

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. O princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” é:

- a) Integralidade de assistência.
- b) Igualdade da assistência.
- c) Regionalização e hierarquização.
- d) Universalidade de acesso.

02. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90), são critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios:

- I – a eficiência na arrecadação de impostos;
- II – o perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – a participação paritária dos usuários no Conselho de Saúde;
- IV – a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

Estão **CORRETOS** os itens:

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

03. Conforme estabelecido pela Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, as ações e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) são aqueles prestados por:

- a) Órgãos e instituições públicas da Administração direta e indireta e as fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.
- b) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e as fundações mantidas pelo Poder Público.
- c) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais da Administração direta e indireta. A iniciativa privada não poderá participar do SUS em caráter complementar.
- d) Apenas pelas fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.

04. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, realizadas a cada quatro anos nos 3 níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), e contam com a representação dos vários segmentos sociais, conforme definido na Lei 8.142/1990. As Conferências de Saúde têm como atribuições:

- a) Avaliar as propostas de ações de saúde formuladas pelos gestores e decidir sobre a implantação ou rejeição das propostas.
- b) Referendar as diretrizes da política de saúde aprovadas pelas instâncias legislativas nos três níveis de gestão.
- c) Decidir sobre a aplicação dos recursos da saúde e referendar as decisões tomadas pelas Comissões Intergestoras nos três níveis.
- d) Avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

05. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- a) De atenção hospitalar.
- b) Ambulatoriais especializados.
- c) De atenção domiciliar.
- d) Especiais de acesso aberto.

06. A participação popular é um dos princípios do Sistema Único da Saúde. A lei 8142/90 prevê essa participação em todas as esferas de governo, nas seguintes instâncias: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde:

- a) Podem contar com a participação de enfermeiras como representantes dos prestadores de serviço público, em número paritário e equivalente ao dos representantes dos usuários e dos serviços privados.
- b) Devem permitir a democratização da saúde. Tem o secretário municipal de saúde como presidente nato, que não poderá delegar esta função a representantes de usuários.
- c) Devem zelar pela proteção dos trabalhadores de saúde. É composto, de forma majoritária, por representantes dos usuários que devem reivindicar assistência médica com qualidade a toda comunidade.
- d) Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município e são formados por representantes dos usuários em número equivalente ao dos representantes de outros segmentos.

07. As Regiões de Saúde são constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, que se integram para organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma Região de Saúde deve dispor no mínimo de ações e serviços de:

- a) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Vigilância em Saúde.
- b) Atenção Primária; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária.
- c) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Materno-Infantil; Exames Laboratoriais e de Imagem; Atenção Hospitalar.
- d) Atenção Primária; Atenção Hospitalar; Atenção Psicossocial; Atenção Materno-Infantil; Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica.

08. O documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, a ser seguido pelos gestores do SUS, denomina-se:

- a) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.
- b) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
- c) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- d) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

09. A Política Nacional de Atenção Básica prevê a existência de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, Equipes de Saúde da Família Fluviais, Equipes de Consultório na Rua e Equipes de Atenção Básica Prisional. Estas modalidades compõem o conjunto das Equipes de:

- a) Atenção Básica para Populações Carentes.
- b) Saúde Básica Especiais.
- c) Atenção Básica para Populações Específicas.
- d) Atenção Básica Complementar.

10. A Política Nacional de Atenção Básica possui fundamentos e diretrizes que a norteiam. A diretriz que pressupõe a “continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente” é:

- a) Integralidade.
- b) Igualdade.
- c) Transversalidade.
- d) Longitudinalidade.

11. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para as seguintes ações, **EXCETO:**

- a) Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública.
- b) Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- c) **Notificação, combate e eliminação da desnutrição infantil.**
- d) Vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

12. No acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de saúde devem avaliar os casos de demanda espontânea atendida, considerando o risco e a vulnerabilidade de cada um. Existem basicamente três tipos de encaminhamentos que definem se o atendimento precisa ser imediato, prioritário ou no dia. Em quadros clínicos que exigem atendimento prioritário, se faz necessária uma intervenção breve da equipe, até a avaliação pelo profissional mais indicado para o caso. São exemplos de quadros clínicos que representam este tipo de acolhimento:

- a) Usuários que necessitam de isolamento; Convulsão.
- b) **Crise asmática leve e moderada; Gestantes com dor abdominal.**
- c) Pessoas com ansiedade significativa; Conflito familiar.
- d) Rebaixamento do nível de consciência; Febre sem complicação.

13. A Portaria MS nº 825 de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. De acordo com esta portaria a atenção domiciliar (AD) será organizada em modalidades. Sobre essas modalidades assinale a resposta correta:

- a) A prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal é um fator que torna o usuário com indicação de AD elegível na modalidade AD 1.
- b) **Os pacientes elegíveis na modalidade AD 3 requerem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade.**
- c) A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 2 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
- d) O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 1 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar.

14. A recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à saúde são desafios para a organização do cuidado nos hospitais. Os processos a serem articulados para promover a integralidade da atenção hospitalar são:

- a) A articulação das equipes nas unidades de internação com as equipes nos ambulatórios das respectivas especialidades.
- b) A integração das atividades de atenção à saúde exercidas pelas diferentes clínicas no ambiente hospitalar.
- c) O atendimento multiprofissional integrado e coordenação pelas equipes médicas dos hospitais.
- d) **O atendimento no ambiente hospitalar e a articulação com os demais equipes de saúde.**

15. O ensino na área da saúde tem sido impactado por processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização, havendo multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos e procedimentos o que acarreta:

- a) **fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação dos profissionais de saúde**
- b) maiores chances da oferta de cuidado integral, pela complementaridade dos saberes
- c) maior clareza sobre as competências típicas da formação geral dos profissionais
- d) maior preparação dos recém formados para ingresso imediato no mercado de trabalho

16. Pode-se considerar que o cuidado no hospital é composto por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, e decorre da interação entre os vários cuidadores num processo de complementação e disputa. Assim, um desafio do processo gerencial do hospital é:

- a) coordenar os atos cuidadores fragmentados de modo que eles produzam um cuidado eficaz e de qualidade.
- b) dirimir conflitos entre categorias, atribuindo à equipe médica a responsabilidade pela integralidade do cuidado.
- c) concentrar fluxos de cuidado em categorias específicas, evitando a contradição dos saberes profissionais.
- d) atender à satisfação dos pacientes, já que os fluxos de cuidado se complementam.

17. A atual situação epidemiológica do país exigiu que a rede de serviços de saúde, voltada predominantemente ao atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, avançasse no cuidado aos usuários com condições crônicas. A ampliação da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), do acesso a medicamentos e outras medidas, impactaram positivamente a saúde da população. Um dos avanços identificados foi a redução de:

- a) mortalidade cardíaca e cerebrovascular.
- b) internações cirúrgicas na rede hospitalar.
- c) atendimentos na rede de urgência e emergência.
- d) incidência de agravos por acidentes e violências.

18. O papel da atenção hospitalar tem sido marginalizado no debate sobre as Redes de Atenção à Saúde, num contexto de insuficiências estruturais no setor e baixa oferta de leitos – menos de 1,5 leitos por mil habitantes no SUS. Como efeitos dessa realidade pode-se destacar:

- a) menor uso dos serviços de urgência e emergência e maior pressão dos gastos na atenção primária à saúde.
- b) tempo de espera por internação dilatado, sobremortalidade e custo acumulado por paciente.
- c) desconcentração dos equipamentos hospitalares entre as regiões brasileiras, com impacto na mortalidade geral.
- d) maior integração com a rede ambulatorial especializada não hospitalar e filas de espera para marcação de exames.

