

ASSINATURA



Universidade
de São Paulo
Brasil



FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2019**

1ª FASE: **02/09/2018**

PROFISSÃO 12:
TERAPIA OCUPACIONAL

INSTRUÇÕES

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
3. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
4. Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
5. Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
6. É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
7. 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.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
9. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
10. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

A judicialização da saúde

5 *A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinha das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um*

10 *trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comandos habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontrem na mesma situação, e não pela prioridade*

15 *imposta de fora. (...)*

(...)

Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma

20 *mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciários é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da*

25 *vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais*

30 *impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.*

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinha das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

03

Tendo em vista o contexto, no lugar de "Ainda assim" (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) "naturais" (L. 1) e "judiciais" (L. 4).
- (B) "estratégia" (L. 6) e "ingerência" (L. 10).
- (C) "aceitação" (L. 8) e "intervenção" (L. 9).
- (D) "lentas" (L. 19) e "célere" (L. 21).
- (E) "elevação" (L. 26) e "incremento" (L. 27).

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

A saúde entre dois mundos

5 *No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.*

10 *Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as “artes de cura”, incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas.*

20 *Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. “Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde”, observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.*

25 *O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.*

Christina Queiroz, **Pesquisa FAPESP**, Novembro de 2017. Adaptado.

05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: “dói o meu coração”, “dói minha alma”. Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer “adeus”, como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, **Bioética: uma diversidade temática.**
Adaptado.

08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

09

Segundo o texto, a “perspectiva holística” (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

CONHECIMENTOS GERAIS

11

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersetorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

12

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

13

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

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

14

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

15

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

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

16

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

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

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

TERAPIA OCUPACIONAL

21

No processo de construção da Política de Saúde Mental no Estado de São Paulo, no início dos anos 1980, destaca-se a participação dos terapeutas ocupacionais na

- (A) implementação dos Centros de Atenção Psicossocial e na inserção nas equipes de Saúde da Família.
- (B) transformação das instituições asilares e na inserção nos Ambulatórios de Saúde Mental.
- (C) reemergência do tratamento moral e no desenvolvimento das terapias de grupo.
- (D) humanização dos hospitais psiquiátricos e na promoção da inclusão em atividades culturais.
- (E) oferta de lares abrigados e no desenvolvimento de abordagens biomédicas de cura.

22

Para gerar e enriquecer as relações de trocas e ampliar a contratualidade social dos usuários, as intervenções em Terapia Ocupacional orientadas pela perspectiva da Reabilitação Psicossocial devem adotar os seguintes eixos de ação:

- (A) habilitar para as atividades de vida diária e adaptar as atividades instrumentais de vida diária.
- (B) enriquecer o cotidiano e promover hábitos e estilos de vida saudáveis.
- (C) habitar, trocar as identidades, produzir e trocar mercadorias e valores.
- (D) promover ocupações saudáveis, estar em tratamento e fortalecer as relações familiares.
- (E) potencializar o desempenho ocupacional e engajar-se em movimentos sociais.

23

Saraceno (2011) critica a adoção exclusiva do Modelo Biomédico no campo do sofrimento mental por considerar que este modelo

- (A) incluiu, na classificação internacional das doenças mentais, as condições associadas ao sofrimento psicossocial decorrente da pobreza e do desenraizamento dos migrantes.
- (B) mostra-se obsoleto diante da produção teórica da psicodinâmica, que provou que as causas dos transtornos mentais são de origem psicológica, com influência social.
- (C) não conseguiu estabelecer uma causa anatomoclínica para a doença mental e, como consequência, não desenvolveu seu tratamento específico.
- (D) está estruturado em uma lógica linear, individualista e a-histórica, o que resulta em respostas simplificadas e fragmentadas para demandas complexas dos usuários.
- (E) desenvolveu uma abordagem global da doença e da saúde, sem, contudo, encontrar um modelo de intervenção interdisciplinar.

