevenção, cuidado e serviços disponíveis na rede.

28

Com a intenção de qualificar a discussão de aspectos relacionados ao uso, ao abuso e à dependência de drogas, além de promover o suporte necessário para a atenção neste campo, o Ministério da Saúde publicou o “Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD” (2015). No documento, foram estabelecidos princípios e parâmetros para o cuidado dessa população. Sobre eles, pode-se afirmar:

- (A) Inicialmente, o usuário posiciona-se como interlocutor. Os técnicos estarão disponíveis para escutá-lo em suas prioridades, possibilidades e limites, coproduzindo o cuidado. Estabelecido o Projeto Terapêutico, o técnico se torna coordenador do processo.
- (B) A realização do diagnóstico situacional das necessidades de saúde e a identificação das prioridades para a área de saúde mental, álcool e outras drogas, são secundários na formulação de ações redutoras da vulnerabilidade dos usuários.
- (C) Tendo em vista que o tempo que o usuário demora para pedir ajuda é diretamente proporcional ao seu grau de sofrimento, recomenda-se que os serviços de saúde atuem de maneira discreta, permanecendo na retaguarda.
- (D) Dentre as múltiplas faces da acessibilidade enquanto princípio do cuidado, destacam-se a flexibilidade e rapidez na admissão e organização dos serviços, a baixa exigência e alta disponibilidade dos trabalhadores para estabelecer vínculo.
- (E) Sugere-se a compreensão do sofrimento como dimensão importante do usuário, vivido como ameaça, ruptura do sentimento de unidade e identidade. Neste caso, ele é gerado pela doença decorrente do uso de psicotrópicos.

29

Uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) é a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa. Em relação a essa diretriz da Política, é correto afirmar:

- (A) Os instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sociofamiliares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS.
- (B) A avaliação funcional individual determina a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pela atenção especializada do município.
- (C) A ação junto à pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no profissional e nos serviços de saúde e em suas necessidades e com o estabelecimento de fluxos unidirecionais.
- (D) As ações de cuidado deverão estabelecer ordem de priorização, iniciando-se pela atenção curativa e de reabilitação, e progressivamente ampliando-se para a prevenção, visando o aumento da qualidade de vida e de saúde.

- (E) A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem uniprofissional hierarquizada e que considere a interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam na funcionalidade e saúde.

30

Segundo Costa et al (2013), o campo da Saúde do Trabalhador constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional. A esse respeito, é correto afirmar:

- (A) O trabalho e o trabalhar, em sua maioria, acontecem situados num contexto institucional e muitos profissionais e equipes distintas estão envolvidos na concepção das tarefas, na avaliação das produções, na distribuição dos produtos e na interlocução com os parceiros.
- (B) Nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, serviço público que integra a Rede de Atenção à Saúde – RAS, atuam profissionais de diferentes especialidades, tais como médicos sanitaristas, engenheiros e terapeutas ocupacionais que, num esforço coletivo, tentam desenvolver ações em parceria com a Atenção Primária em Saúde.
- (C) O trabalho é um determinante social da saúde, objeto complexo e multifacetado, dado seus atravessamentos econômicos, legais, sociais, culturais e éticos. Sendo assim, a atuação conjunta entre diferentes serviços, setores sociais e profissionais, é essencial na construção de desfechos favoráveis para a atenção à saúde do trabalhador.
- (D) O trabalhador, sujeito histórico e socialmente situado, é protagonista do seu processo terapêutico neste campo e deve construir um itinerário que integre os vários serviços e profissionais que atuam em parceria com ele, incluindo chefias e colegas que compartilham a mesma situação laboral.
- (E) As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação são complementares e devem estar articuladas no cuidado a sujeitos individuais e coletivos. Para tanto, o princípio da interprofissionalidade é essencial, já que núcleos específicos de saber se articulam na construção desse grande campo de conhecimento e prática.

