



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 2024

### 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 ou preta**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h30. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

### Declaração

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

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



## INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

### TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1251-1269, 2015. Adaptado.

### 01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

### 02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



**03**

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

**04**

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

**05**

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

**TEXTO PARA A QUESTÃO 06.**

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto.  
“Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”.  
Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

**06**

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

**TEXTO PARA A QUESTÃO 07.**

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

**07**

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



**CONHECIMENTOS GERAIS****08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

**09**

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

**10**

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

**11**

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



**12**

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

**13**

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

**14**

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

**15**

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não suggestionar a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



**TERAPIA OCUPACIONAL****16**

Em relação aos movimentos precursores da Terapia Ocupacional e às práticas realizadas nos séculos XVII, XVIII e XIX em saúde mental, é correto afirmar:

- (A) As pessoas consideradas como “marginais” deveriam ser afastadas e mantidas em um espaço isolado do convívio social. Elas eram recolhidas para que fossem cuidadas e protegidas da desordem e ameaças da sociedade.
- (B) Nos enclausuramentos, para a construção do cuidado dos considerados marginais ou insanos, as ações estavam relacionadas à realização de investigação diagnóstica e de tratamentos.
- (C) As transformações do saber e da prática médicos procuraram eliminar as desordens decorrentes das enfermidades e de sua estrutura econômico- social por meio de mecanismos interdisciplinares cotidianos.
- (D) O tratamento moral consistia na essência da atividade terapêutica asilar e trazia a ideia de que o asilo é o local onde se deveria reformar o espírito dos sujeitos mediante técnicas disciplinares de caráter coercitivo.
- (E) Os resultados ou eficácia terapêutica do tratamento moral eram avaliados por índices de “cura”. Tais índices demonstraram a eficácia desse tratamento e justificam a maneira como ele foi difundido socialmente.

**17**

A compreensão da configuração das tendências práticas e teóricas da Terapia Ocupacional em Saúde Mental passa pela reflexão sobre as estratégias e concepções que constituíram o pensamento psiquiátrico e transformação das instituições e dos cuidados delineados (Mângia; Nicácio, 2001). No que diz respeito à Terapia Ocupacional, no contexto dos processos de desinstitucionalização, é correto afirmar:

- (A) A atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental contribuiu para a construção de práticas de aprimoramento das instituições asilares na atenção às pessoas com sofrimento psíquico.
- (B) Ao considerar a percepção do “manicômio como lugar zero da troca”, os terapeutas ocupacionais compreendem que o vazio institucional é produto da falta de ocupação dos sujeitos.
- (C) A desinstitucionalização propõe transformar o modo pelo qual as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento e contribuir para construção de itinerários que visem à emancipação.
- (D) A perspectiva de desinstitucionalização possibilita ao terapeuta ocupacional considerar a reinserção no trabalho como equivalente de normalidade produtiva e, por meio disso, pautar suas ações.
- (E) O terapeuta ocupacional deve trabalhar com projetos singulares pautados na transformação do olhar construído em torno das doenças, que tenham como ponto central as habilidades ocupacionais dos sujeitos.

**18**

Ao considerar as práticas de reabilitação territorial, e o consequente deslocamento das ações profissionais das instituições para o território, tem-se como novo princípio a mudança de objetivo da reabilitação das pessoas com deficiência (Reis; Gomes; Aoki, 2012). Nesse sentido, o trabalho da equipe de profissionais e também do terapeuta ocupacional inclui:

- (A) Aguardar a notificação das necessidades das pessoas com deficiência no território realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Referência.
- (B) Conhecer e atuar primeiramente sobre as demandas e necessidades motoras desse grupo, no que diz respeito às condições de vida e autonomia.
- (C) Estudar e agir para a estagnação das condições de acessibilidade geográfica, cultural e arquitetônica dos serviços e equipamentos sociais.
- (D) Compatibilizar tecnologias de atenção em saúde, reabilitação e ação social com as demandas e necessidades dos sujeitos.
- (E) Perceber a complexidade do sujeito e conhecê-lo a partir de condições relativas às incapacidades ou de deficiências.