24

De acordo com a Lei 10216, de 06 de abril de 2001, a internação psiquiátrica compulsória

- (A) só pode ser efetivada, no momento da admissão, mediante a assinatura de uma declaração de consentimento pela pessoa internada.
- (B) é determinada pelo médico psiquiatra, responsável técnico do estabelecimento, que deve comunicar o Ministério Público no prazo de setenta e duas horas.
- (C) prevê dois tipos de alta: por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, e definida pelo especialista responsável pelo tratamento.
- (D) é determinada pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, demais internados e funcionários.
- (E) prevê duas possibilidades de cessação: por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

25

Sobre a estratégia da Redução de Danos (RD), é correto afirmar:

- (A) Em todo o mundo, a abordagem terapêutica baseada na lógica de redução de danos apresenta resultados positivos, com exceção para as drogas consideradas pesadas, como cocaína e *crack*.
- (B) Ao longo do cuidado, a ambivalência do usuário entre querer parar o uso e não conseguir, exige que o profissional adote a postura de alta exigência e proponha um projeto terapêutico rígido.
- (C) Não serve para todos os usuários, portanto o profissional deve propor a abstinência quando a redução de danos não se mostrar efetiva.
- (D) Parte da premissa de que os dependentes químicos apresentam perda de controle e autonomia sobre a própria vida, por isso o profissional deve assumir a tutela desses usuários.
- (E) Reconhece o usuário em sua singularidade e traça, com ele, estratégias voltadas para a defesa da vida e não assume a abstinência como único objetivo a ser alcançado.

26

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, objetivando a inclusão e participação social, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência

- (A) na sua capacidade funcional e desempenho humano.
- (B) na sua doença e incapacidade.
- (C) no seu engajamento ocupacional e *handicap*.
- (D) na sua deficiência e saúde ocupacional.
- (E) no seu desempenho ocupacional e desabilidades.

27

Ao realizar o Acolhimento de um usuário que chega para o primeiro atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), os profissionais da equipe devem

- (A) solicitar que o usuário aguarde e não atendê-lo imediatamente, a fim de trabalhar o imediatismo característico dessa população.
- (B) escutar e valorizar o sofrimento do usuário, legitimando sua demanda e oferecendo um conjunto de ações pactuadas.
- (C) elaborar um projeto simples e condicionar a oferta de cuidados à exigência de frequência diária ao serviço e à abstinência.
- (D) atender o usuário e encaminhar os familiares para outro serviço especializado, para garantir privacidade e evitar confrontos desnecessários.
- (E) explicar o que o serviço pode oferecer para o usuário, evitando ofertas assistencialistas como tomar um banho e/ou comer.

28

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência compreende que a Inclusão Social é um processo

- (A) de mão única, que visa à habilitação das pessoas com deficiência, de modo que possam participar, como as demais, dos circuitos de trocas sociais.
- (B) que considera que discriminações e preconceitos fazem parte da sociedade, por isso as pessoas com deficiência devem ser preparadas para lidar com as situações adversas.
- (C) que visa possibilitar o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, respeitando as necessidades próprias das pessoas com deficiência.
- (D) que se compara ao de integração social ao colocar o foco na redução da desabilidade das pessoas com deficiência e compreender que a inserção é resultado do esforço pessoal e individual.
- (E) que considera que a pessoa com deficiência deve ser, prioritariamente, preparada para a sua inserção social, a partir da normalização do seu comportamento e do seu corpo.

29

O processo inflamatório, ao acometer um tecido, gera o aumento da vascularização localizada, por dilatação dos vasos, permitindo maior aporte de células sanguíneas de defesa na área afetada, e resulta em

- (A) edema e aumento do líquido sinovial ao redor das fibras musculares.
- (B) contratura e diminuição do líquido sinovial ao redor das fibras musculares.
- (C) coagulação sanguínea e orientação no sentido longitudinal das fibras do tecido conectivo.
- (D) edema e aumento da mobilidade dos tecidos articulares.
- (E) coagulação sanguínea e diminuição do líquido sinovial ao redor das fibras do tecido conectivo.