31

Segundo o Manual de procedimentos para os serviços de saúde sobre doenças relacionadas ao trabalho (2001), o reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores é desafiador. Além disso, há uma série de implicações e desdobramentos. Nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) A determinação do nexos causal entre adoecimento e trabalho é fundamental para que o trabalhador possa garantir o acesso a alguns direitos, como, por exemplo, a estabilidade no emprego. O médico perito previdenciário é parceiro chave neste processo.

- (B) A investigação das relações saúde-trabalho-doença pode acontecer tanto de forma individual quanto coletiva. Com os avanços das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, prescinde-se do trabalhador, o que minimiza a exposição do indivíduo repetidamente a constrangimentos.
- (C) Uma vez estabelecida a relação causal entre a doença e a atividade deve-se, imediatamente, afastar o trabalhador do seu posto de trabalho e realocá-lo em função compatível à realizada anteriormente.
- (D) No retorno ao trabalho, direito do trabalhador, é importante focar no resgate da capacidade funcional, de modo que seja possível desempenhar, com a maior autonomia e independência possíveis, as funções realizadas no momento pré-lesão.
- (E) Entre as principais dificuldades para o estabelecimento do nexos causal estão a ausência ou imprecisão na caracterização do potencial de risco da exposição e a narrativa do trabalhador, pouco linear e objetiva, aspecto que dificulta a reconstrução histórica do acidente.

32

Assinale a alternativa correta quanto aos objetivos da terapia ocupacional na promoção da sexualidade da pessoa idosa, segundo Melo (2007):

- (A) Estimular os idosos a se manterem realizando as posições sexuais que já estão habituados visando preservação de sua saúde física e de sua autoestima.
- (B) Ensinar o idoso que é necessário realizar atividade física intensa antes da realização da atividade sexual visando otimizar sua função cardiovascular.
- (C) Aumentar a consciência corporal do idoso e garantir, junto ao médico responsável, que haja condições clínicas estáveis para a atividade sexual.
- (D) Orientar os idosos quanto à necessidade de se evitar técnicas de conservação de energia pois estas diminuem o desempenho e a qualidade do ato sexual.
- (E) Ajudar o idoso a manter um relacionamento baseado na carência aumentando sua compreensão sobre seu corpo e desejos relacionados à sexualidade.

33

A Terapia Ocupacional tem por marco de seu surgimento como profissão a atuação em grandes hospitais. Assinale a alternativa correta sobre a história dessa profissão, segundo De Carlo, Bartalotti e Palm (2004):

- (A) Nos hospitais psiquiátricos, as primeiras concepções sobre o uso de ocupações como forma de tratamento na internação apareceram nomeados como socioterapia, técnica aplicada no tratamento de reabilitação psicossocial diante da cronificação dos doentes mentais pela inatividade nestas instituições.
- (B) No Brasil, as ocupações nos hospitais psiquiátricos no século XIX eram utilizadas como estratégias terapêuticas de laborterapia e, progressivamente, ampliaram-se para

estratégias de ambientoterapia e para a terapia realizada com doentes mentais agudos e crônicos por meio do uso de recursos disciplinares.

- (C) Durante a Segunda Guerra Mundial, já se identificava a necessidade de ocupações em hospitais civis e militares, tratamento inicialmente realizado nos Estados Unidos da América pelos auxiliares de reconstrução e que só passou a ser uma prática dos terapeutas ocupacionais na segunda década do século XX.
- (D) No início da década de 1950, surgiram os centros de reabilitação nos hospitais militares, os quais eram coordenados por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, profissionais responsáveis pelo encaminhamento do paciente para a reabilitação e pela prescrição, condução, desenvolvimento e alta do tratamento.
- (E) No Brasil, a prática da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares no século XIX era realizada pela ação com doentes agudos internados em hospitais gerais e visava a prevenção de deformidades e de reinternações, utilizando-se de recursos terapêuticos como o recreacionismo, laborterapia e tratamento moral.