**19**

No processo de reabilitação física, os procedimentos terapêuticos voltados à prevenção de deformidades podem contribuir para o processo de restauração funcional (Golegã; Luzo e De Carlo, 2001). Nesse sentido, sobre os princípios e objetivos do uso de órteses de posicionamento que devem ser adotados pelo terapeuta ocupacional que utiliza este recurso, deve-se considerar:

- (A) A órtese aplica um estresse interno à articulação de forma suave, auxiliando na obtenção de resultados terapêuticos.
- (B) A órtese é utilizada para posicionar ou tracionar posturas desejadas, quando a força gerada pelo trabalho muscular não é possível ou suficiente.
- (C) Dentre as modalidades existentes de órteses, estas podem ser classificadas como: estáticas, elásticas ou dinâmicas.
- (D) O uso de órteses é contraindicado para sujeitos com espasticidade mediante a presença de reflexos anormais.
- (E) A órtese é projetada de modo padronizado, sem margem para criatividade, visto que seus conceitos são pautados na física.

**20**

A criação da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde trouxe à tona reflexões e debates sobre a questão da incapacidade que podem contribuir para a criação de políticas públicas mais contextualizadas para as reais necessidades dos sujeitos. Nesse sentido, é correto afirmar:

- (A) O foco sobre os estudos e ações sobre a questão da incapacidade deve ser a população idosa, visto que, além



de sofrer com doenças crônicas, os idosos são as principais vítimas de acidentes e têm maior dificuldade de acesso aos serviços.

- (B) É necessário entender o problema da incapacidade como uma responsabilidade individual, tendo em vista a necessidade de promover e proteger os direitos humanos das pessoas incapacitadas.
- (C) A CIF tem como base uma subordinação hierárquica entre os conceitos, visto que uma deficiência no funcionamento produz uma incapacidade ou obstáculo para a vida ativa.
- (D) A CIF aplica-se de forma universal a todas as pessoas, e não somente àquelas com algum déficit, pretendendo ocupar uma posição de neutralidade etiológica.
- (E) A CIF contribui de forma significativa para estimular a construção de uma compreensão relacional da desabilidade/incapacidade, na qual sejam considerados os fatores determinantes estritos aos fatores funcionais nas atividades.

## 21

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos. As ações neste contexto demandam uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Sobre a atuação profissional nesse contexto, é correto considerar:

- (A) Os profissionais devem atuar pautados nas ideias de clínica ampliada, expandindo os objetos de trabalho para além da doença e das intervenções fechadas, de forma compartilhada com o usuário, bem como com todos os profissionais que trabalham com ele.
- (B) A atuação na Atenção Primária em Saúde deverá se configurar a partir das possibilidades ou atribuições dos profissionais das equipes para que o cuidado seja efetivo e contextualizado, diminuindo as possibilidades de equívocos.
- (C) As características dos serviços na Atenção Primária em Saúde, por estarem localizados nos territórios e espaços de vida dos sujeitos, garantem os princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde do país.
- (D) Pode-se chamar de matriciamento o percurso que um sujeito realiza na rede de saúde, incluindo serviços não necessariamente do setor da saúde como, por exemplo, aqueles oferecidos por entidades comunitárias e de assistência social.
- (E) A aproximação da complexidade das condições, necessidades e demandas de saúde proporciona aos profissionais todas as ferramentas necessárias para construir as estratégias assistenciais de sua área profissional específica.

## 22

Na busca de consolidação e reconhecimento da profissão, a Terapia Ocupacional precisa adotar medidas de mensuração de resultados que demonstrem a efetividade clínica e econômica de suas intervenções e facilitem a implementação da prática centrada no cliente (Bastos et.al., 2010). Nesse sentido, sobre o uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), é correto considerar que o instrumento

- (A) é uma medida subjetiva, capaz de discorrer sobre os impactos de uma disfunção para um indivíduo, assim como o método de história de vida, que traz aspectos minuciosos sobre o repertório dos sujeitos.
- (B) é administrado por meio de uma entrevista semiestruturada e permite que os indivíduos identifiquem qualquer atividade que consideram de simples execução num contexto de adoecimento.
- (C) focado nos problemas e necessidades dos clientes com determinadas condições de saúde, podendo ser utilizado para estabelecer objetivos, planejar o tratamento e mensurar o progresso do cliente.
- (D) é baseado no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, que incorpora os princípios da Prática Centrada no Cliente e pode ser envolvido em todas as fases do tratamento.
- (E) foi desenvolvido no contexto cultural canadense e por isso, estudos questionam a sua validade e confiabilidade internacional e aplicabilidade cultural em países como o Brasil.

