



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 2022

31/10/2021

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. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
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 DE 01 A 03

Descrito há pouco mais de um século, o Alzheimer apaga a memória e reduz a capacidade de planejar e realizar as tarefas do dia a dia. Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença. Muito antes, ela pode se manifestar de modo dissimulado, fazendo-se confundir com problemas como a depressão, a ansiedade ou alterações súbitas no padrão de sono e apetite.

Sabe-se que esses distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nas pessoas que desenvolvem Alzheimer do que na população idosa saudável. Parte dos especialistas defende, com base em estudos populacionais, que a depressão e a ansiedade surgiram primeiro, em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento, e, se não tratadas, aumentariam o risco de Alzheimer. Contudo, surgem evidências de que, ao menos em parte dos casos, o oposto pode acontecer: as manifestações psiquiátricas seriam consequência dos danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer.

Em um trabalho conduzido pela neuropatologista brasileira Lea Tenenholz Grinberg, observou-se que, após surgirem as primeiras lesões neurológicas do Alzheimer, o risco de problemas psiquiátricos aumenta. “Esses resultados indicam que, em parte desses casos, a doença de Alzheimer já está instalada em áreas que modulam a atividade cerebral quando as primeiras manifestações psiquiátricas surgem”, afirma Lea.

Os novos achados podem representar dois avanços para a pesquisa e o tratamento do Alzheimer. O primeiro é que a identificação precoce de sinais psiquiátricos pode auxiliar no teste de novos medicamentos. Além disso, a manifestação psiquiátrica do Alzheimer talvez torne possível iniciar mais cedo o uso de medicações já disponíveis.

“Uma importância do estudo coordenado por Lea é mostrar que a depressão no idoso pode não ser de origem primária, causada por fatores sociais ou ambientais, mas resultado de degeneração de regiões cerebrais”, afirma a psiquiatra Paula Villela Nunes, professora da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Isso não significa que seria mais fácil tratar essas pessoas. Especializada em psiquiatria geriátrica e pesquisadora do Instituto de Psiquiatria (IPq) da USP, Paula suspeita que a depressão decorrente do Alzheimer responda pior aos antidepressivos por causa das lesões degenerativas no cérebro. “Tratar esses casos de depressão talvez seja tão desafiador quanto tratar as demências”, diz Paula.

Dezenas de compostos já foram testados para tentar deter ou retardar o Alzheimer. Atualmente, os especialistas apostam que a saída é buscar formas de identificar as lesões no início ou antes de começarem e usar compostos que evitem os danos antes de surgirem os sinais clínicos da doença.

Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer. Os compostos usados para retardar a perda de memória agem sobre o neurotransmissor acetilcolina, aumentando a atenção. Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos. Além disso, a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais. A Organização Mundial da Saúde calcula que existam quase 50 milhões de pessoas com demência no mundo, de 60% a 80% dos casos provocados por Alzheimer. Esse número deve triplicar até 2050.

Ricardo Zorzetto. Revista Fapesp. Edição 273, nov. 2018. Adaptado.

01

- O objetivo principal do artigo é apresentar evidências de que
- alterações no padrão de sono e apetite relacionadas ao Alzheimer acometem com mais frequência pessoas que já apresentavam histórico de depressão e ansiedade.
 - testes promissores de novos medicamentos contra o Alzheimer, elaborados a partir de ensaios clínicos em pessoas em estágio avançado da doença, estão em curso.
 - idosos com predisposição à depressão devido a fatores ambientais e psicológicos têm maior probabilidade de desenvolver o Alzheimer.
 - problemas psiquiátricos podem ser indícios de que os danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer já estão instalados.
 - medicamentos já usados no tratamento das demências podem ajudar a tratar a depressão associada ao Alzheimer.

02

Depreende-se corretamente do texto que o autor

- expõe uma contradição a respeito do diagnóstico do Alzheimer em “Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença” (1º parágrafo).
- assinala uma condição para o aumento do risco do desenvolvimento do Alzheimer em “em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento” (2º parágrafo).
- ressalta que a doença deve triplicar até 2050 para corroborar o argumento exposto em “Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer” (7º parágrafo).
- introduz um argumento que ratifica a afirmação imediatamente anterior em “Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos” (7º parágrafo).
- estabelece noção de causa e consequência, respectivamente, em “a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais” (7º parágrafo).

03

A afirmação de que o Alzheimer “pode se manifestar de modo dissimulado” (1º parágrafo) significa, no contexto, que os sintomas da doença podem

- fazê-la progredir de modo desfavorável quando não tratados.
- variar bastante de um paciente para outro.
- ser erroneamente associados aos de outras condições.
- deixar de responder a determinados medicamentos.
- apresentar maior gravidade em determinado grupo etário.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 04 A 06

Dentro do campo mais amplo da Psicologia, os analistas do comportamento adotam um conjunto de pressupostos e orientações presentes em uma proposta epistemológica específica, denominada behaviorismo radical. Essa proposta foi inicialmente apresentada pelo psicólogo estadunidense B. F. Skinner (1904-1990).