34

As órteses são importantes recursos utilizados em Terapia Ocupacional. Assinale a alternativa correta sobre os diferentes tipos de órteses, segundo Luzo, Mello e Capanema (2004):

- (A) A órtese estática imobiliza uma posição específica, previne deformidades, aumenta os processos inflamatórios, promove o repouso articular e protege as estruturas.
- (B) A órtese seriada é utilizada para promover o alongamento tecidual e deve ser moldada com o tecido em seu comprimento máximo e usada por curtos períodos de tempo.
- (C) A órtese estática progressiva é eficaz em articulações com movimentos limitados e com pouca resistência no arco final e deve ser usada por curto período de tempo.
- (D) A órtese dinâmica inicia um movimento ativo e é utilizada para aplicar uma força de deformação por meio da tração contínua às estruturas ósseas e musculares.
- (E) A órtese articulada possui um componente móvel posicionado paralelamente ao eixo da articulação, possibilitando a mobilidade e a graduação do arco de movimento.

35

A classificação das próteses de acordo com suas características de construção e fonte de energia empregada podem auxiliar na comunicação entre cirurgião-ortopedista, técnico ortótico e terapeuta. Quanto a essa classificação das próteses, segundo Rodrigues, Cavalcanti e Galvão (2007), é correto afirmar:

- (A) A função da prótese estética, também chamada de prótese ativa, é de manter a estética do corpo e restaurar a funcionalidade do membro superior, sendo confeccionada com peso reduzido para favorecer a adaptação.
- (B) A utilização da prótese passiva ou de tração ocorre de forma concomitante com a prótese mioelétrica, visando favorecer a movimentação de rotação e flexão de tronco e o conforto do usuário nos casos de amputação da mão.
- (C) A recomendação da prótese mioelétrica considera sua vantagem financeira e de conforto para o usuário, pois tem bom aspecto externo, peso reduzido e um custo menor para aquisição quando comparada à prótese de tração.
- (D) A indicação da prótese mioelétrica, que tem funcionamento das partes por fonte de energia externa, requer que o usuário apresente comprovação clínica de satisfatório potencial da musculatura remanescente do coto.
- (E) A prescrição da prótese híbrida, que combina a prótese estética com o sistema mioelétrico, é indicada para usuários com amputações abaixo do cotovelo e que tenham funcionalidade reduzida de tronco, ombro e pescoço.

36

Na assistência em pediatria, o terapeuta ocupacional pode se utilizar da abordagem da integração sensorial e da abordagem do tratamento do neurodesenvolvimento. Sobre essas abordagens, segundo Motta e Takatori (2001), é correto afirmar:

- (A) A Integração Sensorial pressupõe intervenção indireta do terapeuta pois compreende que a criança, ao nascer, está pronta para integrar suas sensações, o que permite que ela possa participar da intervenção de forma passiva em um ambiente adequado ao seu estágio de desenvolvimento motor.
- (B) A Integração Sensorial compreende que existem ligações entre a entrada (*input*) motora e a saída (*output*) sensorial e que a integração das informações é um processo que ocorre desde o nascimento da criança até o estabelecimento das funções do sistema nervoso, que ocorre aos cinco anos de idade.
- (C) A abordagem do tratamento do neurodesenvolvimento busca favorecer o desenvolvimento normal pela estimulação dos reflexos primitivos, adaptação progressiva das posturas anormais, inibição das reações

de equilíbrio, realização de atividades significativas que visem o aumento da funcionalidade.

- (D) A abordagem do tratamento do neurodesenvolvimento preconiza o estímulo de posturas compensatórias, a realização de atividades sensório-motoras distais à linha média do corpo, a dissociação de movimentos corporais, a prevenção de contraturas e deformidades e o posicionamento anatômico.
- (E) A abordagem do tratamento do neurodesenvolvimento considera que as posturas básicas e os padrões de movimento são aprendidos para tornarem-se padrões funcionais e que o desenvolvimento ocorre por estágios que se relacionam com a aquisição das habilidades sensório-motoras.

