

ASSINATURA DO CANDIDATO



**Universidade
de São Paulo
Brasil**

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2018**

1ª FASE: 03.09.2017

**GRUPO 7:
SAÚDE HOSPITALAR**



**FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR**



**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**

INSTRUÇÕES

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.</p> <p>2. Este caderno compõe-se de 30 questões de múltipla escolha de igual valor. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha óptica de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul ou preta.</p> <p>3. Preencha a folha óptica de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.</p> | <p>4. Duração da prova: três horas. Você deve controlar o tempo disponível, pois não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito provisório para a folha óptica de respostas.</p> <p>5. 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.</p> | <p>6. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das 15h30.</p> <p>7. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno e da folha óptica de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório.</p> <p>8. A nota da prova será convertida para a escala de 0 (zero) a 10 (dez). Estará eliminado o candidato que não atingir pelo menos nota 3 (três).</p> |
|--|--|---|

CONHECIMENTOS GERAIS**01**

De acordo com a Política de Humanização, a Clínica Ampliada constitui uma diretriz para o trabalho em equipe no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Clínica Ampliada busca

- estabelecer como abordagem principal as consultas médicas e os exames clínicos.
- encaminhar para atenção hospitalar os casos considerados de menor risco.
- construir Projetos Terapêuticos Singulares conforme as necessidades de cada indivíduo.
- convencer o indivíduo a considerar sua doença e o respectivo tratamento como temas centrais de sua vida.
- priorizar as demandas de saúde de origem orgânica e genética.

02

Em relação à proposta de equipes interdisciplinares de referência, são características de seu processo de trabalho:

- a centralidade nas necessidades do usuário e a divisão do poder gerencial entre os trabalhadores.
- a divisão de responsabilidades e a hierarquia entre as profissões médica e as não médicas.
- o encaminhamento para especialidades e a referência para uma população não adscrita.
- a comunicação de caráter vertical e o cumprimento de protocolos rígidos pelos trabalhadores.
- a decisão centralizada no médico e a execução das ações pelos outros profissionais da equipe.

03

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser definido como o processo de construção de um plano de ação baseado na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários dos serviços de saúde. Nas estratégias necessárias para a elaboração do PTS,

- a reunião de equipe tem pouco valor, já que as propostas e as condutas terapêuticas são decididas apenas pelo profissional médico.
- a participação do usuário nas decisões deve ser estimulada, mas, nos casos considerados de saúde mental, recomenda-se evitar essa estratégia.
- o diagnóstico psicossocial é relevante, mas apenas a avaliação orgânica permite uma conclusão sobre os riscos e as vulnerabilidades dos indivíduos.
- a definição de metas deve priorizar as ações de curto prazo, tendo em vista que as práticas medicamentosas devem ser priorizadas pelas equipes.
- a intersetorialidade é necessária, na medida em que as condições de vida e de trabalho podem agravar a saúde dos indivíduos.

04

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa de universalização do direito à saúde e pela garantia do acesso aos cuidados e atenção para toda a população. Sobre o processo de implantação do SUS, assinale a alternativa correta.

- A Lei 8.080/1990 priorizou a expansão da assistência médica-hospitalar para os segmentos sociais que contribuíam ativamente com a Previdência Social, bem como direcionou a Atenção Básica aos segmentos não contribuintes.
- A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como ausência de doenças e como objeto de intervenção privativo da saúde suplementar.
- A gestão do SUS passou gradativamente a ser exercida pela esfera federal, diminuindo o protagonismo e a responsabilidade das esferas estadual e municipal.
- A expressão Reforma Sanitária surgiu para designar o movimento social inspirado nos modelos que afirmavam a diminuição da responsabilidade do Estado em relação à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.
- O SUS busca romper com esquemas assistenciais tradicionalmente direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos.