## 23

Ao se considerar as possibilidades do uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional na prática do terapeuta ocupacional em saúde mental, é correto afirmar:

- (A) Mediante as singularidades dos processos vivenciados pelos sujeitos, medir níveis de funcionamento social em clientes de saúde mental mostra-se dispensável para o raciocínio clínico.
- (B) Ao conduzir o tratamento de clientes em saúde mental os profissionais devem focar na redução dos sintomas em detrimento da avaliação do funcionamento social e recreacional para aprimorar os aspectos sociais.
- (C) Mediante a ausência de disfunções físicas, os aspectos de autocuidado são a área do desempenho ocupacional facultativa no que se relaciona à avaliação das dificuldades enfrentadas pelos clientes de saúde mental.
- (D) As potencialidades do uso da COPM com clientes em saúde mental relacionam-se à avaliação abrangente do desempenho ocupacional, sendo irrefutável também para sujeitos com déficits cognitivos.
- (E) Para utilização da COPM com clientes em saúde mental, é importante o conhecimento sobre o modelo da prática centrada no cliente e o treinamento para utilização do instrumento na prática clínica.



**24**

Em relação às responsabilidades do terapeuta ocupacional, ao considerar a Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional e no que tange ao exercício ético da profissão, o terapeuta ocupacional

- (A) presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, contrapondo-se aos princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil.
- (B) protege o cliente/paciente/usuário, família/grupo/comunidade e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe profissional, advertindo o profissional faltoso.
- (C) aceita atribuição ou assume encargo de modo experimental com o cliente/paciente/usuário, família/grupo/comunidade, visto que, no processo terapêutico, pode construir a capacidade técnica antes não desenvolvida.
- (D) se atualiza e aperfeiçoa seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, devendo se amparar nos princípios bioéticos de justiça e maleficência, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente.
- (E) realiza a inscrição no Conselho Regional da circunscrição em que atuar, na forma da legislação em vigor, somente nos primeiros anos de atuação profissional.

**25**

Na atuação na interface saúde e trabalho, o terapeuta ocupacional poderá intervir no âmbito individual e coletivo, respeitando as diferenças individuais e amenizando ou evitando sobrecarga física e mental por meio de atividades gerais e terapêuticas que podem incluir

- (A) a conscientização, orientação e ação, buscando hábitos e atitudes pessoais e profissionais complementares aos fatores de risco.
- (B) o afastamento e consentimento dos funcionários na interdependência do processo de trabalho, que gera adoecimento.
- (C) a manutenção e adaptação de mobiliários, equipamentos, ferramentas e *layout*, mediante os recursos financeiros de cada setor.
- (D) a melhoria da organização, condições e ambiente de trabalho (ritmo de trabalho, divisão de tarefas, rodízios, autonomia, plano de pausas etc.).
- (E) a promoção de grupos de funcionários com doenças ocupacionais ou que sofreram acidentes, objetivando a habilitação profissional e resignação ao trabalho.

**26**

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Nesse contexto, a atuação do terapeuta ocupacional com a população idosa deve incluir

- (A) o desenvolvimento, valorização e priorização do atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa com potencial de reabilitação, baseado em critérios socioeconômicos e culturais, mediante as singularidades dos sujeitos e seus espaços de vida.
- (B) a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros, mediante a importância das abordagens curativas.
- (C) a atuação com indivíduos que, mesmo sendo majoritariamente independentes, apresentam alguma dificuldade nas atividades básicas de vida diária (AVD's) como preparar refeições, controlar a própria medicação e fazer compras, que devem ser acompanhados de maneira individualizada
- (D) a atuação com o idoso frágil ou em situação de fragilidade como os que vivem que vivem em Instituições de Longa Permanência-ILPI's, encontram-se acamados, de hospitalização recente, com síndromes demenciais ou que sofrem de doenças de caráter agudo.
- (E) a facilitação da participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários, onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades.



**27**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. Nesse contexto, dentre os conceitos correspondentes às propostas de ações delineadas nos diferentes níveis de atenção em saúde, é correto afirmar:

- (A) Por Clínica Ampliada, compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que é norteado pela autonomia e pelo protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade entre eles.
- (B) A proposta do matriciamento busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Tal prática reconhece que pode existir uma predominância de um enfoque.
- (C) O conceito de regionalização facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. Por isso, é destinado especificamente aos serviços de nível primário de atenção.
- (D) O Projeto Terapêutico Singular é composto de quatro movimentos principais: a definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.
- (E) A concepção do protagonismo dos sujeitos em seus processos de saúde busca a singularidade como elemento central e, por isso, deve ser feito somente para indivíduos, e não para grupos ou famílias.

