



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 2020**

01/09/2019

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) 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: **3h00**. 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

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima apud Fortuna (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.
[...]

PEDUZZI, M. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". *Revista Saúde Pública*. 2001, vol. 35, n. 1, p. 103-109. ISSN 0034-8910.

01

De acordo com o texto, o intenso processo de especialização na área da saúde tem como tendência a

- (A) generalização do conhecimento de uma área e a possibilidade de atuação em conjunto com outras áreas na saúde.
- (B) individualização da ação dos profissionais e a discussão sobre a articulação entre ações e saberes de diversas áreas da equipe.
- (C) diferenciação das ações entre as áreas de conhecimento e o detalhamento das possibilidades de elo entre os profissionais.
- (D) particularização de atividades na área da saúde e a consolidação de conhecimentos individualizados no trabalho.
- (E) discriminação de aspectos individualizados de profissionais da saúde e a relação de conhecimentos de diferentes áreas envolvidas na equipe.

02

O levantamento bibliográfico sobre equipe de saúde referido no texto

- (A) aborda a equipe multiprofissional e as relações entre as especialidades, observando a articulação entre os trabalhos especializados e suas tarefas e atividades dos profissionais.
- (B) evidencia uma abordagem que não problematiza a articulação entre as especialidades, privilegiando a concepção tecnicista de aglomerado de atribuições, tarefas ou atividades.
- (C) expõe uma noção a ser construída sobre a equipe multiprofissional, problematizando a atuação dos profissionais de diferentes áreas que atuam conjuntamente.
- (D) expressa os achados de um conjunto numeroso de definições de equipe, em que prevalecem concepções dialógicas sobre a atuação dos profissionais especializados.
- (E) manifesta a predominância de uma abordagem que discute a articulação entre as áreas profissionais, observando suas atuações para além da coexistência dessas áreas na equipe.

03

Sobre as concepções de trabalho em equipe citadas no texto, é correto afirmar que:

- (A) As concepções sobre o trabalho em equipe exploram os resultados, as relações e a interdisciplinaridade de forma conjunta.
- (B) As visões sobre o trabalho em equipe possuem focos diferentes, distinguindo-se pela observação dos resultados, das relações e da interdisciplinaridade.
- (C) A noção de trabalho em equipe como base da organização dos serviços de saúde tem como foco conceitos da psicologia e análises interpessoais.
- (D) O conceito de equipe como recurso para a produtividade e racionalização apoia-se na discussão sobre a articulação de saberes e divisão do trabalho.
- (E) A abordagem interdisciplinar de equipe traz para a discussão o aprofundamento vertical do conhecimento e a especialização das áreas de saúde.

04

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011.

Ao tratar da prestação de serviços especializados no SUS, o texto enfoca, de modo mais evidente,

- (A) o acesso.
- (B) a qualidade.
- (C) o custo.
- (D) a técnica.
- (E) a precarização.

05

Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26,9 milhões de pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica. A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autotomam seu estado de saúde como ruim, o que indica que indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011. Adaptado.

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) As informações demonstram que a desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica está presente mesmo nos casos de transtornos graves de saúde.
- (B) Os dados apresentados no texto indicam que o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou de forma considerável após a criação do Sistema Único de Saúde.
- (C) Observa-se aumento de 174% no uso de serviços de saúde com a criação do SUS, superando países mais desenvolvidos, que apresentam taxas de 68% (EUA) e de 80% (Alemanha, França e Canadá).
- (D) Em 2008, 59% das pessoas de renda mais alta e 76% das pessoas de renda mais baixa afirmaram ter consultado um médico, o que mostra favorecimento aos usuários do SUS.
- (E) A desigualdade socioeconômica não existe no acesso à assistência médica, já que o SUS proporcionou um aumento de 174% no uso de serviços de saúde.

06

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de duas obras muito importantes de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter.

Van Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.

Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Especialização em Saúde da Família*. UNASUS, Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010.

A proposição de Van Potter anunciada no texto tem como base

- (A) a possibilidade de potencializar o desenvolvimento tecnológico.
- (B) o monitoramento do uso de material biológico em pesquisas científicas.
- (C) a discussão da relação entre o desenvolvimento científico e a vida.
- (D) o controle do desenvolvimento tecnológico e científico da humanidade.
- (E) a proibição de procedimentos invasivos em pesquisas com seres humanos.