05

A bioética utiliza-se de ferramentas, conhecidas como princípios, para o estudo e a tomada de decisão sobre as questões éticas relacionadas à assistência em saúde. Sobre o princípio ético de beneficência/não maleficência, é correto afirmar que

- o benefício do paciente não é a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas.
- a não maleficência deve ser aplicada apenas nos casos de indivíduos que não apresentam quadros psiquiátricos.
- a dignidade deve ser respeitada e o tratamento deve reconhecer as necessidades físicas, sociais e psicológicas do indivíduo.
- o profissional deve informar o paciente sobre todos os aspectos do tratamento apenas na primeira consulta.
- a equipe de saúde deve oferecer o mesmo tratamento a todos os indivíduos, independente de suas particularidades.

06

Considerando os princípios da descentralização e da regionalização e a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, o protagonismo da gestão local no SUS é concentrado

- na esfera municipal.
- na esfera estadual.
- nas organizações sociais de saúde.
- na esfera federal.
- nas regiões de saúde.

07

Em relação aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, é correto afirmar:

- a) O usuário não precisa saber o nome dos profissionais e do gestor da unidade de saúde na qual realiza tratamento.
- b) O acesso ao prontuário pelo próprio usuário ou por terceiro por ele autorizado deve ser negado pela equipe de saúde que o acompanha.
- c) A participação do segmento dos usuários nos conselhos gestores e nas conferências de saúde ocorre mediante a indicação de nomes pelo secretário de saúde do município.
- d) O usuário deve ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões ou denúncias aos gestores e às ouvidorias, sendo respeitados a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.
- e) O usuário não pode recusar a assistência religiosa prestada por serviços de saúde ligados a organizações religiosas.

08

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

É um objetivo da estratégia de acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS):

- a) a abordagem parcial e procedural, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- b) a mudança de objeto do trabalho em saúde, do indivíduo como um todo para a sua doença e incapacidade.
- c) o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários com a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.
- d) o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a fragmentação e descontinuidade das atividades exercidas por cada categoria profissional.
- e) a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, fortalecendo a entrada por meio de filas, com ordem de chegada e marcação de consultas.

09

As doenças de notificação compulsória são “doenças ou agravos à saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes”.

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

São doenças de notificação compulsória:

- a) dengue, sarampo e tuberculose.
- b) tétano, depressão e aids.
- c) botulismo, sífilis congênita e sinusite.
- d) varíola, traumatismo craniano e síndrome respiratória aguda grave.
- e) meningite, Alzheimer e síndrome do pânico.

10

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a reunião de equipe é

- a) o momento de maior pragmatismo, no qual uma pessoa da equipe com mais experiência distribui tarefas aos demais.
- b) o espaço em que os usuários do serviço de saúde, organizados no conselho gestor, podem fiscalizar o trabalho da equipe.
- c) um momento de diálogo e de reconhecimento do direito à voz e à opinião por todos os profissionais da equipe.
- d) um espaço de votação constituído por um representante de cada categoria profissional e de cada setor do serviço de saúde.
- e) o momento de repasse das informações e de troca de plantão, visando apenas à organização da rotina das enfermarias.

11

A partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica é ratificada como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A Atenção Básica deve

- a) estabelecer critérios de eletividade para procedimentos cirúrgicos em outros pontos de atenção.
- b) realizar atendimento individual médico especializado durante as crises agudas das doenças.
- c) priorizar a atenção às condições crônicas de agravos à saúde.
- d) ser referência ao atendimento pré-hospitalar móvel.
- e) ser a porta de entrada principal para os casos de urgência e emergência.

12

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a PNAB

- a) determinou que a Estratégia de Saúde da Família deve atender apenas as regiões metropolitanas, excluindo a expansão de cobertura para territórios de difícil acesso.
- b) padronizou a composição das equipes de saúde, independentemente do perfil das populações e das distintas realidades do Brasil.
- c) excluiu algumas de suas estratégias, como o Consultório na Rua, visando dar maior objetividade ao trabalho das equipes de saúde.
- d) avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva na gestão do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.
- e) diminuiu o número de municípios habilitados para constituir os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com vistas a diminuir os gastos na Atenção Básica.