**28**

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), em documento publicado em 2014, traduzido e validado para a língua brasileira em 2015, a terceira edição da “Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo” descreve os conceitos centrais que fundamentam a prática da terapia ocupacional e constrói uma compreensão comum dos princípios básicos e a visão da profissão, não devendo ser considerada como teoria ou modelo terapêutico ocupacional e sim como um guia para o desempenho profissional. Sendo assim, assinale a afirmação que melhor relaciona os conceitos elaborados pela *Estrutura* com elementos da ocupação humana.

- (A) “Alimentar-se” é uma atividade instrumental de vida diária.
- (B) “Realizar um voluntariado” enquadra-se na categoria de participação social.

- (C) “Preparação para o sono” pode compor tanto a categoria de “atividades de vida diária” quanto de “descanso e sono”.
- (D) “Elaborar uma lista de compras” configura-se como uma atividade instrumental de vida diária.
- (E) Gerenciar o próprio lar (limpeza e manutenção) também é considerado como sendo parte da categoria “trabalho”.

**29**

Segundo De Carlo e colaboradoras (2004), em sua obra a respeito da prática da terapia ocupacional nos contextos hospitalares, a organização do hospital ao longo do tempo, e com o desenvolvimento dos sistemas de saúde, foi se modificando, deixando de atender determinadas populações com questões crônicas (físicas e mentais) e privilegiando curtos períodos de internação para atenção a acometimentos agudos, de recuperação de saúde e cuidado a situações de crise. Essa mudança paradigmática, embora benéfica, trouxe consequências para o processo de Terapia Ocupacional (TO) dentro dessas instituições, que precisou se submeter a mudanças significativas. Pensando nisso, a respeito da intervenção contemporânea da terapia ocupacional no ambiente hospitalar, segundo essa perspectiva, é correto afirmar que o profissional de TO dentro do hospital:

- (A) Tem como principal objetivo atuar junto à população que recentemente adquiriu deficiências e/ou está na fase aguda de determinados quadros patológicos para ajudá-la a entender e conviver com as incapacidades e conquistar uma nova posição no mercado de trabalho como mão de obra ativa.
- (B) Além de conhecimentos biológicos e de diagnósticos, deve lançar mão de diferentes técnicas de atividades expressivas, criativas e artesanais, uma vez que tais atividades demonstram o importante papel recreacionista do terapeuta ocupacional nos contextos hospitalares.
- (C) Preocupa-se com o cotidiano hospitalar, com as rupturas e quebras de rotina que os pacientes acabam sofrendo, sem necessidade de considerar as rotinas e aspectos do cotidiano do sujeito em ambiente domiciliar, na ocasião da alta, pois é o terapeuta ocupacional da rede básica/secundária de saúde o responsável por isso, pela proximidade e recursos disponíveis.
- (D) Deve priorizar os atendimentos a populações específicas, de modo que os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva acabam não fazendo parte do escopo de atuação da terapia ocupacional por estarem, em sua maioria, sedados e não poderem participar dos treinos funcionais para melhora do desempenho ocupacional.
- (E) Compreende os sujeitos internados para além das condições clínicas, entendendo que a ruptura do cotidiano e quebra de rotina podem ser fatores importantes na diminuição da qualidade de vida, de modo que o terapeuta pode ser um importante componente da equipe multiprofissional ao articular as rotinas institucionais com os aspectos ocupacionais e cotidianos dos sujeitos.



**30**

No âmbito da saúde das pessoas com deficiência, de acordo com a política nacional de atenção a esse segmento populacional, publicada em 2008 pelo Ministério da Saúde, é correto afirmar que a organização atual das linhas de cuidado prevê:

- (A) A criação de centros cada vez mais especializados na saúde da pessoa com deficiência, em que os cuidados gerais de saúde dessas pessoas sejam prestados, mesmo os que não estejam diretamente relacionados à deficiência, como cuidados ginecológicos ou cardiológicos, por exemplo.
- (B) Campanhas de vacinação compulsória e em massa da população, especialmente para sarampo, rubéola e poliomielite, entendendo que tais instrumentos são fundamentais na prevenção de deficiências e incapacidade.
- (C) Construção de espaços de discussão acerca do capacitismo, a partir de campanhas educativas e de comunicação destinadas à população com e sem deficiência.
- (D) A centralização dos cuidados em reabilitação em novas equipadas unidades de Centros Especializados em Reabilitação, que se configuram como únicos pontos da rede de atenção que se dedicam a um atendimento interdisciplinar e tecnológico visando à superação de deficiências e incapacidade.
- (E) O estímulo ao protagonismo da pessoa com deficiência diante da sua busca pela melhor qualidade de vida e acesso aos bens e serviços, levando em consideração que com esforço e dedicação, elas sozinhas são capazes de encontrar meios para contornar as dificuldades.