07

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliiqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Deduz-se corretamente do texto que a clínica deve

- (A) possuir diagnósticos e intervenções com base em informações generalizáveis.
- (B) centrar-se na saúde para o alcance do tratamento dos pacientes.
- (C) considerar a multiplicidade de características dos usuários para a resolubilidade de seus casos.
- (D) observar os sujeitos tendo como referência as expressões das doenças de que são portadores.
- (E) interferir na baixa adesão a tratamentos e na dependência dos pacientes dos serviços de saúde.

CONHECIMENTOS GERAIS**08**

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços:

- (A) Atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária.
- (B) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; programa de imunização; atenção psicossocial; unidade coronariana.
- (C) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar.
- (D) Urgência e emergência; atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; sistema de informação em saúde; atenção hospitalar.
- (E) Prevenção e promoção da saúde; atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar; central de regulação de vagas.

09

Antônio tem um plano de saúde privado, benefício fornecido pela empresa na qual trabalha. A caminho do trabalho, Antônio é atropelado, sofrendo um grave acidente. Ele é resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e atendido no pronto-socorro de um hospital público mais próximo. Este atendimento é respaldado por qual princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (A) Equidade.
- (B) Integralidade.
- (C) Reciprocidade.
- (D) Universalidade.
- (E) Ressarcimento.

10

Atualizada em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece parâmetros mínimos de alcance, infraestrutura e funcionamento dos serviços. Acerca da PNAB, é correto afirmar:

- (A) A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- (B) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde.
- (C) As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar com carga horária mínima de 30 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana.
- (D) A população adscrita por equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve ser de 3.000 a 4.500 pessoas.
- (E) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são serviços com unidades físicas independentes e especiais, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

11

A Bioética (“ética da vida”) é um campo do conhecimento que aborda as possíveis implicações, positivas ou negativas, dos avanços da ciência, assim como trata dos limites e das finalidades da intervenção do homem sobre a vida. Qual das alternativas a seguir **NÃO** apresenta um fundamento ou um princípio da Bioética?

- (A) Beneficência.
- (B) Justiça.
- (C) Confidencialidade.
- (D) Autonomia.
- (E) Respeito pela pessoa humana.

12

Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, é correto afirmar:

- (A) Dentre os principais itens que compõem os gastos em saúde, a maior despesa pública federal com saúde refere-se à assistência farmacêutica.
- (B) Do total de gastos do sistema de saúde brasileiro, a soma de gastos públicos, considerando as três esferas do Sistema Único de Saúde - SUS (municípios, Estados e União), é menor que a soma de gastos privados (gastos com planos de saúde, compra de medicamentos e desembolso direto).
- (C) O financiamento do SUS melhorou significativamente a partir de 1997, quando foi criado um tributo especificamente para financiar a saúde (a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF), com destinação total para a expansão dos serviços públicos de saúde.
- (D) Os indivíduos e famílias são os maiores financiadores do mercado de planos e seguros de saúde privados no Brasil.
- (E) Por lei, para a Saúde, os municípios devem disponibilizar, obrigatoriamente, 12% de suas receitas (arrecadação de impostos), os Estados devem aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas, e a União deve destinar, no mínimo, 10% de sua Receita Corrente Bruta.

13

No Brasil, as mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade estão relacionadas, entre outros fatores, a transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Quais são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil, considerando taxas nacionais de mortalidade?

- (A) Doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas.
- (B) Câncer, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas.
- (C) Doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e homicídios.
- (D) Diabetes, hipertensão e câncer.
- (E) Doenças crônicas não transmissíveis, homicídios e Alzheimer e outras demências.

14

A Atenção Primária em Saúde (APS) pressupõe:

- 1) o acompanhamento e a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente e consistente;
- 2) o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários, entre os diversos serviços, estruturas e pontos da rede de saúde, de forma contínua e integrada.

Assinale as diretrizes/atributos da APS correspondentes às descrições nos itens 1 e 2, respectivamente:

- (A) Horizontalidade (1) e Territorialização (2).
- (B) Resolutividade (1) e Ordenação da Rede (2).
- (C) Equidade (1) e Descentralização (2).
- (D) Longitudinalidade (1) e Coordenação do Cuidado (2).
- (E) Continuidade (1) e Integralidade (2).

15

No início do século XX, a Saúde Pública no Brasil foi marcada pelo combate a doenças e epidemias, com campanhas coercitivas que geravam descontentamento da população. Isso levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Essa campanha contestada era destinada a combater qual doença da época?

- (A) Peste bubônica.
- (B) Sarampo.
- (C) Varíola.
- (D) Rubéola.
- (E) Febre amarela.