13

Dentre as diretrizes descritas abaixo, identifique as que caracterizam a Rede de Atenção às Urgências:

- I. Implantação de modelo de atenção multiprofissional e compartilhado em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras na gestão de linhas de cuidado.
- II. Articulação determinada pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais órgãos gestores do SUS cumprir de forma verticalizada as normativas estabelecidas.
- III. Delegação do cuidado das urgências exclusivamente para hospitais com parque tecnológico de alta complexidade.
- IV. Humanização da atenção à saúde, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
- V. Atendimento às urgências realizado apenas em âmbito hospitalar, sempre seguindo a ordem de chegada.

Estão corretas apenas as diretrizes indicadas em

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

14

Uma das estratégias propostas pela Política Nacional de Humanização é o Apoio Matricial, que pode ser definido como

- a) o atendimento especializado realizado pela equipe de apoio matricial de todos os casos encaminhados pelas unidades de Atenção Básica de uma determinada região.
- b) a segunda opinião de um especialista médico de uma unidade de alta complexidade, geralmente apresentada por meio de videoconferência.
- c) o envolvimento de famílias e comunidades para a resolução dos problemas de saúde complexos nos municípios em que não existe ambulatório de especialidades médicas.
- d) a capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem em casos de manejo complexo, minimizando o volume de trabalho das equipes de apoio matricial.
- e) o processo de trabalho no qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, funcionando também como referência para outras equipes.

15

A organização do acesso universal ao cuidado integral deve ocorrer por meio das Redes de Atenção à Saúde. A rede de atenção de uma Região de Saúde tem por composição mínima

- a) um conjunto de postos de saúde, maternidade, centro de oncologia e ambulâncias bem equipadas para pacientes se deslocarem para grandes centros urbanos.
- b) serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.
- c) um rol de procedimentos na rede de serviços municipais que garanta acesso exclusivo para seus próprios municípios, contemplando todos os pontos de atenção.
- d) um instrumento de pactuação dos gestores municipal e federal que garanta a referência de todos os casos de média e alta complexidade para hospitais universitários.
- e) a cobertura plena da Estratégia de Saúde da Família, um hospital com 30 leitos, um hospital psiquiátrico e uma maternidade voltada ao atendimento de gestantes de alto risco.

SAÚDE HOSPITALAR

16

Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multidisciplinar e interprofissional, que prestam assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de complicações de seu estado de saúde, que necessitem de assistência contínua em regime de internação e de ações que abrangem

- a) diagnóstico, tratamento cirúrgico, reabilitação e seguimento pós-alta hospitalar.
- b) acolhimento, diagnóstico, tratamento, condutas emergenciais não articuladas com a Rede de Atendimento à Saúde (RAS) e verticalização do cuidado.
- c) promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- d) organização da atenção de modo a viabilizar a integralidade da assistência, educação em saúde, modelo de atenção centrado no perfil do estado e acesso regulado de acordo com disponibilidade das equipes de apoio diagnóstico.
- e) atendimento humanizado, acolhimento, atendimento emergencial, prontuários múltiplos que contemplam todos os procedimentos e exames realizados durante a internação.

17

O controle das condições de risco para a saúde e a melhoria dos ambientes de trabalho envolvem as seguintes etapas:

- a) diagnóstico dos riscos no trabalho, proposição de soluções para eliminação dos riscos, avaliação dos resultados, avaliação do impacto na saúde dos trabalhadores.
- b) identificação dos determinantes de saúde relacionados ao trabalho, hierarquização dos fatores de risco, avaliação do impacto na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.
- c) implementação de melhorias no ambiente de trabalho, diminuição de riscos para a saúde do trabalhador, avaliação do impacto na qualidade de vida do trabalhador.
- d) avaliação dos riscos para a saúde, identificação dos determinantes sociais de saúde, prevenção de acidentes, uso de equipamentos de proteção individual (EPI).
- e) identificação das condições de risco para a saúde presentes no trabalho, caracterização da exposição e quantificação das condições de risco, discussão e definição das alternativas de eliminação ou controle das condições de risco, implementação e avaliação das medidas tomadas.