**31**

J., 65 anos, sexo feminino, professora aposentada, sofreu um ferimento com faca na região do membro superior, que ocasionou uma neurotmeze do nervo radial, isto é, uma ruptura total da estrutura. Sendo assim, evoluiu com perda da função das musculaturas de extensão de punho e dedos, a chamada “mão caída”. Em consulta com terapeuta ocupacional, foi prescrita e confeccionada uma órtese que associa o posicionamento do punho em extensão e a força exercida por bandas elásticas nos dedos, que favorecem/iniciam a extensão dos dedos em repouso, mas permitem sua flexão para que o desempenho nas atividades que exigem preensão palmar ou pinças seja mantido/estimulado. Considerando o exposto e tendo em vista as classificações de órteses existentes, a maneira correta de classificar o dispositivo dispensado pelo terapeuta ocupacional é:

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

**32**

“Nem tinha se refeito de tamanho mal-estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esqueléticos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nu, rastejavam pelo assoalho branco com tozetas pretas em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta. Guiada por um funcionário, viu-se obrigada a entrar. [...] Ainda com os pensamentos descoordenados, avistou num canto da ala um cadáver misturado entre os vivos. Observou quando dois homens de jaleco branco embrulharam o morto num lençol, o décimo sexto naquele dia, embora muitos agonizassem”.

In: ARBEX D. **O Holocausto Brasileiro**, 19ª ed, Geração Editora, São Paulo, 2019.

O trecho, retirado do livro de Daniela Arbex, retrata o primeiro dia de trabalho de uma das funcionárias do maior manicômio do Brasil, o Hospital Colônia, localizado em Barbacena-MG, cenário de uma das maiores violações aos direitos humanos da história do país. No entanto, com o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a efervescência de criação de legislações nesse campo, novos paradigmas foram criados e novas estratégias de cuidado foram geradas. Nesse contexto, de acordo com a Portaria nº 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, são pontos componentes da rede:

- (A) Unidades Básicas de Saúde e Serviços Residenciais Terapêuticos.
- (B) CAPS IV e Cooperativas de trabalho apoiado.
- (C) Unidades de Acolhimento para Idosos e CAPS infanto-juvenis.
- (D) Equipes de consultório na rua e Manicômio Judiciário.
- (E) Enfermarias especializadas em hospital geral e parceria com ONGs com caráter religioso.



**33**

“Alguns dos aspectos que interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas são a criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica, que resultam na diminuição da coesão e no aumento da coerção social.”

In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília, 2015.

Segundo o documento citado, é importante para o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas à população com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- (A) Respeitar o momento dos usuários dos serviços, entendendo que o uso de drogas é um fenômeno que parte da escolha individual e, por isso, o cuidado deve ser ofertado apenas àqueles que optam por se manter sem realizar o uso durante o tratamento.
- (B) Realizar um cuidado pautado no acolhimento do sofrimento dos usuários, demonstrando que o caminho para a superação desse problema é a frequência no CAPS AD diariamente.
- (C) Acolher os usuários nas unidades de saúde especializadas aos cuidados de pessoas que fazem uso problemático de drogas e direcionar seus familiares para acolhimento em instituições especializadas na saúde da família.
- (D) O respeito ao protagonismo das pessoas que têm necessidades decorrentes do uso de drogas, mostrando que eles possuem uma grande capacidade intrínseca de parar com esse uso problemático, aumentando o nível de cobrança por uma melhora nos seus indicadores de uso, independentemente de sua escolha ou aspectos sociodemográficos.
- (E) O entendimento de que o combate às drogas em si não tem sido uma estratégia de sucesso no contexto da prevenção, que precisa de uma estratégia de diálogo e acesso à informação, entendendo os sujeitos que fazem o uso e também os cenários em que esse uso acontece.

**34**

Na atenção a crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, uma das frentes de cuidado busca sanar questões ocupacionais e comportamentos de hiper ou hiporesposta diante de desordens na percepção, organização e interpretação interoceptiva e exteroceptiva, procurando contribuir para o desenvolvimento de respostas adaptativas, bem como a diminuição de comportamentos de autoagressão ou autoestimulação, além da facilitação do aprimoramento na coordenação e planejamento motores.