A fundamentação no behaviorismo radical faz com que os analistas do comportamento compartilhem formas específicas de caracterizar e pesquisar os fenômenos psicológicos e também de intervir sobre eles. Na análise do comportamento, há uma ligação estreita entre essas atividades – caracterizar, pesquisar e intervir.

Em certa ocasião, Skinner afirmou que o comportamento humano é “possivelmente o mais difícil objeto já submetido à análise científica”. A forma como os analistas do comportamento caracterizam e estudam seu objeto produz um conjunto singular de conhecimentos, que permite intervir de maneiras efetivas sobre o comportamento de pessoas e grupos em seu cotidiano.

As intervenções realizadas pela análise do comportamento derivam diretamente dos conhecimentos científicos produzidos pelos analistas do comportamento dedicados à pesquisa. Isso dá aos analistas do comportamento a confiança de que suas intervenções têm fundamentação científica sólida.

Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos, suas evidências empíricas e métodos utilizados para produzi-las. Auxiliar as pessoas a mudar comportamentos demanda quantidade considerável de conhecimento, tempo e trabalho. Esse é um campo em que é fácil encontrar pessoas sem preparo profissional adequado vendendo soluções mágicas por meio de teorias vagas. Basta pensar nas tantas promessas de que é possível “mudar sua vida” praticando certos rituais ou comprando certos produtos. No campo mais amplo dos estudos do comportamento, a aplicação de métodos científicos constitui a exceção, não a regra. A disciplina Análise do comportamento faz parte da exceção.

O objetivo primordial do analista do comportamento é descobrir por que uma pessoa, ou grupo de pessoas, faz o que faz, da maneira como faz. Analisar o comportamento é identificar relações funcionais entre aspectos do ambiente e aspectos do comportamento das pessoas. Essa identificação não é baseada apenas no que o analista do comportamento “acha” que pode afetar o comportamento. As relações funcionais precisam ser descritas empiricamente, por meio de métodos experimentais que permitam verificar com clareza os efeitos de variáveis ambientais sobre o comportamento do indivíduo (Cooper et al., 2007; Johnston; Pennypacker, 2009; Sidman, 1960).

Alexandre Dittrich. Bruno Angelo Strapasson. In: Sella, Ana Carolina; Ribeiro, Daniela Mendonça (Org.). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. Curitiba: Appris, 2018. Capítulo 4. “Bases Filosóficas da Análise do Comportamento Aplicada”, edição digital. Adaptado.

04

Segundo o texto, o analista do comportamento

- (A) lida com um campo de estudos subjetivo, cujo maior desafio é testar na prática suas propostas de intervenção comportamental.
- (B) dedica-se ao funcionamento das relações sociais, com o intuito primordial de descrevê-las.
- (C) desvenda aspectos da personalidade de determinado indivíduo, oferecendo-lhe a possibilidade de autocognição.
- (D) atua com o intuito de influir sobre o comportamento de indivíduos ou grupos, a partir do trabalho de caracterização e pesquisa.
- (E) investiga o impacto do meio social nas atitudes de indivíduos e grupos, com o objetivo de propor soluções cabíveis a determinada sociedade.

05

O termo sublinhado em “Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos” (5º parágrafo) introduz uma

- (A) concessão.
- (B) comparação.
- (C) condição.
- (D) oposição.
- (E) conclusão.

06

A afirmação de que a Análise do comportamento “faz parte da exceção” (5º parágrafo) baseia-se na premissa de que essa disciplina

- (A) atua sobre o comportamento a partir de fundamentos científicos.
- (B) identifica influências do ambiente sobre o indivíduo.
- (C) revela as estruturas inconscientes responsáveis pelo comportamento.
- (D) desvenda processos mentais responsáveis por determinado comportamento.
- (E) propõe-se a investigar problemas comportamentais que sejam prejudiciais ao conjunto da sociedade.

07

Observe o cartaz a seguir:



Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-hansenise/>.

A campanha veiculada no cartaz alerta sobre

- (A) as principais formas de transmissão da hanseníase.
- (B) o preconceito contra o paciente acometido pela hanseníase.
- (C) os efeitos da falta de adesão ao tratamento da hanseníase.
- (D) a importância da adesão aos métodos de prevenção da hanseníase.
- (E) a necessidade de controlar a propagação da hanseníase.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Conforme o Decreto 7.508 de 2011, é correto afirmar que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa

- (A) na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (B) na provisão de cuidados de saúde em serviços públicos e privados, conforme a pactuação consensual entre os entes federativos.
- (C) na conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta.
- (D) no acesso universal e igualitário nos diferentes serviços de saúde ordenados pela atenção primária, dentro de uma Rede de Atenção à Saúde.