30

Os princípios anatômicos e biomecânicos devem ser respeitados no planejamento e confecção de uma órtese, pois são de fundamental importância para que o produto final seja tecnicamente correto. Os aspectos anatômicos mais importantes a serem considerados nesse processo são:

- I. _____, cuja mobilidade permite que a mão se espalme ou se enconche para acomodar os objetos durante a preensão;
- II. _____, que são marcas de superfície que mostram os movimentos das estruturas subjacentes; durante a confecção, devem ficar livres, permitindo, dessa forma, a mobilidade das articulações;
- III. _____, que ficam expostas à concentração de pressão e ao atrito;
- IV. _____, que são responsáveis pelo alinhamento e estabilização das articulações; essas podem ficar expostas a tensão desigual, provocando desvios lineares devido aos exageros de tensão durante o posicionamento.

Pela ordem, as lacunas devem ser preenchidas por:

- (A) I – Tendões; II – Cavidades epidérmicas; III – Articulações; IV – Cápsulas articulares.
- (B) I – Articulações; II - Marcas epidérmicas; III – Estruturas articulares; IV - Músculos extensores.
- (C) I – Ligamentos; II – Sulcos; III – Estruturas musculares; IV – Cavidades articulares.
- (D) I – Pele; II – Ligamentos; III – Estruturas ósseas; IV – Cavidades tendíneas.
- (E) I- Arcos da mão; II- Pregas da mão; III – Proeminências ósseas, IV – Estruturas ligamentares.

31

Normatizadas pela Portaria nº 4.249, as “Redes de Atenção à Saúde”, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro,

- (A) têm como objetivo aprimorar a relação entre os diferentes níveis de complexidade procedimental no SUS e regulamentar o mecanismo de referência e contrarreferência.
- (B) visam superar a falta de cobertura plena da Atenção Básica em Saúde, a partir da ampliação da Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família.
- (C) configuram-se como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.
- (D) representam a nova compreensão sobre o processo Saúde-Doença, buscando estabelecer relações humanizadas e médico-centradas entre os cidadãos e os profissionais de saúde.
- (E) propõem a reorganização dos serviços de saúde, assistência social, educação e promoção social nas Regiões de Saúde a partir dos princípios da Integralidade e Intersetorialidade.

32

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as “Redes de Atenção à Saúde” caracterizam-se pelo(a)

- (A) compreensão da Atenção Primária em Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.
- (B) pulverização dos serviços nos municípios, garantindo a descentralização, reduzindo a inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, em especial na Atenção Primária em Saúde (APS).
- (C) organização dos serviços e redes fundamentada em ações curativas, centrada no cuidado médico e estruturada em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, considerando a pactuação nas Regiões de Saúde.
- (D) atual perfil epidemiológico brasileiro, definido pela persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição e importante componente de problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, características de países subdesenvolvidos.
- (E) formação de relações hierárquicas entre os pontos de atenção, de acordo com os níveis de complexidade de cada ponto, compreendendo a centralidade das ações nas necessidades em saúde do território.

33

Prevê que o serviço deva estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências e seu sofrimento. Consiste na atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor e deve ser realizado sem demora, evitando-se procedimentos burocráticos. Requer disponibilidade do trabalhador para valorizar o sofrimento do usuário, por meio da escuta qualificada, para entender quais são as expectativas do usuário em relação ao serviço e o que o serviço pode oferecer para o usuário.

Essa é a definição de

- (A) Projeto Terapêutico Singular.
- (B) Matriciamento.
- (C) Trabalho em Equipe.
- (D) Vínculo.
- (E) Acolhimento.

34

O Acolhimento é considerado um dos mecanismos de garantia dos princípios de acessibilidade e universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considere as seguintes afirmações sobre o Acolhimento na Atenção Básica:

- I. Postura, atitude e tecnologia de cuidado que se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto e nos modos de construção de vínculos.
- II. Mecanismo de Classificação de Risco, que permite a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.
- III. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe que implica a reflexão sobre o conjunto de ofertas que a equipe tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e do território.

Está correto o que se afirma em

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

35

O Apoio Matricial configura-se como estratégia de organização e de gestão dos serviços de saúde que objetiva superar a racionalidade gerencial tradicional. Tal estratégia propõe como principais modalidades de operacionalização:

- (A) equipe de referência e Terapia Comunitária.
- (B) encaminhamento dos casos agudos e corresponsabilização pelos casos crônicos.
- (C) reuniões de equipe e garantia de fluxo de referência e contrarreferência.
- (D) atendimento conjunto e discussão de caso/formulação do Projeto Terapêutico Singular.
- (E) educação continuada e treinamento/capacitação das equipes da Atenção Básica.