18

A Humanização, como política transversal, prevê:

- a) promover a troca de saberes entre todos os atores envolvidos, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.
- b) criar grupos de profissionais reunidos, quando necessário, para resolver problemas, troca de saberes entre profissionais, usuários e familiares.
- c) levar em conta as necessidades sociais dos diferentes atores envolvidos, comunicar à equipe as decisões de cada profissional em prol da saúde do usuário.
- d) promover a qualificação na atenção e na gestão em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), atuação profissional individual e direcionada para o usuário num dado momento de risco em saúde.
- e) levar em conta cada indivíduo e sua condição de saúde independentemente da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), manter o atendimento do usuário na Atenção Básica para não sobrecarregar a atenção secundária.

19

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam da produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social.

Considere os seguintes aspectos relacionados com o Acolhimento à pessoa idosa por parte dos profissionais de saúde:

- I. Estabelecer uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam, em geral, mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso.
- II. Partir do pressuposto de que o idoso não é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas.
- III. Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando que ela pode ter um declínio visual ou auditivo.

Está correto o que se afirma em

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

20

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), considera-se:

- Criança: pessoa na faixa etária entre 0 (zero) e 12 (doze) anos.
- Criança: pessoa na faixa etária entre 0 (zero) e 9 (nove) anos.
- Primeira infância: pessoa na faixa etária entre 0 (zero) e 2 (dois) anos.
- Primeira infância: pessoa na faixa etária entre 0 (zero) e 3 (três) anos.
- Criança: pessoa na faixa etária entre 0 (zero) e 7 (sete) anos.

21

Constituem princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC):

- direito à vida e à saúde, equidade em saúde, gestão interfederativa das ações de saúde da criança, promoção da saúde.
- prioridade absoluta da criança, gestão interfederativa das ações de saúde da criança, ambiente facilitador à vida, planejamento e desenvolvimento de ações.
- integralidade do cuidado, humanização da atenção, organização das ações e serviços na rede de atenção, fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilidade da família.
- fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilidade da família, promoção da saúde, gestão interfederativa das ações de saúde da criança, intersetorialidade.
- direito à vida e à saúde, humanização da saúde, prioridade absoluta da criança, gestão participativa e controle social.

22

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias) possuem fatores de risco em comum. Antes, um desses fatores era visto como um estilo de vida, atualmente é reconhecido como uma dependência química. Está relacionado a 30% de todos os casos de câncer, 90% dos casos de câncer de pulmão, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar, 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular. É considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

Esse fator de risco é:

- inatividade física.
- alimentação não saudável.
- consumo excessivo de álcool.
- tabagismo.
- consumo excessivo de sal na alimentação.

23

A avaliação funcional é fundamental e determina não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Dentre elas, destacam-se as atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Considere as seguintes atividades:

- tomar banho;
- usar o telefone;
- vestir-se;
- cuidar das próprias finanças/fazer compras;
- controlar os esfíncteres (continência).

A classificação dessas atividades como AVD ou AIVD é:

	I	II	III	IV	V
a)	AVD	AIVD	AVD	AIVD	AVD
b)	AVD	AVD	AVD	AIVD	AVD
c)	AVD	AIVD	AIVD	AIVD	AVD
d)	AIVD	AVD	AIVD	AIVD	AVD
e)	AVD	AVD	AIVD	AIVD	AIVD

24

Considere as seguintes afirmações a respeito do conjunto das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS):

- É também conhecido como “família” das classificações.
- Tem por objetivo uniformizar as informações sobre saúde, como diagnóstico e incapacidade.
- Utiliza uma linguagem padronizada, que possibilita a comunicação e a comparação em todo o mundo sobre saúde sanitária.
- A Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID) permite avaliar o impacto da doença sobre o ser e descreve a restrição funcional determinada pela doença.

Está correto o que se afirma em

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

25

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a

- a) 60 anos.
- b) 65 anos.
- c) 70 anos.
- d) 75 anos.
- e) 80 anos.