(E) na oferta de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de oferecer assistência à saúde.

09

De acordo com a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o trabalho é uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. De acordo com essa Portaria, em que reside o trabalho vivo?

- (A) Nas relações estabelecidas no ato de cuidar que são os vínculos, a escuta, a comunicação e a responsabilização pelo cuidado integral em saúde.
- (B) Nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar; é o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização do cuidado.
- (C) Na superação do cuidado fragmentado que se fundamenta das ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionado a partir da oferta.
- (D) Na valorização do espaço de trabalho em saúde dos profissionais comprometidos em realizar a clínica ampliada, comprometendo-se com o cuidado integral.
- (E) Na ampliação do objeto de trabalho em saúde, compreendendo os problemas de saúde, ou seja, entendendo as situações de risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

10

Os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch iniciaram uma nova fase na evolução da ciência na área da saúde: a descoberta e o estudo dos microrganismos. A partir dessas descobertas, podemos atribuir uma mudança de foco dos profissionais que

- (A) se preocupam mais com as doenças e seu estudo do que com o doente e a consequência das doenças para o doente.
- (B) não consideram a pessoa humana em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social ou moral e espiritual.
- (C) perdem o entendimento de que o paciente é uma pessoa única e que deve ser considerado em sua totalidade.
- (D) defendem que o conceito de autonomia ficou enfraquecido, pois só os mais fortes conseguiram expressar e exercer a sua liberdade.
- (E) entendem que a busca da supressão da dor e a extensão do prazer se tornou o único referencial para todas as ações.

11

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), é correto afirmar que Clínica Ampliada consiste em

- (A) Ajudar o sujeito em seu problema de saúde, realizando o diagnóstico de maneira ética, solicitando exame complementar para se comprovar determinada doença, prescrevendo remédio e terapias alternativas.
- (B) Ter um compromisso radical em realizar o diagnóstico da doença do sujeito, reconhecer seus limites e possibilidades para adquirir os medicamentos prescritos, trabalhando com as restrições de suas possibilidades.
- (C) Perguntar e ouvir do sujeito o que ele entendeu sobre o diagnóstico realizado de modo que possa seguir as orientações oferecidas a fim de obter êxito no tratamento.
- (D) Assumir responsabilidade sobre o usuário do serviço com um compromisso ético profundo, considerando a singularidade do sujeito, e buscar ajuda em outros setores, a que se dá o nome de intersetorialidade.
- (E) Orientar os sujeitos a entender seus problemas de saúde e, de uma maneira ética, buscar ajuda de outros setores para realizar o diagnóstico e exames de acordo com as possibilidades do sujeito.

12

O trabalho em saúde com a Clínica Ampliada “pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço.” Essa metáfora demonstra:

- (A) A qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores em escutar o sujeito e produzir vínculos e afetos sem os quais não se produz o trabalho ancorado na Clínica Ampliada.
- (B) A qualidade da atenção e a satisfação do trabalhador no diálogo com a gestão, a fim de que o gestor possa ser seu representante entre os profissionais do serviço.
- (C) A equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população, com uma gestão de referência facilitando o vínculo específico entre um grupo de profissionais.
- (D) Trabalho cooperativo, com certa divisão de trabalho na atenção à saúde dos usuários, e gestor mediando o diálogo entre os trabalhadores e os demais serviços, possibilitando a integração do cuidado.
- (E) A interdependência do trabalho em saúde é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços.

13

As reformas previstas e defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, estavam na contramão naquele período porque

- (A) a concepção política e ideológica do movimento defendia a saúde como uma questão exclusivamente social.
- (B) havia estabilidade econômica com a retração dos movimentos sociais, pois os trabalhadores ganhavam poder de compra.
- (C) permitiram que maior número de atores participasse do processo de tomada de decisão e implementação da política de saúde.
- (D) recebeu apoio do presidente da República que não seguia a agenda neoliberal e se comprometeu com a reforma sanitária.
- (E) as reformas difundidas naquela época no resto do mundo questionavam a manutenção do estado de bem-estar social.

14

Ancorado em um quadro teórico, Peduzzi (2001) construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe. Assinale a alternativa que caracteriza a tipologia da Equipe Integração:

- (A) Justaposição das ações; agrupamento dos agentes.
- (B) Articulação das ações; agrupamento dos agentes.
- (C) Justaposição das ações; interação dos agentes.
- (D) Articulação das ações; interação dos agentes.
- (E) Articulação das ações; articulação dos agentes.

15

No documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são apresentados os atributos da qualidade para a segurança do paciente. O atributo “Oportunidade” é definido como:

- (A) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los.
- (B) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
- (C) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- (D) Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
- (E) Cuidado respeitoso e responsável às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.