De acordo com a Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, o excerto descreve:

- (A) Acompanhamento terapêutico.
- (B) Análise do Comportamento Aplicada.
- (C) O método TEACCH.
- (D) Terapia de Integração Sensorial.
- (E) Tratamento Clínico de Base Psicanalítica.

**35**

Andrea é uma terapeuta ocupacional que trabalha em um CAPS Álcool e outras Drogas. Em um dia de trabalho, enquanto estava responsável por realizar os acolhimentos, um novo usuário chega para ser acolhido. Jamilton, 35 anos, conta em sua história que, há oito meses, ficou desempregado e que toda a sua reserva financeira se esgotou, deixando-o em uma situação de instabilidade habitacional, não sabia como faria para pagar o próximo aluguel. Desde então, o uso de álcool que fazia de maneira esporádica e recreativa passou a se intensificar, de modo que havia dias que não voltava para casa; já tinha sofrido violências físicas enquanto estava inconsciente após um uso intenso na rua e estava começando a apresentar dores abdominais.

Andrea, após colher a sua história de vida, aconselhou-o por alguns minutos, ressaltando, de maneira bastante enfática e com fotos de campanhas proibicionistas, os perigos do uso do álcool para a saúde, dizendo sobre como é mal vista a pessoa que realiza esse uso excessivo; além disso, ressaltou os impactos que beber tanto traz em seu cotidiano e suas ocupações, visto que, ao optar por ir beber, ele não buscava um novo trabalho ou se especializava em sua área de atuação, nem conseguia executar um bom autocuidado ou cuidado de sua casa. Além disso, indicou que Jamilton procurasse uma instituição em que pudesse permanecer um período internado para cessar esse uso, uma vez que ele já estava apresentando sinais físicos de prejuízo.

Considerando a prática da terapia ocupacional e as ações previstas pelo Ministério da Saúde às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é correto afirmar que a conduta da terapeuta ocupacional foi:

- (A) Coerente, pois informa de maneira humanizada ao usuário a preocupação com o desenvolvimento de adoecimentos graves que o uso do álcool pode gerar.
- (B) Incoerente, porque além de realizar um juízo pessoal de valores relacionado ao uso do álcool, aconselha o usuário a buscar um ponto centralizado da rede como única estratégia de cuidado.
- (C) Incoerente, porque não acionou o SAMU 192 diante de uma situação de urgência em saúde, visto que o usuário estava se queixando de dores abdominais relacionadas ao uso de uma substância.
- (D) Coerente, porque contextualizou o uso de álcool por Jamilton em seu cotidiano, demonstrando os impactos que esse uso trouxe em sua rotina e as rupturas cotidianas que essa opção trazia.
- (E) Incoerente, porque não incluiu a família de Jamilton em seu momento de acolhimento, uma vez que, se os impactos do uso recaem sobre a família também, todos devem ser acolhidos juntos.



36

“Na área motora, embora as terapias baseadas na teoria neuromaturacional tenham sido utilizadas clinicamente com frequência, nos últimos 20 anos, em crianças com incapacidades desenvolvimentais e neuromotoras, resultados de pesquisas recentes estão desafiando a eficácia dessas abordagens. Esses métodos priorizam restrições ou incapacidades da criança que podem ser difíceis de mudar, não objetivando diretamente as tarefas funcionais ou o ambiente no qual as tarefas estão sendo realizadas. [...] programas que centraram seus esforços na criança e na família pareceram ser mais efetivos quando comparados com as intervenções tradicionais”.

COELHO ZAC, REZENDE MB. *Atraso no Desenvolvimento*. In: CAVALCANTI A, GALVÃO C. *Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática*. 1 ed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007, p. 299-307.