26

Para o alcance dos propósitos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008), são estabelecidas as seguintes diretrizes:

- a) promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e capacitação de recursos humanos.
- b) promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência à saúde da pessoa com deficiência nos aspectos estritamente ligados a sua deficiência; prevenção de doenças infectocontagiosas; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; capacitação de recursos humanos.
- c) prevenção de riscos geradores de doenças e morte; criação de ambientes favoráveis; assistência à saúde da pessoa com deficiência prioritariamente nas instituições específicas de reabilitação; promoção e ampliação da cobertura assistencial em reabilitação; não sendo considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e próteses.
- d) prevenção com medidas informativas e educativas dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências; formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente; campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotar estilos de vida saudáveis; assistência à saúde da pessoa com deficiência nos aspectos estritamente ligados à sua deficiência.
- e) promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; não sendo considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e próteses.

27

Segundo Abrisqueta-Gomez (2012), “O processo de retorno ao trabalho e reinserção social pode ser bastante problemático e desafiador no contexto da reabilitação neuropsicológica de indivíduos com lesão encefálica adquirida (LEA)”. Com base nesta afirmação, assinale a alternativa correta.

- a) Os comprometimentos cognitivos e comportamentais impedem a execução de atividades profissionais e sócio-ocupacionais.
- b) As alterações de humor e comportamento social acarretam maior complexidade ao processo de orientação vocacional e reinserção social.
- c) No Brasil, de acordo com o artigo 93 da Lei 8213/91, toda empresa com mais de 1000 funcionários está obrigada a preencher de 2 a 5% dos seus cargos com funcionários reabilitados ou com deficiência.
- d) No Brasil, de acordo com o artigo 93 da Lei 8213/91, toda empresa com mais de 100 funcionários está obrigada a preencher de 1 a 10% dos seus cargos com funcionários reabilitados ou com deficiência.
- e) As habilidades vocacionais e de comportamento social não são prioridade na reabilitação neuropsicológica, pois seu foco são os aspectos motores do sujeito.

28

Considere as seguintes afirmações:

- I. Saúde é a ausência de doença, é o “bem-estar” biopsicossocial.
- II. Qualidade de vida, na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores e em relação às suas expectativas, padrões e preocupações.
- III. A reabilitação é orientada por uma abordagem biopsicossocial voltada à deficiência e à incapacidade.
- IV. A reabilitação é eficaz na redução da carga da incapacidade e no aumento das oportunidades de inclusão social para as pessoas com deficiência, de acordo com o modelo conceitual clínico.

Está correto apenas o que se afirma em

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

29

As expressões “equipe multidisciplinar” e “atendimento integrado” têm sido utilizadas de forma exaustiva em todos os textos que tratam de reabilitação e parece ser até desnecessário e redundante falar sobre uma equipe de reabilitação e da atuação dos seus integrantes.

No contexto da Equipe Multidisciplinar, é correto afirmar:

- a) A divisão de tarefas dentro de uma equipe de reabilitação não precisa necessariamente estar alinhada com os objetivos do tratamento, mas sim com o prognóstico funcional de cada paciente.
- b) Uma equipe precisa de um forte embasamento clínico sobre a doença incapacitante e sobre os desejos do paciente para atingir a expectativa deste, mesmo quando não há evidências de que essa seja plausível no momento.
- c) A equipe de reabilitação varia de acordo com as necessidades de cada paciente. Essa equipe deve ser composta como se fosse prescrição de um medicamento, com variação de posologia e formas de utilização.
- d) A equipe de reabilitação deve ser fixa para todos os pacientes a fim de evitar disparidades e garantir a isonomia.
- e) A reabilitação em equipe ocorre de forma efetiva mesmo quando vários profissionais atuam buscando objetivos específicos independentes.

30

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento de todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais devidas a esse grupo de doenças. O aumento da carga de DCNT, verificado com maior intensidade nas últimas décadas, reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool.

Considere as seguintes afirmações sobre as DCNT:

- I. Afetam as pessoas, independentemente da renda e da escolaridade, pois todas estão expostas aos mesmos fatores de risco e têm o mesmo nível de acesso às informações e aos serviços de saúde.
- II. Podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde.
- III. Geram prejuízos nos custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

Está correto o que se afirma em

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