TERAPIA OCUPACIONAL**16**

De acordo com o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional (Resolução n° 425/2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), são responsabilidades fundamentais do terapeuta ocupacional:

- (A) Observar as recomendações e normatizações relativas à capacitação e à titulação, emanadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, realizando provas de título anualmente.
- (B) Portar sempre sua identificação profissional e realizar a atualização cadastral minimamente a cada semestre, respeitadas as regras específicas quanto ao recadastramento nacional.
- (C) Avaliar sua capacidade técnica e somente aceitar atribuição ou assumir encargo quando sentir-se capaz de desempenhar suas atribuições de forma segura ao cliente/paciente/usuário, em respeito aos direitos humanos.
- (D) Proteger o colega de equipe, bem como o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, evitando advertir o profissional faltoso.
- (E) Atualizar-se e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, capacitando-se em benefício do cliente/paciente/usuário/grupo/ comunidade e do desenvolvimento de sua profissão, desde que haja provimento por parte da chefia imediata e/ou da instituição contratante.

17

O apoio matricial apresenta-se como importante ferramenta para a qualificação do cuidado e é composto por

- (A) equipes de referência que se responsabilizam pela totalidade do cuidado, no sentido de identificar as necessidades do usuário e propor ações que busquem respondê-las.
- (B) um conjunto de profissionais de diferentes especialidades, que atenderão às demandas de saúde da população em modalidade ambulatorial.
- (C) médicos especialistas que se reúnem periodicamente com equipes de Saúde da Família para propor ações que extrapolam o escopo do médico generalista.
- (D) um conjunto de profissionais que poderá desenvolver relação direta de assistência ao usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência.
- (E) equipes da Estratégia Saúde da Família que buscarão, de um modo dinâmico e interativo, delegar decisões do cuidado a equipes de outros serviços.

18

O apoio matricial é caracterizado pelas dimensões assistencial e técnico-pedagógica, entendidas como a possibilidade de

- (A) produzir uma ação clínica direta com os usuários e de produzir ação de apoio educativo com e para a equipe, respectivamente.
- (B) responder às demandas sociais de usuários, a partir de ações assistencialistas, e de replicar para a população conhecimentos das equipes técnicas, respectivamente.
- (C) produzir ação de apoio educativo com e para a equipe e de produzir uma ação clínica direta com os usuários, respectivamente.
- (D) replicar para a população conhecimentos das equipes técnicas e de responder às demandas sociais de usuários, a partir de ações assistencialistas, respectivamente.
- (E) revisar práticas assistenciais por meio da educação permanente e de ampliar a interlocução entre equipe e usuário a partir do fortalecimento da participação social, respectivamente.

19

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é necessário considerar o envelhecimento como uma das prioridades do sistema de saúde brasileiro frente ao crescente aumento do número de pessoas idosas na população, visto que

- (A) requer dos serviços a tutela das pessoas idosas, frente à perda da autonomia, à dependência financeira e aos prejuízos de saúde relacionados ao envelhecimento.
- (B) pode acarretar aumento no número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos, por períodos mais prolongados.
- (C) implica investimentos de alto custo para o controle e prevenção de agravos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis.
- (D) exige dos serviços de saúde a redefinição de prioridades, devendo a saúde materno-infantil ser preferida à saúde do idoso.
- (E) pode levar ao excesso de especialização de trabalhadores envolvidos no cuidado a essa população, em todos os níveis de atenção.

20

Na intervenção junto a idosos, o terapeuta ocupacional deve compreender o processo de envelhecimento e reconhecer quais alterações são patológicas e quais são consequências do próprio envelhecer. Assinale a alternativa que apresenta alterações fisiológicas características do processo de envelhecimento:

- (A) Aumento do tecido elástico da pele, levando ao aparecimento de rugas e atrofias.
- (B) Acúmulo de gordura e de cálcio nas artérias, levando ao aumento da vascularização.
- (C) Maior quantidade de gordura subcutânea, com prejuízos à capacidade de termorregulação.
- (D) Aumento da mobilidade do trabalho digestivo, relacionado ao esvaziamento intestinal e retardo no metabolismo.
- (E) Diminuição das massas muscular e óssea, ocasionando alterações na coordenação e no equilíbrio.

21

De acordo com o Manual de procedimentos para os serviços de saúde sobre doenças relacionadas ao trabalho, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos(as) _____ que contemplam os(as) _____ em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas:

- (A) condições físicas e psíquicas do trabalhador / interações com o trabalho.
- (B) fatores de risco / necessidades de produção.
- (C) processos de trabalho / relações saúde-trabalho.
- (D) ambientes laborais / necessidades individuais e coletivas.
- (E) relações trabalhador-chefia / competências individuais.