37

No que se refere ao papel do Terapeuta Ocupacional na Atenção Primária, Reis, Gomes e Aoki (2012) destacam que a assistência às “diversas populações deve ocorrer a partir do que pode ser chamado de atenção terapêutica ocupacional básica, que é específica, mas não especializada. Isso quer dizer que a especificidade da profissão não é perdida, ao contrário, o raciocínio terapêutico é mantido e potencializado o tempo todo. O profissional não pode despir-se do mesmo, pois este tem muito a contribuir para a equipe, para os usuários e para o território. O que não se pode confundir é a atenção específica da profissão com a especializada, realizada em outros níveis de atenção” (p. 147). A partir desse trecho, é correto afirmar:

- (A) Os terapeutas ocupacionais são profissionais especializados na atenção básica, e o raciocínio clínico que adotam é correspondente a este cenário de prática.
- (B) O raciocínio clínico em terapia ocupacional na atenção básica é especializado, já que as populações são múltiplas e com necessidades de saúde complexas.
- (C) Os terapeutas ocupacionais atuam em vários cenários de prática, oferecendo um conjunto de estratégias de cuidado, que compõem o escopo especializado da profissão.
- (D) A Terapia Ocupacional enquanto profissão possui um núcleo de saber característico, aplicado de forma semelhante e transversal aos vários cenários de prática.
- (E) O caráter generalista é atributo da atenção terapêutica ocupacional básica. Subespecialidades constituem-se a partir das especificidades das populações e contextos de prática.

38

Historicamente, a compreensão e uso de atividades humanas na condução dos processos terapêuticos ocupacionais modificaram-se. No que tange ao uso de atividades no campo da Terapia Ocupacional, pode-se afirmar:

- (A) Referências sobre o uso terapêutico das ocupações datam de década de 1950/1960, período em que foi criada a profissão no Brasil. Inicialmente, eram utilizadas nas instituições asilares para doentes mentais sob orientação de médicos.
- (B) No período pós-guerra, buscava-se o reconhecimento científico da Terapia Ocupacional. Portanto, conhecer a atividade previamente à sua indicação era fundamental, de modo a adaptá-la e graduá-la, tendo em vista o diagnóstico ou disfunção do paciente.
- (C) O Mito da Atividade Terapêutica, movimento liderado por Osório César, Nise da Silveira e Luís Cerqueira, visou reforçar a ligação entre atividade e terapeuticidade, resgatando o uso da atividade como central na prática dos Terapeutas Ocupacionais.
- (D) Na década de 1980, o movimento social das pessoas com deficiência, somado à perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e às novas concepções de Reabilitação, favoreceram o declínio do uso das atividades para fins terapêuticos.
- (E) Na Terapia Ocupacional contemporânea, as atividades, enquanto finalidade do processo terapêutico, têm o potencial de transformar rotinas e ordens estabelecidas, ampliando autonomia, independência, comunicação, interação e inclusão social.

39

“O processo de diagnóstico é o momento inicial da construção de um projeto terapêutico... todos precisam ser escutados e acolhidos (Brasil, 2015, p. 45)”. No que se refere à construção diagnóstica dos quadros de autismo, pode-se afirmar:

- (A) As causas do autismo são complexas e desconhecidas. Como todo transtorno mental, representa menos uma síndrome psicopatológica e mais uma entidade clínica autônoma. A estratégia dimensional tem sido empregada tanto na avaliação de risco quanto na identificação de variações dentro da categoria diagnóstica.
- (B) Ainda que o diagnóstico de autismo possa ser estabelecido unicamente após os três anos de idade, a identificação precoce dos riscos para a síndrome torna-se fundamental para prevenção de agravos, direito e princípio básico do Sistema Único de Saúde.
- (C) Nos indivíduos com autismo, a variação da expressão sintomática prescinde da obtenção de informações que ultrapassem o diagnóstico categorial, tais como o nível de comunicação, as habilidades intelectuais, o contexto familiar e educacional, entre outros.
- (D) Sugere-se que o processo diagnóstico seja realizado por uma equipe multiprofissional. A realização de exames neurológicos, metabólicos e testes genéticos são

fundamentais neste processo, dado o forte caráter biológico da doença.

- (E) Observar a criança em situações diferentes, tais como atendimentos individuais, atividades livres e espaços grupais, pode trazer viés na construção diagnóstica, dada a natureza distinta das demandas desses espaços aliado à possibilidade de provocar superexposição da criança e da família.