TERAPIA OCUPACIONAL

16

De acordo com o Código de Ética da profissão e com as diretrizes das Políticas Públicas Nacionais, o terapeuta ocupacional deve

- (A) atuar em prol da categoria e buscar aprimoramento profissional constante, a fim de garantir espaço no mercado de trabalho e ampliação dos atos privativos da profissão.
- (B) respeitar a vida humana, jamais cooperando em ato que, voluntariamente, atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano ou sua inclusão sócio-comunitária
- (C) buscar formas de assegurar a todo cliente/paciente/usuário sob seu cuidado o acesso universal a recursos de tecnologia assistiva, com vistas a garantir a inserção social.
- (D) conhecer os direitos humanos, civis e sociais de seu cliente/paciente/usuário, a fim de garantir encaminhamentos precisos para os órgãos responsáveis pelo acesso a tais direitos.
- (E) atender cliente/paciente/usuário gratuitamente, mesmo que fora dos serviços públicos do sistema de saúde, educação ou assistência social, haja vista seu compromisso com o acesso universal ao cuidado de todo cidadão.

17

O conceito de Comportamento Ocupacional, desenvolvido por Mary Reilly, é considerado um marco da Terapia Ocupacional, pois

- (A) compreendeu a ocupação e a forma como as pessoas se engajam nela como o conceito estruturante da prática e da pesquisa em Terapia Ocupacional e criou as bases para o desenvolvimento do Modelo da Ocupação Humana.
- (B) defendeu que a reorientação dos comportamentos disfuncionais é o foco da atuação do terapeuta ocupacional e foi desenvolvido a partir dos pressupostos teóricos da Psicologia Comportamental.
- (C) considerou os resultados das interações sociais nos estados de saúde das pessoas e postulou que a ação do terapeuta ocupacional deveria pautar-se na ampliação das redes sociais.
- (D) defendeu o uso terapêutico das atividades expressivas e da análise de seus componentes, como eixo estruturante da prática da Terapia Ocupacional Psicodinâmica.
- (E) foi a base do desenvolvimento dos primeiros instrumentos da Terapia Ocupacional para a avaliação do desempenho ocupacional, adaptação e retorno ao trabalho.

18

Leia as afirmações sobre o documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional” (AOTA, 2005) e atribua Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- (I). Tem como foco do processo terapêutico o uso de ocupações para promover saúde, bem-estar e participação.
- (II). Utiliza a Abordagem Centrada no Cliente como modelo que sustenta a compreensão do terapeuta ocupacional sobre o indivíduo alvo da intervenção.
- (III). Ancora-se em três aspectos centrais: o domínio – que descreve o foco da profissão e suas ações; o raciocínio – que aborda a avaliação e a intervenção; o processo – que define as características da relação terapêutica.
- (IV). Dialoga com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde, uma vez que compreende que a incapacidade do indivíduo em participar da vida interfere em sua saúde.

- (A) (I) – V; (II) – V; (III) – V; (IV) – V.
- (B) (I) – V; (II) – V; (III) – V; (IV) – F.
- (C) (I) – V; (II) – V; (III) – F; (IV) – V.
- (D) (I) – V; (II) – V; (III) – F; (IV) – F.
- (E) (I) – V; (II) – F; (III) – F; (IV) – F.

19

De acordo com o documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional” (AOTA, 2005), é correto afirmar sobre o processo de intervenção em Terapia Ocupacional:

- (A) É desenvolvido sequencialmente, para contemplar de modo separado as etapas de avaliação, intervenção e resultados, a partir da avaliação dos fatores do cliente, habilidades e padrões de desempenho, contexto e ambiente.
- (B) É definido pelo modelo teórico proposto pela Estrutura, no qual a análise do desempenho ocupacional nas ocupações significativas para o cliente ocupa posição central na avaliação e, portanto, no estabelecimento das metas.
- (C) Considera o ambiente no qual o cliente vive como contexto para a avaliação de seu desempenho, mas não como alvo de intervenção, visto que o ambiente é mutável e o cliente deve poder desempenhar suas ocupações em qualquer contexto.
- (D) Dirige-se a clientes individuais, não podendo ser aplicado a grupos ou coletivos, uma vez que tem na avaliação do desempenho ocupacional o elemento central para a definição da intervenção.
- (E) É construído a partir do raciocínio clínico do terapeuta, processo no qual ele identifica as demandas do cliente e define a seleção precisa de modelos, recursos, instrumentos e medidas de resultados, centrados no cliente e em sua participação social.