36

O Apoio Matricial pode ser compreendido como a metodologia de gestão da atenção em saúde que oferece

- (A) suporte técnico-pedagógico aos profissionais da equipe de saúde da família como estratégia de formação especializada.
- (B) supervisão Institucional em serviço, com objetivo de aprimorar as discussões em equipe e a construção de projetos terapêuticos singulares.
- (C) retaguarda psicológica às equipes que atuam diretamente nos domicílios dos usuários de sua região de abrangência, promovendo a saúde do cuidador.
- (D) suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes.
- (E) solução rápida para casos de urgência e emergência que fogem à capacidade técnica da equipe de atenção primária.

37

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **NÃO** se inclui:

- (A) garantia de universalidade de acesso, além de equidade e integralidade na atenção hospitalar.
- (B) modelo de atenção biomédico, centrado no cuidado clínico, de forma multiprofissional e interdisciplinar.
- (C) financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão.
- (D) atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização.
- (E) regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional.

38

Considere as seguintes afirmações sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar:

- I. Estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- II. Aplica-se a qualquer hospital, público, filantrópico ou privado lucrativo que preste serviços em nível local;
- III. Considera que os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

Está correto apenas o que se afirma em:

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

39

Como componente das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Hospitalar deve atuar de forma integrada e respeitar os mesmos princípios que orientam os demais pontos de atenção da RAS. Dentre estes princípios destacam-se

- (A) o Plano Terapêutico e o Projeto Terapêutico Singular, sendo o primeiro elaborado quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, e o segundo, no contexto da rede de serviços a ser acessada pelo usuário.
- (B) a Clínica Ampliada e a Gestão da Clínica, que consiste na implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, e garantir a visita aberta com a presença do acompanhante, além da valorização de fatores subjetivos e sociais.
- (C) as Equipes Multiprofissionais de Referência como estrutura nuclear a serviço do médico, no contexto hospitalar, e o Apoio Matricial, para propiciar a retaguarda e o suporte, nas especialidades clínicas, para as equipes de referência, visando à atenção integral ao usuário.
- (D) a Hierarquização do Cuidado como uma das estratégias para efetivação da Equipe de Referência e Gestão hospitalar e a garantia da Efetividade dos serviços, por meio da racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais.
- (E) os Protocolos Clínicos e os Fluxos de Encaminhamento Referenciados, adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

40

Considere as seguintes afirmações relativas ao trabalho em saúde nas Redes de Atenção à Saúde:

- I. O trabalho deve ser visto como categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores.
- II. Todos os profissionais podem e devem desenvolver a clínica ampliada e se comprometer com a busca do cuidado integral em saúde.
- III. O foco do trabalho vivo deve estar nos equipamentos e no conhecimento estruturado da equipe, e as relações estabelecidas no ato de cuidar devem estar a serviço destes.

De acordo com a Portaria nº 4.249, está correto apenas o que se afirma em

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

41

A Política Nacional de Saúde do Idoso, de acordo com a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, apresenta como uma de suas justificativas:

- (A) O rápido envelhecimento da população brasileira, sendo que nesta transição epidemiológica ocorrem incapacidades resultantes da falta de controle de fatores de risco acidentais não preveníveis.
- (B) A promoção de saúde da população idosa se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis.
- (C) A existência prévia de redes de serviços que oferecem ambientes físicos e sociais que possibilitam melhorar a saúde das pessoas com incapacidades e que podem ser utilizados como serviço complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) O grande número de profissionais qualificados na atenção ao idoso, o que viabiliza a implantação dessa Política.
- (E) O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não considera o envelhecimento como uma de suas prioridades e está mais organizado para atender à saúde materno-infantil.