Considerando a prática da terapia ocupacional na atenção a crianças com atraso no desenvolvimento e a contribuição das autoras da obra da qual o trecho transcrito foi extraído, é correto afirmar:

- (A) As técnicas pautadas na “quebra” de padrões de movimento de difícil alteração e puramente na correção de movimentos “inadequados” estão sendo cada vez mais questionadas no campo de atuação, por enfatizarem a dificuldade e visarem a correções nas funções e estruturas do corpo, sem se voltarem para os aspectos da funcionalidade e desempenho ocupacionais trazidos pela família e pela criança.
- (B) O profissional de terapia ocupacional deve frisar os aspectos motores e cognitivos das crianças com atraso no desenvolvimento, sempre visando a um melhor desempenho laboral no futuro.
- (C) O termo “Atraso no Desenvolvimento” é um termo inadequado, porque não abrange fatores como interação e engajamento em relações com outras pessoas.
- (D) Os fatores de risco para o atraso no desenvolvimento são: situações de risco biológico (como prematuridade) e de diagnóstico (como trissomia do 21 ou mielomeningocele).
- (E) Para uma intervenção de qualidade junto a crianças com atraso no desenvolvimento, é indicado que o terapeuta ocupacional realize apenas observação clínica não-estruturada para compreender os aspectos ocupacionais que necessitam de ajustes.

37

“Um dos princípios que norteiam a prática desse profissional (terapeuta ocupacional) é a ideia de que o fazer tem efeito terapêutico. Assim, no contexto grupal, os participantes têm a possibilidade de experimentar outras formas de se relacionar e de vivenciar situações inéditas relativas ao fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um significado”.

BALLARIN MLGS. *Abordagens grupais*. In: CAVALCANTI A, GALVÃO C. *Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática*. 1 ed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007, p. 38-43.

Durante a história da Terapia Ocupacional, os profissionais têm empreendido ações grupais dentro de seu escopo de atuação. A respeito dessas atuações, é correto afirmar:

- (A) Nos grupos fechados, após o início das atividades propostas, não há adição de novos participantes, mas, caso algum deles saia, é possível que outro entre no seu lugar.
- (B) Grupo de atividades e atividade grupal são sinônimos e referem-se aos grupos cujo objetivo é ampliar a expressão e a experimentação de formas de comunicação.
- (C) Os grupos constituem-se enquanto somatório de diversos indivíduos, construindo formas de convívio próprias que subsistem de maneira descolada do cotidiano social em que se insere.
- (D) Para facilitar o processo grupal, o terapeuta ocupacional mediador deve compreender as necessidades do grupo, exercitando o *holding*, isto é, oferecendo provisões suficientemente boas.
- (E) A construção do *setting* terapêutico no contexto de um grupo é flexível e eventualmente pode ser realizada em conjunto com todos os integrantes do grupo, de modo a assegurar sua participação horizontal.



**38**

Um terapeuta ocupacional componente de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família é convocado para auxiliar a ESF na elaboração do projeto terapêutico de Matheus, que tem um ano e seis meses. O chamado se justifica porque os pais de Matheus o trouxeram para consulta de puericultura e se queixaram de que seu desenvolvimento não está sendo parecido com o de seu primo Kauã, que nasceu com apenas algumas semanas de diferença. Diferentemente de seu primo, Matheus não tenta se comunicar com outras pessoas, não gosta de brincar de brincadeiras de faz de conta, tem um interesse muito grande pelo ventilador de teto e costuma ignorar quando os pais o chamam pelo nome.

Considerando o exposto, esse profissional deveria orientar a equipe a acionar qual ponto da rede de atenção à saúde e por quê?

- (A) Centro Especializado de Reabilitação, pois a criança provavelmente tem diagnóstico de Paralisia Cerebral.
- (B) Centro de Atenção Psicossocial, pois a criança apresenta traços de esquizofrenia infantil.
- (C) Centro de Atenção Psicossocial, pois a criança apresenta características que apontam risco de TEA.
- (D) Centro Especializado de Reabilitação, uma vez que a criança apresenta sinais de Síndrome de West.
- (E) Leito em enfermaria pediátrica porque a criança apresenta sinais de Encefalopatia Crônica Não Progressiva.

**39**

B., 32 anos, após ser acometida por um Acidente Vascular Encefálico, apresentou uma importante perda de movimentos do lado esquerdo do corpo, associada a uma importante hipotonia, ocasionando dificuldades para a estabilização do membro inferior para a marcha e para o ortostatismo durante as atividades diárias, além um desabamento de arcos das mãos, subluxação de ombro e assimetria postural; essas condições somadas promoveram importante perda funcional. Dentre os equipamentos prescritos e dispensados para B., está uma órtese de posicionamento de punho, dedos e polegar, confeccionada sob medida em material plástico termomoldável, com abordagem ventral e fixação em tiras de velcro, que B. utiliza para dormir.