20

Para diversos autores da Terapia Ocupacional (AOTA, 2015; Castro, 2007; Mângia, 2002), a construção da relação entre terapeuta e sujeito alvo do cuidado é essencial ao processo de intervenção. Sobre essa relação, leia as afirmações a seguir e atribua Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- (I). Consiste em uma relação ética com uma demanda acolhida dentro de um campo de direitos e de um conjunto de políticas referentes aos atendimentos em saúde.
- (II). O uso terapêutico de si permite que os profissionais de terapia ocupacional desenvolvam e gerenciem a sua relação terapêutica com os clientes por meio da empatia, da narrativa e do raciocínio clínico.
- (III). A centralidade da ação terapêutica está na pessoa e seu contexto, demandas e necessidades; a ação do terapeuta situa-se, de forma interativa, na relação entre sujeito e contexto.
- (IV). A relação terapeuta-paciente precisa ser cuidada para não reproduzir com o paciente um funcionamento no qual este se situe como objeto da relação.

- (A) (I) – V; (II) – V; (III) – V; (IV) – V.
- (B) (I) – V; (II) – F; (III) – V; (IV) – F.
- (C) (I) – F; (II) – V; (III) – F; (IV) – V.
- (D) (I) – F; (II) – V; (III) – F; (IV) – F.
- (E) (I) – V; (II) – F; (III) – F; (IV) – F.

21

Sobre a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), é correto afirmar:

- (A) Utiliza uma escala de desempenho ocupacional que avalia o grau de funcionalidade das tarefas realizadas pelo cliente e estabelece metas progressivas para a melhora do desempenho e do grau de satisfação com a tarefa.
- (B) É administrada por meio da observação do cliente durante a realização de tarefas que ele considera significativas, o que permite ao terapeuta a mensuração do desempenho do cliente.
- (C) É baseada no documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional”, da Associação Americana de Terapia Ocupacional, e incorpora as mesmas definições de Domínio, Relação e Processo.
- (D) Tem como finalidade mensurar mudanças na percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional, bem como mudanças em sua satisfação com esse desempenho.
- (E) É um instrumento de avaliação, que tem como propósito oferecer ao terapeuta ocupacional a anamnese completa para a escolha mais adequada do modelo de intervenção, auxiliando no raciocínio clínico do terapeuta.

22

Para Ballarin (2007), o trabalho com grupos em Terapia Ocupacional

- (A) caracteriza-se pelo trabalho com grupos fechados de pacientes com transtorno mental e tem como objetivo central o manejo de situações interpessoais produzidas no contexto da realização coletiva de atividades expressivas.
- (B) exige do terapeuta conhecimentos sobre coordenação e manejo das dinâmicas grupais, sobre as relações entre os participantes do grupo e sobre as relações destes com as atividades desenvolvidas.
- (C) apresenta características singulares e específicas, pois na área foram desenvolvidos princípios e ferramentas específicas que não apresentam similaridade com as demais orientações sobre práticas grupais.
- (D) foi desenvolvido no Brasil especialmente na década de 1960, impulsionado pela orientação psicodinâmica e pelo trabalho de Nise da Silveira, tendo sido posteriormente criticado e abandonado pelos autores da área.
- (E) não requer o estabelecimento de contrato terapêutico entre coordenador e participantes, pois é desenvolvido a partir de princípios de autonomia e cogestão, no qual os próprios participantes podem decidir sobre a proposta grupal e o tempo de duração.

23

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresenta avanços significativos em relação à Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens que a antecedeu. Dentre seus avanços, podemos destacar a

- (A) adoção da perspectiva psicossocial como marco teórico que orienta a compreensão das questões relacionadas à saúde e cuidado, bem como o foco na participação social.
- (B) ratificação do modelo biomédico como principal fundamento para a compreensão das doenças e o foco na democratização do acesso aos serviços e cuidados em saúde.
- (C) adoção da cidadania como marco para o desenvolvimento dos processos de intervenção e tratamento, em nível macro, na definição de políticas públicas, e em nível micro, nas relações entre profissionais e pacientes.
- (D) compreensão do processo saúde-doença como determinado pelas condições individuais do paciente e a inclusão social como objetivo central para o tratamento.
- (E) assunção de três elementos para a compreensão da deficiência: o dano biológico; a incapacidade e a desvantagem; a compreensão do ambiente como alvo de intervenção.