42

Em relação à Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecida pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, é correto afirmar:

- (A) Uma de suas diretrizes é a divulgação e a informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pois os gestores e profissionais estão conscientes e são executores dessa Política.
- (B) Essa Política considera como desafios o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, previsto no Estatuto do Idoso, e a necessidade de suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados.
- (C) Uma de suas diretrizes é a formação e educação permanente dos profissionais de saúde da rede privada para a atenção à saúde da pessoa idosa.
- (D) A população idosa é considerada um grupo homogêneo, que deve ser atendido em suas necessidades para um envelhecimento ativo, fundamentado nos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização.
- (E) As ações de promoção de saúde para a população idosa são secundárias e terciárias, sendo a promoção primária destinada à população abaixo dos 60 anos.

43

Almeida e Oliver, no capítulo “Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiência: fundamentos para a Terapia Ocupacional” (in CARLO; BARTALOTTI, 2001) afirmam que

- (A) a atuação realizada no território, junto à pessoa com deficiência, pode ser definida pela mudança de localização em que se realiza a ação terapêutica, transferindo-a da sala do terapeuta ocupacional para contexto em que o sujeito vive.
- (B) o território solo equivale ao conceito de território-processo, pois ambos consideram o espaço onde habita o sujeito, abrangendo suas dificuldades funcionais frente aos obstáculos existentes no território.
- (C) a ação do terapeuta ocupacional poderá abranger, identificar e localizar as pessoas com deficiências, além de atuar para a acessibilidade geográfica, cultural e arquitetônica dos equipamentos existentes no entorno.
- (D) a atenção territorial, voltada às pessoas com deficiência, considera ações na comunidade e não no domicílio, pois o domicílio não oferece subsídios para avaliação de demandas e necessidades, uma vez que o foco é a participação social.
- (E) a abordagem da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) é utilizada na ação territorial, prescindindo-se das tecnologias de atenção em saúde e de reabilitação, indisponíveis em comunidades mais vulneráveis.

44

A Psicodinâmica do Trabalho, como uma das abordagens atuais no campo de Saúde e Trabalho,

- (A) adota espaços de escuta, de reflexão e de validação individuais como mecanismo para a mudança nos postos de trabalho de cada trabalhador.
- (B) contrapõe-se à visão da Ergonomia e não mantém diálogo com essa orientação teórico-prática.
- (C) busca compreender aspectos psicológicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da Organização do Trabalho.
- (D) compreende as relações subjetivas existentes no trabalho, mas não propõe ações para modificá-las, enfatizando as transformações nas tarefas contidas no trabalho.
- (E) considera os conceitos de “trabalho prescrito” e “trabalho oculto” para a compreensão das ações do trabalhador.

45

O Manual *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*, publicado pelo Ministério da Saúde (2001), aponta como dificuldades apresentadas pela estratégia de implantação dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador:

- (A) pequena inserção na rede do Sistema Único de Saúde e deficiência de recursos materiais para as ações de diagnósticos, de equipamentos para avaliações ambientais e de bibliografia especializada.
- (B) sindicatos atuantes que cobram ampliação das ações dos Centros de Referência para além dos trabalhadores sindicalizados e buscam a inclusão dos trabalhadores informais.
- (C) cobertura realizada pela rede privada, que contraria as ações realizadas pelos Centros de Referência, dificultando a atuação junto aos trabalhadores atendidos pela Rede de Atenção à Saúde.
- (D) limitações quanto aos recursos tecnológicos para procedimentos diagnósticos e consequente estabelecimento da relação das doenças com o trabalho, apesar da formação adequada dos profissionais que compõem as equipes dos Centros de Referência.
- (E) carências de informações sobre os trabalhadores rurais e trabalhadores de cooperativas, em contraste com as informações atualizadas sobre os trabalhadores das indústrias e comércio disponíveis no sistema “S” (SENAI e SENAC).