19. A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida. Recentemente, em 2016, foi realizada a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Os quatro pilares que necessitam de vigorosa articulação com vistas à garantia da ampliação das ações de Promoção da Saúde são:

- a) “Ações intersetoriais”, “democracia”, “proteção social” e “desenvolvimento sustentável”.
- b) “Cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”.
- c) “Inclusão social”, “empoderamento social”, “proteção ambiental”, e “justiça social”.
- d) “Políticas intrasetoriais”, “cidadania”, “integralidade das práticas” e “direitos humanos”.

20. A promoção da saúde envolve um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto individuais quanto coletivas, com o objetivo de atender às necessidades sociais de saúde e a melhorar a qualidade de vida. A Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014, aponta entre seus temas prioritários:

- a) Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; Alimentação adequada e saudável; Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados.
- b) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura e sustentável; Controle das endemias focais.
- c) Práticas corporais e atividades físicas; Redução das desigualdades regionais; Saúde da população indígena.
- d) Enfrentamento da desigualdade de gênero; Promoção das práticas integrativas e complementares; Expansão do programa de imunizações.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A imobilização prolongada no leito pode levar a um descondicionamento de todos os sistemas do organismo, gerando complicações que podem ser mais prejudiciais do que a doença inicial. Neste contexto, alguns cuidados devem ser tomados:

I – Os tornozelos do paciente devem ser mantidos em flexão plantar e os quadris em rotação lateral, visando à prevenção de deformidades nos membros inferiores.

II – Não devem ser usados rolos ou coxins sob os joelhos do paciente, devido ao risco de trombose venosa profunda e de deformidade em flexão dos joelhos.

III – Antes de ser colocado em pé, é sempre necessário que o paciente seja colocado na posição sentada, devido ao risco de hipotensão ortostática.

IV – Para a prevenção de escaras ou úlceras por pressão, é preciso realizar o reposicionamento ou a troca de decúbitos a cada quatro horas.

Dentre estas afirmativas, indique aquelas que são corretas.

a) I e II.

b) II e III.

c) III e IV.

d) I e III.

22. Tendo-se por base a estrutura da prática da Terapia Ocupacional, relacione abaixo os conceitos às suas definições.

- Conceitos:

(I) Papel ocupacional.

(II) Perfil ocupacional.

(III) Contexto.

(IV) Participação.

- Definições:

() Envolvimento em situações de vida e em ocupações desejadas, de forma que leve à satisfação pessoal do cliente e seja congruente com as expectativas dentro de sua cultura.

() Informação sobre a história de ocupações e experiências, interesses, valores e necessidades, possibilitando entender o que é importante e significativo para o cliente.

() Conjunto de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura, fornecendo orientações sobre as ocupações com as quais o cliente se envolve.

() Variedade de condições inter-relacionadas que compõem e circundam o cliente, influenciando o seu desempenho nas ocupações.

Ao se relacionar corretamente os conceitos às suas respectivas definições, obtém-se a seguinte sequência:

a) II, III, I, IV.

b) I, III, II, IV.

c) IV, III, II, I.

d) IV, II, I, III.

23. Na prática profissional, os terapeutas ocupacionais devem levar em consideração a multidimensionalidade das necessidades e demandas dos sujeitos sob seus cuidados e de suas famílias, considerando-se tanto as suas características físico-funcionais, quanto as psicossociais e espirituais. Deste modo, pode-se afirmar que a Terapia Ocupacional apresenta uma visão holística do ser humano. No que diz respeito ao surgimento de uma visão multidimensional do homem na Terapia Ocupacional, indique a melhor resposta.

- a) Na década de 80 do século XX, com o movimento de desinstitucionalização, os terapeutas ocupacionais começaram a repensar a sua prática, previamente centrada nos hospitais psiquiátricos, e passaram a considerar os contextos de vida dos sujeitos e sua participação na vida social.
- b) Na década de 60 do século XX, a formação profissional em Terapia Ocupacional chegou ao Brasil, a partir do movimento internacional de reabilitação; deste modo, houve uma somatória das práticas pré-existentes nos hospitais psiquiátricos àquelas advindas do tratamento dos incapacitados físicos.
- c) Na segunda década do século XX, a constituição teórico-prática da Terapia Ocupacional recebeu influências da Teoria da Psicobiologia de Meyer, a qual afirmava que o homem é um organismo complexo – psicológico e biológico em interação com o mundo social.
- d) Em meados do século XX, a herança do Tratamento Moral foi somada a uma visão mais científica da Terapia Ocupacional, com o surgimento da Reabilitação; deste modo, o homem passou a ser visto para além dos aspectos mentais, incluindo-se suas características físicas.