22

O campo da Saúde Mental e Trabalho estuda as interrelações entre o trabalho, os processos de adoecimento psíquico e o impacto dos aspectos subjetivos do trabalho na saúde mental dos indivíduos. Desse modo, as intervenções da Terapia Ocupacional neste campo

- (A) são embasadas na teoria psicanalítica de Sigmund Freud, na acepção de considerar o trabalhador como sujeito de sua ação, responsável por suas escolhas e adoecimentos, e não como objeto das demandas opressoras do trabalho.
- (B) buscam facilitar a construção de um processo de reflexão sobre o próprio trabalho, permitindo uma apropriação e uma emancipação que favoreçam a reconstrução coletiva do trabalho e contribuam para a participação ativa do trabalhador na prevenção de adoecimentos, no tratamento e no retorno ao trabalho.
- (C) trazem contribuições significativas ao processo diagnóstico, a partir da aproximação com a Psicopatologia do Trabalho, auxiliando equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador a identificar os sintomas psíquicos relacionados ao trabalho.
- (D) são consideradas complementares, já que têm como objeto de intervenção o ajustamento das medidas individuais aos contextos laborais ambientais, em alinhamento à Ergonomia.
- (E) favorecem a otimização da produtividade, a partir dos dados da avaliação da funcionalidade de cada trabalhador e da análise de atividade laboral, almejando os melhores indicadores de produção em um menor intervalo de tempo.

23

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde dessa população e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais se destacam:

- (A) A imobilização dessa população frente à condição de dependência, gerando acomodação a partir dos ganhos secundários advindos das necessidades, que mobilizam a sociedade civil em ações assistencialistas e benéficas.
- (B) A elevada consciência da população em relação aos benefícios resultantes, para os indivíduos e a sociedade, da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política.

- (C) A ineficiência da rede de atenção à saúde, a ausência de políticas públicas específicas para esse segmento populacional e a escassa mobilização social, no sentido de angariar fundos para implementação de novos serviços.
- (D) A desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros e a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida dessas pessoas.
- (E) O apoio das organizações não-governamentais às ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, ao oferecerem serviços complementares às pessoas com deficiência.

24

A _____ deveria ser compreendida como restrição, criada socialmente, às pessoas com algum *déficit*, que limitasse a possibilidade de participação social igualitária. A _____, nessa perspectiva, é imposta ao sujeito por meio de barreiras objetivas, sociais e físicas. É a sociedade que desabilita o sujeito e, sendo assim, é ela que deve remover barreiras e modificar seus padrões normativos.

Assinale a alternativa que indica o termo correto para o preenchimento de ambas as lacunas:

- (A) Inclusão social
- (B) Resiliência
- (C) Exclusão
- (D) Incapacidade
- (E) Deficiência

25

Juliano é terapeuta ocupacional de um Hospital Geral e foi acionado pela equipe médica para atender Moacir, um homem de 35 anos recém-admitido na Enfermaria de Adultos, que sofreu uma lesão medular completa de C5. A respeito da recomendação do uso de tecnologia assistiva, qual deve ser a conduta de Juliano?

- (A) Juliano deverá realizar a requisição de cadeira de rodas com propulsão elétrica ainda na internação, para que Moacir se adapte ao seu uso, ainda em ambiente supervisionado.
- (B) Quanto à prescrição de adaptações e/ou equipamentos de uso definitivo, Juliano deverá recomendar que Moacir promova a continuidade da atenção terapêutico-ocupacional imediatamente após a alta hospitalar, de modo a diminuir o abandono do equipamento ao aguardar o período necessário para aceitação de sua nova condição.
- (C) Definir em conjunto com equipe médica e de enfermagem qual será o grau possível e desejado de autonomia para Moacir, de modo a não o frustrar, buscando não mencionar recursos que não estejam disponíveis ou que exijam acompanhamento da equipe.
- (D) Considerando que este é o momento inicial do contato de Moacir com sua incapacidade, Juliano não deverá prescrever o uso de adaptações e/ou equipamentos, contando com o suporte da equipe de enfermagem para apoiar Moacir em todas as etapas da alimentação e do autocuidado.
- (E) Em um primeiro momento, Juliano deverá identificar com Moacir quais atividades são prioritárias para ele, para então recomendar que utilize o apoio de seus braços, mãos e punhos para descarga de peso durante transferências e mudanças de decúbito, com o apoio de equipamentos.

26

Órtese que apresenta base de suporte e dispositivo para aplicação de força externa, envolve o uso de componentes de força inelásticos que permitem a mudança progressiva da posição articular, alterando a amplitude de movimento sem alterar a estrutura da órtese, sendo eficaz para articulações com limitação de movimento no final do alongamento passivo.

Esta é a descrição da órtese

- (A) estática progressiva.
- (B) dinâmica.
- (C) articulada.
- (D) drop-out.
- (E) estática seriada.