24

Ao atuar na Atenção Básica (AB), no contexto do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), o terapeuta ocupacional dispõe da ferramenta tecnológica Projeto de Saúde do Território (PST). Sobre o PST, é correto afirmar:

- (A) É a ferramenta equivalente ao Projeto Terapêutico Singular, voltada para grupos ou coletivos, em articulação com a comunidade e seus recursos.
- (B) Implica o reconhecimento, articulação e utilização de recursos não formais do território, tais como igrejas, associações comunitárias, organizações da sociedade civil, dentre outros.
- (C) Representa a realidade epidemiológica do território de abrangência do serviço de AB e serve como parâmetro para a escolha e contratação de profissionais, equipes e serviços de saúde e sociais.
- (D) Configura-se como estratégia das equipes de AB para a compreensão e elaboração de um plano de ações voltado a uma área ou população vulnerável ou em risco.
- (E) Caracteriza-se pelo projeto de articulação da rede de atenção à saúde de determinado território, no qual estão definidos os fluxos entre os diversos pontos de atenção e os protocolos comuns de cuidado.

25

Dentre as ferramentas de microgestão dos serviços propostas pelas Redes de Atenção à Saúde, as Linhas de Cuidado podem ser definidas como

- (A) o conjunto de recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção e de organização de serviços, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia.
- (B) a articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de saúde para a condução oportuna, ágil e singular do processo de diagnóstico e terapia dos usuários, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.
- (C) o processo desenvolvido entre o profissional responsável e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar atenção de qualidade e humanizada.
- (D) o processo de análise da qualidade da atenção à saúde, que inclui os procedimentos de diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.
- (E) a tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços nos quais exista desequilíbrio entre a oferta e a demanda, por meio do estabelecimento de critérios de necessidades e riscos.

26

Sobre a atuação da Terapia Ocupacional na atenção hospitalar, leia as afirmações a seguir e atribua Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- (I). Tem como perspectiva a promoção da saúde e qualidade de vida ocupacional durante o período de internação hospitalar.
- (II). Rompe com a perspectiva da manutenção da funcionalidade para assumir a perspectiva da integralidade.
- (III). Exige do terapeuta ocupacional conhecimento sobre diagnósticos clínicos e procedimentos terapêuticos, técnicas e métodos de intervenção.
- (IV). O terapeuta ocupacional deve compor a equipe de saúde da instituição hospitalar, oferecendo seus conhecimentos e desenvolvendo ações num trabalho multiprofissional integrado.

(A) (I) – V; (II) – V; (III) – F; (IV) – V.

(B) (I) – V; (II) – V; (III) – F; (IV) – F.

(C) (I) – V; (II) – F; (III) – V; (IV) – V.

(D) (I) – F; (II) – F; (III) – V; (IV) – F.

(E) (I) – F; (II) – F; (III) – F; (IV) – F.

27

Dentre as principais ações desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional no contexto hospitalar, destacam-se:

- (A) desenvolver estratégias de cuidados dos profissionais e equipe hospitalar, promovendo a saúde de quem cuida, e organizar espaços e momentos de discussão dos processos de trabalho e supervisão.
- (B) coordenar as equipes a partir da definição de diagnósticos e estratégias de tratamento clínico e intervir no ambiente hospitalar por meio da construção de salas de espera humanizadas e brinquedotecas.
- (C) atuar de acordo com o plano de tratamento de cada paciente determinado e prescrito pela equipe médica e respeitar os princípios de integralidade e humanização do cuidado.
- (D) assumir intervenções de acordo com seu conhecimento clínico específico e interagir com outros profissionais para garantir a integralidade do cuidado.
- (E) intervir no hospital por meio da humanização do ambiente, dos atendimentos e das relações interpessoais e realizar ações para a prevenção de incapacidade e/ou recuperação da capacidade funcional do paciente.

28

Sobre a perspectiva socioterápica, considerada um dos referenciais que embasou o desenvolvimento da Terapia Ocupacional em Saúde Mental, é correto afirmar que

- (A) aponta a importância do trabalho e da pedagogia na organização das práticas institucionais, de forma a reconduzir o doente a um papel socialmente aceito.
- (B) considera o adoecimento mental como consequência de fatores ambientais e, por isso, defende que o tratamento seja realizado em instituições situadas em locais isolados e tranquilos.
- (C) justifica o isolamento do paciente com o objetivo de habilitá-lo para a recuperação de habilidades e capacidades perdidas e que dificultam sua inclusão e participação social.
- (D) tem como foco a remissão de sintomas e do quadro agudo por meio da inserção em atividades laborativas e potencialmente terapêuticas.
- (E) compreende que é no campo relacional que o sujeito se constitui e adquire sentidos para o viver, sendo esse campo privilegiado para o tratamento e para os processos de transformação institucionais.