24. No atendimento hospitalar ao paciente queimado um dos mais importantes objetivos é evitar deformidades, sendo assim o posicionamento adequado precoce é fundamental. Desta forma, em relação ao posicionamento da mão queimada é correto afirmar que as articulações:

- a) metacarpofalangeanas devem estar em leve extensão, as interfalangeanas em flexão e o polegar em abdução e flexão.
- b) metacarpofalangeanas devem estar em leve flexão, as interfalangeanas em flexão e o polegar em adução e extensão.
- c) metacarpofalangeanas devem estar em leve extensão, as interfalangeanas em extensão e o polegar em abdução e extensão.
- d) metacarpofalangeanas devem estar em leve flexão, das interfalangeanas em extensão e o polegar em abdução e flexão.

25. Na hanseníase, o bacilo atinge as terminações da derme e troncos nervosos ocasionando neurites. Estas alterações são caracterizadas pelo comprometimento de fibras sensitivas, motoras e autonômicas e são bastante incapacitantes. No caso do membro superior, a lesão que provoca o Sinal de Froment está relacionada com o nervo ulnar. Este é caracterizado quando o paciente:

- a) Ao percutir a região da prega palmar do punho percebe choque até as extremidades.
- b) Ao tentar realizar a extensão do quarto e quinto dedo percebe força diminuída, incapaz de vencer a resistência.
- c) Ao tentar apertar um papel entre os dedos polegar e indicador, a adução do polegar é impossível e é substituída por flexão.
- d) Ao realizar a extensão com resistência do terceiro dedo, percebe dor na região do epicôndilo medial.

26. Desde a sua publicação como versão experimental, em 1980, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) tem sido utilizada como uma ferramenta:

I. equitativa – que facilita a gestão de informação para quantificar as limitações funcionais e tabelar as deficiências afim de normatizar as ações de reabilitação.

II. clínica – para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados.

III. de política social – no planejamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas.

IV. pedagógica – na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e realizar ações sociais.

Após análise, estão corretas as alternativas:

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

27. As lesões em membros superiores apresentam maior impacto na função dos sujeitos do que lesões em outros membros. Para avaliar a função motora é necessário medir:

- a) Força muscular pela mensuração de forças pinça e preensão e avaliação sensitiva com sinal de Tinel.
- b) Mobilidade articular com dinamômetro de Jamar e força de pinça com o dinamômetro de Preston Pinch.
- c) Mobilidade articular com o método goniométrico e força muscular pela mensuração de forças pinça e preensão.**
- d) Avaliação sensitiva com teste dos monofilamentos e mobilidade articular com o volúmetro.

28. Entre os procedimentos utilizados para tratar edema significativo de membro superior estão posicionamento elevado e:

- a) enfaixamento com bandagem, movimentação ativa e massagem manual.**
- b) calor terapia, movimentação ativa e massagem cicatricial.
- c) crioterapia, massagem em turbilhão e movimentação ativa.
- d) enfaixamento com bandagem, crioterapia e massagem em turbilhão.