27

Sobre a atuação em contextos hospitalares, é correto afirmar que o terapeuta ocupacional

- (A) é responsável por complementar o cuidado médico, atuando em situações caracterizadas pela limitação funcional e perda da autonomia, com o intuito de estimular componentes do desempenho, como força e resistência.
- (B) tem como principal objetivo intervir nas questões de saúde mental, reconhecendo que os impactos do processo de internação são superiores aos sintomas e perdas de função decorrentes dos quadros clínicos.
- (C) deve conhecer uma ampla variedade de diagnósticos e procedimentos terapêuticos, técnicas e métodos de intervenção em Terapia Ocupacional, além dos diversos recursos sociais, de saúde e da educação da comunidade, para articular a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
- (D) atua em uma única linha especializada de cuidado, como Clínica Médica, Clínica Cirúrgica ou Pediatria, preterindo a integralidade do cuidado frente à necessidade de se especializar para qualificar o cuidado.
- (E) deve trabalhar de forma articulada à rede de atenção à saúde, identificando a necessidade de acionar outros serviços para a programação do cuidado pós-alta, delineando o plante terapêutico-ocupacional a ser seguido pelo ambulatório de referência do usuário.

28

É compreendido como um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder, a partir do qual as Redes de Atenção à Saúde se organizam. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos.

A definição apresentada refere-se ao:

- (A) Princípio da integralidade.
- (B) Projeto de Saúde.
- (C) Princípio da intersetorialidade.
- (D) Território.
- (E) Trabalho em equipe.

29

A proposta da Clínica Ampliada é atualmente uma das principais diretrizes das Redes de Atenção à Saúde e se direciona a todos os profissionais na sua prática de atenção aos usuários. Caracterizam a Clínica Ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a transformação dos instrumentos de trabalho,

- (A) o trabalho multiprofissional em equipe e a educação continuada.
- (B) a construção de projetos terapêuticos singulares e o trabalho no território.
- (C) a superação do modelo biomédico ou psicológico e a atenção voltada aos determinantes sociais da saúde.
- (D) a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e o suporte aos profissionais de saúde.
- (E) a assunção da transdisciplinaridade e do princípio da autogestão na organização dos serviços de saúde.

30

O Projeto de Saúde no Território é uma das principais ferramentas tecnológicas para o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, no componente Atenção Básica das Redes de Atenção à Saúde. O PST, como é conhecido, deve

- (A) ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, na existência de demandas e na priorização.
- (B) responder aos critérios de adscrição e abrangência como marcadores finais de limites de ação.
- (C) atender apenas às prioridades determinadas pela gestão municipal, a partir de dados epidemiológicos.
- (D) contemplar apenas as principais linhas de cuidado prioritárias da atenção básica, tais como gestantes, pessoas com diabetes ou hipertensão e tabagistas.
- (E) convocar, eleger e coordenar o conselho gestor do serviço ou território, atuando com vistas a garantir o controle social.

31

A Linha de Cuidado é uma das principais ferramentas de micro gestão dos serviços. Definida como uma forma de articulação de recursos e das práticas de cuidado, visa à coordenação do cuidado ao longo do tempo, entre os diferentes pontos de atenção e profissionais, superando a fragmentação das respostas. De acordo com Reis et al. (2012), um dos principais desafios encontrados por terapeutas ocupacionais atuantes na Atenção Básica na composição das linhas de cuidado

- (A) são as condições de vida das populações atendidas pela TO, marcadas pela pobreza e por processos de vulnerabilidade social extrema.
- (B) é a resistência ainda encontrada nas equipes e comunidades frente às propostas de atendimentos não pautados pela lógica ambulatorial.
- (C) são os processos de trabalho hierárquicos, centrados no poder médico e não interdisciplinares.
- (D) são os níveis de gravidade das deficiências das pessoas, que impedem que o cuidado seja produzido na atenção básica.
- (E) é a falta de recursos e equipamentos especializados para, por exemplo, a confecção e dispensação de órteses, próteses e outros equipamentos de tecnologia assistiva.

32

O trabalho em equipe configura-se em uma das principais diretrizes para a transformação das práticas de cuidado no SUS e está presente em todas as políticas, componentes e pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Na prática cotidiana, são ferramentas para operacionalização do trabalho em equipe:

- (A) O princípio de governança local e as linhas de cuidado.
- (B) A hierarquização entre os diferentes níveis de complexidade e a adscrição populacional.
- (C) A horizontalidade das relações profissionais e o modelo anátomo-clínico compartilhado.
- (D) A referência e contrarreferência e o encaminhamento entre serviços.
- (E) O apoio matricial e a construção do Projeto Terapêutico Singular.