29

Dentre os eixos que Mângia (2002) considera fundamentais para orientar a prática contemporânea da terapia ocupacional em saúde, está:

- (A) A adoção de referenciais teóricos que assumam como objeto central da ação terapêutica a doença e a contenção dos sintomas da crise.
- (B) A importância da “tomada de responsabilidade”, que significa assumir a tutela dos pacientes graves atendidos.
- (C) O desenvolvimento de estratégias que tenham como objetivo que o indivíduo desenvolva recursos psicoafetivos ou cognitivos para superar sua situação de desvantagem.
- (D) A relevância de se manter como momentos separados as fases do processo terapêutico: prevenção, tratamento e reabilitação.
- (E) O desenvolvimento de projetos terapêuticos com definição de metas e ações compartilhadas, entre usuário e terapeuta, continuamente avaliados e redefinidos.

30

Roberta é terapeuta ocupacional de um CAPS ad. Ao acolher um usuário que chega acompanhado de um familiar, e adotando a Redução de Danos como abordagem técnico-política no campo de atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ela deve

- (A) adotar uma postura de alta exigência, pois a vivência da drogadição é intimamente ligada à falta de contorno e ao desajuste social, e é fundamental que o usuário compreenda a importância das regras para o convívio social.
- (B) pedir para o familiar aguardar na recepção enquanto atende o usuário, visto que o fenômeno da co-dependência tem sido considerado um importante fator dificultador de um desfecho de sucesso para o tratamento.
- (C) manter-se disponível para compreender quais são as expectativas do usuário em relação ao serviço e apresentar o que o serviço pode oferecer para o usuário, identificando recursos e pactuando ações.
- (D) deixar claro, desde o início, qual a oferta de procedimentos disponíveis no serviço e condicionar essa oferta à exigência de frequência diária, bem como à necessidade da abstinência para a participação.
- (E) ter clareza da preponderância do seu saber profissional na definição das estratégias para a melhoria da qualidade de vida do usuário, que muitas vezes chega ao serviço sem saber o que demanda.

31

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) estabelece como dois eixos norteadores para a integralidade de ações:

- (A) O combate ao estigma e ao preconceito em torno da figura da pessoa idosa como incapacitada e improdutiva; a prevenção de agravos e recuperação de sequelas.
- (B) O estímulo para a inclusão social do idoso; a promoção do cuidado aos cuidadores que vivem em situações de estresse ou sobrecarga, em todos os pontos de atenção da rede.
- (C) A restauração da capacidade funcional; a comunicação intersetorial em todos os níveis de atenção do SUS e das demais redes.
- (D) O enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.
- (E) O desenvolvimento de novos serviços de atenção residencial de longa permanência; a educação permanente e interprofissional das equipes dos serviços.

32

Um dos principais objetivos da terapia ocupacional junto à população idosa, em qualquer serviço da rede de saúde, é maximizar sua autonomia e independência. Assim, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), uma abordagem importante a ser desenvolvida no cuidado com essa população é a promoção do(a) _____, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia.

Assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna:

- (A) envelhecimento ativo.
- (B) desempenho ocupacional.
- (C) integração social.
- (D) reparação funcional.
- (E) atenção integral.

33

As atividades terapêutico-ocupacionais para pessoas idosas, de acordo com Mello (2011), devem ser planejadas num *continuum* de menor para maior complexidade, que se inicia com as atividades denominadas coadjuvantes e segue com os níveis de complexidade denominados de

- (A) restaurador, associativo e desempenho funcional.
- (B) habilitador, significativo e desempenho ocupacional.
- (C) reparador, funcional e inclusão social.
- (D) avaliativo, habilitador e integração social.
- (E) integrativo, associativo e participação social.