De acordo com a literatura, é correto afirmar que as órteses são definidas como:

- (A) Dispositivo ou equipamento que permite a um sujeito desempenhar uma atividade ou ocupação de vida diária ou vida prática que estava difícil ou impossível de ser realizada.
- (B) Dispositivo utilizado de maneira unilateral para melhorar equilíbrio, reduzir descarga de peso sobre o membro acometido durante deambulação e favorecer estabilidade no deslocamento.
- (C) Dispositivo acrescido ao corpo para substituir esteticamente ou funcionalmente um membro que necessitou ser retirado ou foi acidentalmente removido.

- (D) Equipamento de tecnologia assistiva que permite mobilidade e objetiva maximizar a função através da estabilidade, alinhamento e conforto na postura sentada.
- (E) Dispositivo aplicado externamente ao corpo humano para modificar as características funcionais ou estruturais do sistema musculoesquelético da pessoa atendida.

**40**

Encorajar a pessoa idosa a experimentar diferentes posições, ensinar técnicas de conservação de energia, ensinar a ouvir e respeitar o próprio corpo, auxiliar na manutenção de um relacionamento baseado no amor, aprofundando a intimidade.

As ações citadas compõem a atuação do terapeuta ocupacional sobre o seguinte aspecto, geralmente negligenciado, da saúde da pessoa idosa:

- (A) Mobilidade e locomoção.
- (B) Atividade sexual e sexualidade.
- (C) Prevenção de quedas.
- (D) Melhoria de dores crônicas.
- (E) Organização de rotina.



## ESTUDO DE CASO

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

A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Ao considerar essa política e as possibilidades de ações da Terapia Ocupacional nas diferentes áreas de atuação, analise o caso a seguir:

Em reunião de matriciamento em uma Unidade Básica de Saúde, a Equipe de Referência traz o caso de Marieta, de 52 anos, que reside com o filho e nora em um apartamento no território adjacente à UBS. A equipe pede ajuda para o NASF por se tratar de um caso que foge ao comum dentro daquela equipe e daquela região, e por se deparar com alguns limites técnicos para um cuidado mais efetivo.

A agente comunitária de saúde pontua a piora do sofrimento psíquico de Marieta após a perda do marido, que sofreu morte acidental há cerca de um ano. Desde então, Marieta tem dificuldade em sair de casa e conflitos frequentes com filho e nora por conta de um transtorno de acumulação que desenvolveu nos últimos meses. Além disso, Marieta apresenta frequentemente alucinações auditivas e sensação de perseguição.

Além disso, Marieta possui diagnóstico de Artrite Reumatoide, que prejudica sua qualidade de vida na medida em que causa dor e edema nas articulações de todo o corpo, mas que avançou de maneira significativa nos membros superiores, e já começa a dar sinais de deformidade (ainda redutíveis). Isso tem dificultado seu desempenho em atividades de vida diária e impedido que ela realize atividades artesanais, que antes se constituíam não só como atividade prazerosa, mas também como fonte de renda.

As questões de acumulação têm trazido, também, conflitos com os vizinhos, visto que a falta de higiene da residência de Marieta tem atraído parasitas para o prédio e causado mau cheiro nos corredores do andar em que reside.

Marieta apresenta um cotidiano esvaziado após a morte do marido, já que considerava que apenas tinha motivação ao fazer as atividades junto ao cônjuge e não vê sentido em fazê-las sozinha, esvaziando seus projetos de vida.

Considerando a atuação de um terapeuta ocupacional em uma equipe multiprofissional de apoio à Saúde da Família, responda as questões:

### 01

Tendo em vista que a Unidade Básica de Saúde constitui-se como orientadora e ordenadora do cuidado, é possível que sejam acionados outros serviços da rede de atenção à saúde para um acompanhamento integral à saúde de Marieta? Se sim, quais seriam esses pontos e quais as justificativas para o encaminhamento de Marieta a tais serviços?



RASCUNHO  
NÃO SERÁ  
CONSIDERADO NA  
CORREÇÃO



**02**

Explique como relacionar os seguintes princípios e diretrizes do NASF com a situação exposta: Território, Interdisciplinaridade, Educação Permanente em Saúde.

**03**

Levando em consideração os serviços citados na Questão 01, imagine que neles existam terapeutas ocupacionais. Considerando as especificidades dos serviços, além do exposto acerca do caso de Marieta, quais ações esses profissionais poderiam empreender no atendimento junto à paciente? Escolha apenas um dos serviços citados na questão anterior para responder a esta pergunta.



RASCUNHO  
NÃO SERÁ  
CONSIDERADO NA  
CORREÇÃO



**Residência Profissional 2024**  
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