40

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) tem como propósitos reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa Política estabelece a importância de se

- (A) minimizar a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência prestada pela atenção básica e priorizar o atendimento nas instituições específicas de reabilitação, por serem consideradas pontos de atenção que realizam assistência integral às necessidades dessa população.
- (B) diminuir a representação das pessoas portadoras de deficiência nos conselhos de saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, pois essas instâncias aumentam a tutela profissional sobre essa população, dificultando a promoção da qualidade de vida.
- (C) evitar o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas e ao aconselhamento genético às famílias, pois esses procedimentos geram sofrimento às pessoas portadoras de deficiência e diminuem sua adesão aos tratamentos em saúde.
- (D) eliminar as barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão das pessoas portadoras de deficiência, promovendo ambientes favoráveis à saúde que facilitem a locomoção e adaptação dos espaços públicos e domiciliares.
- (E) evitar que a rede de atenção integral à pessoa portadora de deficiência seja próxima geograficamente de seu domicílio, pois a regionalização da atenção reforça o preconceito da comunidade, aumenta os obstáculos à inclusão e acentua as barreiras sociais, culturais e pessoais.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Considerando as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (Portaria n° 4279, 2010), as demais políticas públicas de Saúde vigentes e os fundamentos da prática da Terapia Ocupacional na atenção à saúde física, de reabilitação e do trabalhador, analise o caso a seguir:

Ana é uma mulher de 35 anos, natural de São Paulo, separada. É funcionária pública de um hospital secundário e lá atua como auxiliar de limpeza há 5 anos. Ana possui uma jornada de 36h semanais, organizada de segunda à sexta-feira, das 7h50 às 15h30. É mãe de uma filha de 3 anos, Júlia, que fica na creche das 7h às 16h, de quem cuida sozinha. Ana não considera que sua filha seja igual às outras crianças, já que pouco se comunica e interage com pessoas e brinquedos. Porém, nunca passou por avaliação de outro profissional da saúde além do pediatra, que faz a puericultura no posto de saúde, ao lado de sua casa, serviço com o qual estabelece uma relação pontual.

Há aproximadamente um ano, Ana começou a se queixar de dor nos membros superiores, com piora nos últimos três meses. Percebeu impactos significativos da dor no cuidado com a filha, no desempenho de suas atividades laborais e domésticas. Estas últimas, normalmente são realizadas de forma concentrada e detalhada no domingo de manhã, já que gosta da casa impecável, afinal, trabalha com limpeza.

Ultimamente, tem se sentido triste, pois seus colegas de trabalho acham que ela está fazendo “corpo mole”, ou seja, sendo morosa no desempenho de suas atividades laborais. Entretanto, é em razão da dor que Ana diz não conseguir mais manter o ritmo e a velocidade com que fazia as tarefas anteriormente. Percebeu que, quanto mais triste fica, maior é a sua dor e sua autoexigência no desempenho das atividades. Foi convocada pela sua chefia que, além de repreendê-la pelo baixo desempenho, atribuiu-lhe uma nova escala de trabalho, incompatível com o horário de buscar a filha na creche.

Em uma segunda-feira pela manhã, um colega de trabalho do hospital, ao ver seu braço “inchado e vermelho”, disse que ela deveria procurar pelo ambulatório de Terapia Ocupacional. Seguindo o conselho do colega, Ana procurou o ambulatório de Terapia Ocupacional do Hospital onde trabalha e conseguiu iniciar acompanhamento com este profissional.

A partir da sua inserção profissional em um ambulatório de Terapia Ocupacional de um hospital secundário, responda ao que se solicita.

01

Destaque e justifique três determinantes do processo saúde-doença, que contribuem para o adoecimento de Ana.

02

Apresente e justifique três possíveis intervenções específicas da Terapia Ocupacional no cuidado direto a Ana, no contexto do ambulatório de Terapia Ocupacional onde ela se encontra.

03

Apresente e justifique duas ações relacionadas ao cuidado extra-hospitalar que podem ser propostas ao longo do acompanhamento ambulatorial de Ana.