34

Sobre o campo da Saúde do Trabalhador, importante área de atuação da terapia ocupacional no Brasil, é correto afirmar que:

- (A) compreende como determinantes da saúde do trabalhador os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais presentes nos processos de trabalho.
- (B) tem como meta principal tornar os trabalhadores aptos a produzir “mais com menos”, utilizando formas enxutas/flexíveis de gestão e organização do trabalho, com a intensificação e maior densidade de trabalho.
- (C) busca a superação das políticas de previdência e seguridade social, com a penetração no aparelho de Estado da lógica privada, caracterizada pelo que ficou conhecido como gerencialismo.
- (D) constitui uma área de Saúde Pública que tem as relações entre a tríade trabalho-trabalhador-doença como objeto de estudo e intervenção.
- (E) objetiva a promoção e a proteção de saúde do trabalhador, compreendendo a importância de trabalhar, de forma separada, os procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

35

No campo da Saúde e Trabalho, o planejamento de intervenções terapêutico ocupacionais baseadas nos princípios teóricos e metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho deve

- (A) considerar a importância da escuta dos trabalhadores, de forma individualizada e acolhedora.
- (B) criar espaços coletivos de deliberação, facilitando a construção de consensos e evitando embates e confrontação de ideias.
- (C) questionar a organização do trabalho a partir da observação atenta e cuidadosa dos postos e maquinário de trabalho.
- (D) facilitar a escuta dos trabalhadores, por meio do desenvolvimento de grupos de reflexão, que possibilitem transformar compreensões individuais em reflexões coletivas.
- (E) equilibrar as funções dos trabalhadores, separando e distribuindo as ações de planejamento e execução, que juntas provocam sobrecarga mental.

36

De acordo com Rodrigues et. al. (2011), as órteses podem ser classificadas de diferentes formas. Com relação à órtese dinâmica, é correto afirmar que

- (A) não apresenta partes móveis e geralmente imobiliza uma ou mais articulações, mantendo o segmento em uma posição específica.
- (B) mantém os tecidos em um estado antiestresse para promover a cicatrização e manter mínimo atrito na região.
- (C) são projetadas para bloquear o movimento em uma determinada direção e permiti-lo em outra.
- (D) apresenta partes móveis para permitir o controle ou a restauração do movimento, atingindo seu efeito por meio do movimento e da força.
- (E) sua modelagem ocorre com o tecido em sua capacidade máxima de alongamento, de forma que a força resultante de sua aplicação favoreça o crescimento tecidual.

37

No campo da Reabilitação Física, os procedimentos terapêuticos ocupacionais voltados à prevenção de deformidades são tão fundamentais e necessários para evitar as sequelas do imobilismo quanto o processo de restauração funcional. Assinale a alternativa que complementa corretamente os procedimentos de prevenção descritos em (I), (II) e (III):

- (I). O (A) _____ é fundamental para a prevenção da rigidez e da retração dos tecidos moles e cicatriciais.
 (II). O (A) _____ é extremamente importante para diminuir a formação de aderências cicatriciais, limitadoras de movimento, e permitir a formação de um tecido mais forte.
 (III). Para o (a) _____, uma das técnicas mais utilizadas é a realização de exercícios ativos de amplitude do movimento articular, para a absorção dos fluidos e mobilização tecidual.

a - movimentação precoce ativa

b - controle do edema

c - manutenção do posicionamento adequado do corpo e membros

- (A) (I) – c; (II) – b; (III) – a.
 (B) (I) – a; (II) – b; (III) – c.
 (C) (I) – c; (II) – a; (III) – b.
 (D) (I) – a; (II) – c; (III) – b.
 (E) (I) – b; (II) – a; (III) – c.

38

A abordagem da “reabilitação psicossocial”, originária da atenção em saúde mental, apresenta princípios que podem ser estendidos para outros campos de atuação dos terapeutas ocupacionais. No campo de atenção junto a “pessoas com deficiência em seu contexto”, o diálogo com esse referencial permite afirmar que

- (A) a facilitação, a restauração e o desenvolvimento de funções comprometidas são etapas prévias à inserção social.
 (B) a participação social não é objetivo do processo de reabilitação, e sim condição para o seu estabelecimento.
 (C) o processo de ampliação de trocas sociais requer o enfoque na superação das dificuldades individuais que possam causar desvantagem social.
 (D) o treino de habilidades psicossociais em espaços institucionais é fator primordial de sucesso para a inclusão e participação social.
 (E) as pessoas com deficiência devem ser capacitadas para atuar com o máximo de eficiência no mercado de trabalho, concorrendo de forma igualitária e, assim, diminuindo a discriminação.