46

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) atua na perspectiva da prevenção dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho e da promoção da saúde. Sobre a VISAT pode-se afirmar:

- (A) Abrange trabalhadores que tenham como local de trabalho a zona urbana ou rural, não incluindo trabalhadores aposentados ou desempregados, devendo estes ser abrangidos por outros órgãos.
- (B) Tem como um dos objetivos a intervenção sobre os fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, para eliminá-los, atenuá-los ou controlá-los, por meio da fiscalização.
- (C) Seu principal objetivo é caracterizar o adoecimento e a morte relacionados ao trabalho, repassando tais informações para a Previdência Social para que esta identifique os fatores de risco e as possibilidades de intervenção.
- (D) As informações são obtidas de Sistemas de Informações de Agravos de Notificação (SINAM), de informações de Mortalidade (SIM); neste caso não são necessários a participação dos trabalhadores nem o controle social.
- (E) A abordagem é centralizada no profissional médico, pois este é o profissional responsável por realizar a anamnese ocupacional.

47

Watanabe e Nicolau, no capítulo “A Terapia Ocupacional na interface da saúde e do trabalho” (in CARLO; BARTALOTTI, 2001) afirmam que

- (A) terapeutas ocupacionais têm atuado junto a grupos de trabalho autogestionário como possibilidade de geração de renda a pessoas em situação de vulnerabilidade social.
- (B) as oficinas de trabalho, como alternativa para pessoas com déficit cognitivo, têm se mostrado inclusivas, oferecendo amplas oportunidades de emprego.
- (C) os terapeutas ocupacionais, no contexto empresarial, atuam na reabilitação psicossocial e na inclusão de pessoas com deficiência física.
- (D) a atuação do terapeuta ocupacional, nos Centros de Referência do Trabalhador, limita-se ao atendimento individual de trabalhadores com lesões relacionadas ao trabalho, sendo a vigilância das condições de trabalho realizada pelo engenheiro do trabalho.
- (E) a centralidade do trabalho na vida das pessoas torna-o uma atividade necessária, saudável, útil e prazerosa.

48

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi recentemente revista pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Constitui uma das mudanças presentes na nova PNAB:

- (A) Inclusão do médico acupunturista e do médico homeopata como profissionais que podem compor o NASF, atendendo à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
- (B) Criação de equipes de Consultório na Rua para atender as demandas de pessoas em situação de rua.
- (C) Substituição do agente comunitário de saúde pelo agente de combate às endemias, considerando prevalência de casos de dengue, chikungunya e zika.
- (D) Ampliação da atuação do NASF para além de equipes de Saúde da Família, incorporando equipes tradicionais de Atenção Básica, sendo então denominado de NASF-AB.
- (E) Aumento para 4.000 da população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família para ampliar a cobertura.

49

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um importante instrumento, tanto para o planejamento de ações de cuidado quanto no âmbito da gestão. Sobre o PTS, é correto afirmar que

- (A) é elaborado pelo profissional de referência, que, no caso da Estratégia de Saúde da Família, é o médico generalista ou de família.
- (B) é um instrumento utilizado nas unidades de saúde da família, pois considera a singularidade de um grupo ou família e não de um sujeito individual.
- (C) uma das etapas do PTS é a hipótese diagnóstica, na qual se consideram fatores orgânicos e cognitivos. O aspecto social é considerado na definição das intervenções.
- (D) a elaboração de PTS, na Atenção Básica, destina-se às situações nas quais os usuários ou famílias estejam em situações mais graves ou difíceis.
- (E) as metas definidas no PTS independem de pactuação com o usuário, no caso de ser elaborado por profissionais que o acompanham longitudinalmente.

50

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, regida pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, é correto afirmar em relação ao papel das ações da Atenção Básica:

- (A) Cabe à equipe da saúde da família e às equipes de atenção domiciliar realizarem inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa dos municípios.
- (B) A Política de Saúde do Idoso prevê apoio técnico e/ou financeiro a projetos a serem coordenados pelos núcleos de apoio à saúde da família, para a qualificação de profissionais que atuarão com o idoso em vulnerabilidade social ou em situação de institucionalização.
- (C) Cabe à equipe das unidades distritais de saúde elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa, fundamentadas nas demandas específicas do seu território de abrangência.
- (D) A equipe de atenção domiciliar deverá estabelecer diretrizes sobre o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, quando implicar atendimento a idosos acamados dessas instituições.
- (E) Os profissionais da Atenção Básica e das Equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, são incentivados a utilizarem instrumentos técnicos validados para avaliação funcional e psicossocial da pessoa idosa.