29. Sobre a osteoartrite é correto afirmar que é:

- a) Uma doença sistêmica crônica que afeta principalmente os tecidos sinoviais de revestimento articular.
- b) Denominada de osteoartrose juvenil quando aparece em pacientes abaixo de 16 anos de idade.
- c) Uma doença do tecido cartilaginoso da articulação que provoca uma inflamação na membrana sinovial.
- d) Uma condição degenerativa das articulações caracterizada pela deterioração e perda da cartilagem hialina.**

30. As órteses são dispositivos aplicados externamente ao corpo para imobilizar ou mobilizar. Sobre a órtese estática seriada, podemos afirmar que:

- a) Apresenta um componente mioelétrico para aumentar a funcionalidade do paciente.
- b) São órteses que aplicam uma força para mover uma articulação enquanto restringem o movimento de outra.
- c) Mantém o tecido no seu comprimento máximo e, ao obter esse ganho, a órtese é remodelada para uma nova posição de alongamento.**
- d) São dispositivos aplicados diretamente ao corpo do paciente que mantêm os tecidos em uma única posição.

31. São deformidades geradas pela artrite reumatóide:

- a) Desvio ulnar dos dedos, pescoço de cisne, rupturas tendinosas e lesão de placa volar.
- b) Subluxação volar do punho, desvio radial do punho, contratura dos intrínsecos e pescoço de cisne.
- c) Desvio radial do punho, contratura dos intrínsecos, rupturas tendinosas e dedo em boteira.
- d) Subluxação volar do punho, desvio ulnar dos dedos, contratura dos intrínsecos e pescoço de cisne.**

32. Para avaliar se existe compressão do nervo mediano no nível do punho, o terapeuta pode utilizar a/o:
- Teste de Loose
 - Sinal de Wartenberg
 - Teste de Phalen
 - Teste muscular para os extensores do punho
33. Os programas para acompanhar e apoiar o retorno ao trabalho de trabalhadores que se afastaram em decorrência de problemas de saúde mental deve ter início:
- Com o convite ao trabalhador para integrar as primeiras ações do programa.
 - Juntamente com os primeiros procedimentos administrativos que forem tomados.
 - Com o contato com o supervisor imediato do trabalhador.
 - Juntamente com o início das ações de reabilitação profissional do trabalhador.
34. Complete o período abaixo:
Entre os principais obstáculos à contratação de pessoas com deficiência pode-se mencionar a baixa _____ somadas à _____.
- Funcionalidade/falta de competência.
 - Escolaridade/falta de experiência.
 - Auto estima/ falta de capacidade.
 - Capacitação/ falta de vagas.
35. Sobre o Delirium, assinale a alternativa correta.
- Pacientes idosos podem apresentar delirium como única manifestação de doença aguda.
 - Delirium é um sintoma que indica o início da demência em pacientes idosos que estão internados na UTI
 - O delirium consiste numa alteração neuropsiquiátrica aguda ou subaguda que atinge o nível de consciência, e geralmente só é manifestada em pacientes com histórico de transtorno mental e ou uso de drogas.
 - O Delirium se trata de uma síndrome caracterizada por um distúrbio da consciência e do rebaixamento cognitivo global, de início abrupto e curso flutuante.
36. A intervenção terapêutica ocupacional com pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico (pós-AVE) é complexa. Sobre esse aspecto, assinale a alternativa correta.
- I. A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional podem ser utilizadas para avaliar os contextos de desempenho de pessoas pós-AVE.
- II. A prescrição e treino de equipamentos auxiliares e adaptações possuem baixo impacto na funcionalidade de pessoas pós-AVE.
- III. Na fase aguda as pessoas pós-AVE se beneficiam de repetições para o aprendizado adequado de tarefas.
- IV. No treino de atividades de vida diária é importante evitar o uso do membro superior acometido devido aos riscos de lesões.
- V. As órteses estáticas de posicionamento ventral ou dorsal de punho, dedos e polegar e a órtese de posicionamento de punho com dedos livres são as mais frequentes prescritas às pessoas pós-AVE.
- II, III e VI, apenas.
 - II, IV e V, apenas.
 - I, III e V, apenas.
 - I, III e IV, apenas.
37. A escala de Zarit Burden Interview utilizada em pesquisas nacionais e internacionais visa avaliar:
- O nível de sobrecarga do cuidador
 - Os impactos da hospitalização sobre a saúde mental do paciente
 - O nível de independência do idoso
 - A sobrecarga dos profissionais de saúde

38. A capacidade de prestar atenção a leitura de um livro enquanto ignoramos os estímulos do ambiente, como o barulho da televisão e de conversas, mobiliza a atenção:

- a) Alternada.
- b) Dividida.
- c) Seletiva.
- d) Convergente.