39

A abordagem funcional centrada na família é um modelo clínico utilizado pela terapia ocupacional na intervenção com crianças com transtornos no desenvolvimento. Sobre essa abordagem, é correto afirmar que

- (A) desloca o foco da intervenção da criança para a família, compreendendo os desajustes nos papéis ocupacionais desempenhados pelos pais que dificultam o desenvolvimento normal da criança.
 (B) baseia-se nos preceitos da psicodinâmica e busca, a partir da tríade ampliada terapeuta-atividade-família, a reconstrução das histórias de vida familiares.
 (C) apresenta como resultado desejado da intervenção a realização bem-sucedida de tarefas funcionais identificadas pela família como importantes para a criança.
 (D) propõe intervenções que favoreçam o ganho de funcionalidade nas atividades domésticas de acordo com os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).
 (E) busca intervir na rotina familiar, em contextos reais e concretos, ampliando as possibilidades de intervenção em dinâmicas que se revelem como disfuncionais ou simbióticas.

40

Sobre a abordagem denominada Integração Sensorial, utilizada por terapeutas ocupacionais, é correto afirmar:

- (A) O princípio básico dessa abordagem considera o desenvolvimento como uma espiral em que existem ligações entre a entrada (*input*) motora e a saída (*output*) sensorial, levando à integração perceptiva.
 (B) Visa aumentar o processamento das informações do sistema nervoso central pela intervenção direta do terapeuta e do ambiente, sendo este o motivador para que a criança experimente as sensações táteis, vestibulares e proprioceptivas que resultam do movimento com propósito.
 (C) Analisa a interferência na maturação normal do cérebro por alguma lesão congênita, que ocasiona atraso ou impedimento de alguns ou de todos os aspectos do desenvolvimento e conseqüentemente prejuízos para o pleno desempenho ocupacional.
 (D) Fundamenta-se no reconhecimento da presença de padrões anormais de postura e de movimento, que impedem o desenvolvimento de atividades cotidianas, devido à liberação da atividade postural reflexa anormal ou à interrupção do controle normal dos reflexos de postura e movimento.
 (E) Tem por objetivo inibir os padrões da atividade reflexa anormal e facilitar padrões motores mais normais como preparação para a maior variabilidade de habilidades funcionais.

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 Nº 4.249, 2010) e as demais políticas nacionais de saúde, bem como os fundamentos da prática da Terapia Ocupacional, a partir da sua inserção como terapeuta ocupacional em uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), analise o caso e responda às questões.

Sr. Francisco, 65 anos, é acompanhado pela equipe da ESF da UBS Cordeiro há alguns anos. Além do diabetes e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlados, há alguns meses começou a apresentar tosse que chamou a atenção na visita domiciliar (VD) realizada pelo agente comunitário de saúde. Na visita, sua neta, de 28 anos, que mora com ele e seus três filhos (2, 7 e 13 anos) diz que seu avô está piorando a cada dia com a tosse, falta de apetite, que tem bebido muita cachaça e fumado muito. Ela pede ao ACS para que ele faça o favor de marcar uma consulta para o avô, que ela então tentará faltar ao trabalho para acompanhá-lo. Sr. Francisco trabalhou a vida toda como pedreiro e ajudante de obra, mas se aposentou por invalidez, após ter sofrido um acidente de trabalho que resultou em perda parcial do movimento da perna esquerda. Num certo momento da VD, em que a neta se retirou para ir ao quarto, sr. Francisco contou ao ACS que quase não sai de casa devido às dores que sente na perna, mas que não conta para a neta para não a preocupar. Também contou que não tem falta de apetite, mas que não come porque a comida que a neta faz não tem gosto e que, quando ela não está por perto, come algumas coisas escondido, como doces e salgadinhos. Diz também que está preocupado com o bisneto de 13 anos, que passa muito tempo na rua, e que acredita estar envolvido com pessoas nas quais o Sr. Francisco não confia. Ele teme que o menino “siga o caminho do pai dele” (sic), que nesse momento encontra-se internado em uma comunidade terapêutica. O ACS convida-o para participar de um grupo da UBS, mas ele recusa, pois diz que não sente vontade de fazer nada, além de precisar ficar em casa com os bisnetos no horário em que não estão na escola.

01

A partir do caso descrito, destaque e justifique pelo menos cinco situações/condições de saúde e sociais que demandam cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde.

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

02

Diante do caso apresentado,

- a) apresente as principais diretrizes e desafios para a atuação do terapeuta ocupacional na atenção básica a partir de sua inserção na equipe NASF.
- b) identifique e justifique quatro aspectos a serem desenvolvidos a partir do trabalho da UBS em articulação com o trabalho da equipe NASF.

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

03

Como terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, responda:

- a) Quais elementos são importantes para a avaliação do caso?
- b) Quais aspectos devem nortear e embasar a formulação de um plano de intervenção terapêutico ocupacional?