33

O Projeto Terapêutico Singular é uma das principais ferramentas de organização do cuidado no SUS. De acordo com as diretrizes para sua construção, junto às mais atuais perspectivas da Terapia Ocupacional, é necessário que o PTS

- (A) busque a maior adequação possível do sujeito às condições normais da vida, de acordo com o contexto em que vive e com quem compartilha seu cotidiano.
- (B) seja centrado no sujeito, suas necessidades e em seu contexto de vida, compartilhado em equipe e em rede.
- (C) considere o sujeito como seu objeto e tenha seus diferentes momentos – prevenção, tratamento e reabilitação – bem delimitados.
- (D) garanta a continuidade do cuidado do sujeito, individual ou coletivo, no serviço por onde iniciou seu tratamento.
- (E) tenha como diretriz central a saúde comunitária e não mais a individual, buscando encontrar soluções coletivas.

34

Assinale a alternativa que apresenta aspectos que podem ser compreendidos como processo em Terapia Ocupacional, de acordo com as diretrizes da Associação Americana de Terapia Ocupacional:

- (A) Prevenção, promoção e reabilitação.
- (B) Análise da atividade, análise do desempenho e análise ambiental.
- (C) Avaliação, intervenção e resultados alvo.
- (D) Transferência e contratransferência, continência e holding.
- (E) Indivíduo, terapeuta e atividade.

35

Um dos principais movimentos inspiradores da Terapia Ocupacional e da Política Nacional de Saúde Mental brasileira ficou conhecido, no Brasil, como Desinstitucionalização Italiana. De acordo com os autores centrais dessa experiência,

- (A) é imperativa a desconstrução dos aparatos teóricos e institucionais que edificam e legitimam a psiquiatria e o papel segregador e violento das instituições totais.
- (B) a desinstitucionalização só pode ser assim conduzida a partir da extinção de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por comunidades terapêuticas, inseridas na comunidade.
- (C) é necessário transformar o modelo centrado na experiência singular que cada sujeito vivencia como sofrimento psíquico, deslocando o olhar para os determinantes socioculturais da loucura.
- (D) a loucura não deve mais ser objeto de qualquer especialidade nucleada no campo da saúde; a experiência deve ser reconhecida enquanto fenômeno social.
- (E) o processo de desconstrução do manicômio passa pelo processo de normatização e cura de todas as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em serviços ambulatoriais e comunitários.

36

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2011, visa à ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental ou problemáticas decorrentes do uso de drogas. Sua principal premissa é

- (A) promover campanhas de esclarecimento e sensibilização da população geral contra o estigma das pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas.
- (B) que as pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas sejam reconhecidas como pessoas com deficiência para que tenham acesso aos direitos previstos em lei, tais como o Benefício de Prestação Continuada, também conhecido como LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social).
- (C) garantir o direito ao internamento em instituições de longa permanência nos casos de alta severidade do transtorno, violência ou a pedido da família.
- (D) concentrar o cuidado de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas em serviços especializados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial.
- (E) oferecer o cuidado em saúde mental na comunidade, prezando pelos direitos e pela liberdade dos sujeitos acometidos por transtorno mental ou que fazem uso de drogas.

37

Ao receber pela primeira vez uma pessoa com necessidades decorrentes do uso de drogas em qualquer ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, um dos princípios que deve nortear o cuidado ofertado pela equipe é

- (A) agendar o primeiro atendimento do usuário, com data e horários pré-estabelecidos, em curto prazo, para compreender o grau de comprometimento do sujeito para com o seu cuidado.
- (B) construir com o usuário o seu Projeto Terapêutico Singular, buscando o maior número possível de atividades e recursos que ele possa desenvolver no serviço e reduzindo, assim, os riscos de recaídas.
- (C) acolher o usuário tal qual ele se apresente para o cuidado, com baixa exigência e sem barreiras sintomatológicas/administrativas ou de julgamentos.
- (D) encaminhar o usuário para uma Unidade de Acolhimento ou Comunidade Terapêutica, para que ele passe pelo processo de desintoxicação e possa iniciar o tratamento.
- (E) oferecer estratégias de redução de danos de acordo com a droga utilizada pelo usuário, propondo a substituição por substâncias de menor risco.

38

Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. Reconhece o usuário em sua singularidade e constrói com ele estratégias que focam a defesa da vida. Assinale a alternativa que apresenta uma das premissas da RD:

- (A) O uso de drogas ocorre em um processo, do início à dependência, e assim também se dá a interrupção do uso, concepção contrária à ideia de desintoxicação e abstinência abrupta.
- (B) As pessoas têm direito ao uso de quaisquer substâncias, a partir da perspectiva do direito ao próprio corpo e ao consumo.
- (C) A diminuição do uso ou a substituição da droga consumida por outra que ofereça menor risco levará, invariavelmente, à interrupção do uso.
- (D) O uso de drogas é considerado uma questão de saúde pública e comunitária, não individual e, por isso, seu foco se dá nas relações sociais e não no usuário.
- (E) Há pessoas que consomem drogas (lícitas ou ilícitas) que não conseguem ou não querem interromper o uso e isso não cessa seu direito de cuidado em saúde.

39

Atualmente no Brasil, o cuidado a crianças com Transtorno do Espectro Austista (TEA) deve ser realizado pela Rede de Atenção Psicossocial. Em relação ao diagnóstico do TEA, a política estabelece:

- (A) O diagnóstico definitivo de TEA deve ser firmado ainda no primeiro ano de vida da criança, ampliando as possibilidades de intervenção precoce.
- (B) A detecção precoce para o risco de TEA é um dever do Estado, contemplando as diretrizes de prevenção de agravos e promoção e proteção à saúde.
- (C) O diagnóstico de TEA baseia-se na aplicação de testes, escalas e instrumentos padronizados e validados internacionalmente, buscando critérios cada vez mais bem definidos e homogêneos para o transtorno.
- (D) A estimulação cognitiva, sensorial ou comportamental só deve ser iniciada após o diagnóstico definitivo, diminuindo o risco de intervenções desnecessárias ou iatrogênicas.
- (E) O diagnóstico de risco para o TEA deve ser considerado para fins de início de tratamento, concessão de benefícios e notificações de vigilância e epidemiológicas.

40

Importante tecnologia do cuidado em Terapia Ocupacional, que permite relacionar desordens na percepção, organização e interpretação da informação sensorial interoceptiva e exteroceptiva, correlacionando-as com as dificuldades de aprendizagem e os desempenhos ocupacionais ineficientes. No caso do Transtorno do Espectro Austista (TEA), estudos têm apontado grande incidência de comportamentos atípicos de resposta sensorial, como padrões de hipo e hiper-resposta coexistentes e flutuantes que contribuem para maior dependência nas atividades de autocuidado e atividades cotidianas, bem como déficit discriminativo ou perceptivo, contribuindo para problemas posturais e práticos observados em crianças com o espectro.

Assinale a alternativa que identifica corretamente a tecnologia descrita.

- (A) Tratamento Clínico de Base Psicanalítica.
- (B) BA – Análise do Comportamento Aplicada.
- (C) Integração Sensorial.
- (D) TEACCH – Tratamento e Educação para Crianças com TEA.
- (E) CSA – Comunicação Suplementar e Alternativa.

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° 4249, 2010), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria N° 2528, 2006), as demais políticas públicas de Saúde vigentes e os fundamentos da prática da Terapia Ocupacional na atenção à saúde do idoso, a partir da sua inserção como terapeuta ocupacional em um hospital geral, analise o caso a seguir.

Humberto é um senhor de 75 anos, aposentado, natural de Sertãozinho/SP, pai de duas filhas e viúvo. Há 10 meses, ele e sua esposa testaram positivo para o novo Coronavírus. Humberto apresentou sintomas leves e não precisou ser internado, porém sua esposa apresentou um quadro mais grave, foi internada e veio a óbito. Sua filha mais nova reside em Minas Gerais (MG), e sua filha mais velha, Raquel, reside na cidade de São Paulo. Após o falecimento de sua mãe, Raquel chamou seu pai para vir morar com ela, temendo que ele se sentiria só e não cuidaria tão bem da própria saúde, porém ele recusou, não desejando sair da cidade onde viveu toda sua vida e alegando receber apoios de sua rede social local. No último mês, Raquel observou que seu pai se apresentava pouco comunicativo, enquanto conversavam ao telefone. Há poucos dias, em uma ligação, Humberto mostrou-se confuso e desorientado. Temendo por sua condição geral de saúde, Raquel foi até Sertãozinho e observou que Humberto havia perdido peso e que se apresentava apático. Levou-o para São Paulo e, na mesma noite, Humberto passou a se queixar de intensa dor abdominal e dificuldade para urinar, sendo levado ao Pronto Socorro de um hospital geral. Os médicos diagnosticaram uma infecção urinária importante e identificaram diversas alterações metabólicas, possivelmente decorrentes de um quadro de desnutrição e desidratação, que deverão ser investigadas. Humberto foi admitido na enfermaria e, no momento, não há previsão de alta.

Como terapeuta ocupacional responsável pelo acompanhamento das pessoas internadas na enfermaria onde Humberto se encontra, responda ao que se solicita.

01

Destaque e justifique ao menos quatro situações/condições de saúde e sociais de Humberto que demandam cuidado no contexto hospitalar, enquanto componente da Rede de Atenção à Saúde.

RACUNAHO

02

Apresente três possíveis ações/intervenções da Terapia Ocupacional no cuidado direto ao Humberto, no contexto da enfermaria onde ele se encontra.

03

Apresente duas ações não relacionadas ao cuidado hospitalar direto do Humberto, que também devem ser propostas durante sua internação. Justifique.