39. São métodos e técnicas que o terapeuta ocupacional pode utilizar na reabilitação cognitiva:

- a) Modelagem, feedback, condicionamento.
- b) Dar pistas, graduação de intervenções, volição.
- c) Volição, aprendizagem sem erro, condicionamento.
- d) Modelagem, aprendizagem sem erro, encadeamento.

40. Em relação à assistência da terapia ocupacional com o paciente idoso no contexto hospitalar, analise as afirmativas a seguir:

I. Dentre os objetivos do terapeuta ocupacional, estão a promoção da qualidade de vida e das relações entre paciente/cuidador/profissional; a promoção da capacidade funcional e do desempenho ocupacional durante a internação; a atenção à família, a orientação na alta hospitalar.

II. Oferta de suporte e apoio ao cuidador nas tarefas de cuidar por meio de orientações e treinamento das atividades de vida diária e instrumentais do idoso, na mobilização, transferências posturais, além de suporte emocional e acolhimento em suas necessidades.

III. Atuar na atenção ao idoso por meio de atividades significativas e produtivas, proporcionando autonomia e independência na medida do possível; atuando na promoção, prevenção e reabilitação da saúde frente às consequências do processo de adoecimento e hospitalização.

IV. A abordagem geriátrica em cuidados paliativos deve priorizar os aspectos clínicos do idoso, em virtude de a doença ser geradora de declínio funcional, dependência e vulnerabilidade.

Estão corretas:

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

41. A avaliação terapêutica ocupacional deverá ser capaz de identificar os pontos fortes do idoso, assim como as dificuldades. A este respeito, assinale a alternativa correta:

- a) O reconhecimento de objetos, as relações espaciais dos objetos e os pontos de referência no ambiente estão associados ao hemisfério esquerdo.
- b) A aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional não é indicada para idosos com deficiências em funções executivas superiores.
- c) A avaliação *bottom-up* supõe que o desempenho ocupacional seja a medida primária da habilidade de uma pessoa para funcionar com êxito dentro do ambiente.
- d) O terapeuta ocupacional durante a avaliação deverá enfatizar a capacidade e não o desempenho.

42. Sobre a promoção da saúde no Brasil, escolha a alternativa correta:
- a) Os eixos prioritários definidos na Política Nacional da Promoção de Saúde (PNPS, 2006) serviram como dispositivos para ampliar ações em programas e políticas da atenção básica, garantindo a sustentabilidade das intervenções nos determinantes e condicionantes da saúde.
 - b) A Promoção da Saúde relaciona-se ao empoderamento dos sujeitos, debruça sobre o indivíduo, seu modo de ser, conectando ao patológico a fim de aliviar o sofrimento humano. Neste aspecto do sofrimento humano, a promoção da saúde está diretamente vinculada ao campo da saúde mental.
 - c) A Promoção da Saúde engloba ações intersetoriais, objetivando promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, condições de trabalho e uso de drogas.
 - d) Na Política Nacional da Promoção de Saúde (PNPS, 2006) foram definidos eixos prioritários, tais como redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de drogas, prevenção da violência, estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

43. Até meados do século XVII, os hospitais funcionavam como espaço asilar, de caridade, um lugar de repouso para os processos de adoecimento e morte. Considerando esse recorte histórico, podemos afirmar que:

- a) O terapeuta ocupacional não é um profissional que compõe a equipe de saúde mental. Esta equipe pode desenvolver cuidados aos familiares e sujeitos em sofrimento psíquico e comorbidades, nas enfermarias hospitalares, pronto-atendimentos, nos ambulatórios de saúde mental e etc.
- b) O adoecimento e a hospitalização impõem ao sujeito, em tratamento, a ruptura em sua vida, acarretando em novas rotinas protocolares (definida por horários para ingestão medicamentosa, aferições de temperatura e pressão arterial sistêmica e etc.), as quais não exigem adaptações.
- c) As mudanças ideológicas e conceituais do século XVIII também contribuíram para o início do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico no hospital geral. Em 1992, o Ministério da Saúde regulamentou o funcionamento das unidades psiquiátricas de hospital geral (UPHG). Os terapeutas ocupacionais já estavam entre os profissionais da equipe.
- d) O terapeuta ocupacional no hospital geral não garante nenhuma possibilidade de o paciente exercer suas potencialidades e desejos, mas auxilia na situação de crise, na manutenção da autonomia, de hábitos e rotinas, bem como na adaptação ao espaço e dinâmica institucionais.

44. O hospital se configura como um espaço de grande complexidade de cuidados e de serviços, atravessado por diversos saberes e distintas tecnologias. Assim, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se encontrar numa equipe multiprofissional e interdisciplinar:

- a) Terapeutas Ocupacionais que favoreçam a construção de possibilidades, baseadas em histórias, desejos e necessidades distintas da biografia dos clientes atendidos, no contexto da hospitalização.
- b) Terapeutas Ocupacionais atuando com enfoque na busca de alternativas para potencializar a qualidade de vida do paciente hospitalizado, através da ressignificação do cotidiano, considerando sua história de vida.
- c) Terapeutas Ocupacionais que não se propõem a oferecer ao sujeito em tratamento, um lugar de expressão da sua singularidade, contudo proporcionando-lhe um espaço de trocas com a equipe, familiares e demais pacientes hospitalizados.
- d) Terapeutas Ocupacionais que respeitem os valores culturais dos pacientes, bem como de seu cuidador e/ou familiar, contribuindo para reabilitação no contexto hospitalar, por meio da execução de métodos, técnicas e recursos aleatórios.

45. A Tecnologia Assistiva foi definida no Brasil pelo Comitê de Ajudas Técnicas, em 2006, como uma área de conhecimento que compreende:

- a) O trabalho do terapeuta ocupacional como o principal profissional no serviço de Tecnologia Assistiva, e este tem o objetivo de desenvolver recursos para favorecer a inclusão social de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.
- b) Recursos, serviços, estratégias, práticas e metodologias com o objetivo de promover a funcionalidade e a participação de pessoas com incapacidades visando desenvolver maior autonomia, qualidade de vida e inclusão social.
- c) Os recursos de baixa e alta tecnologia como cadeira de rodas, órteses, próteses, adaptações para atividades básicas de vida diária e de vida prática, transporte adaptado, adaptações de equipamento de lazer, para o trabalho e Comunicação Alternativa.
- d) Os serviços de profissionais de diferentes áreas como os terapeutas ocupacionais, professores, enfermeiros, fonoaudiólogos, engenheiros, psicólogos, especialistas em audição e visão, arquitetos, designs, entre outros.

11

46. O terapeuta ocupacional é um profissional fundamental no trabalho da área de Tecnologia Assistiva. O seu papel pode ser definido, de maneira mais abrangente, como sendo:

- a) O de adequar o recurso de Tecnologia Assistiva adquirido pelo paciente para que ele possa utilizá-lo de maneira mais funcional em suas atividades em casa, na escola ou local de trabalho, e em suas atividades na comunidade.
- b) O de confeccionar recursos de Tecnologia Assistiva como órteses e adaptações, adequar o material às necessidades do paciente, treinar seu uso, remodelar quando necessário, e treinar o paciente e seus cuidadores para o uso da tecnologia.
- c) O de avaliar a tecnologia verificando suas características, funcionalidades, adequação para diferentes de necessidades, preço, possibilidade de manutenção e utilização em diferentes contextos.
- d) O de avaliar as necessidades e habilidades físicas, cognitivas, sensoriais, e a condição sociocultural do paciente; as características da atividade a ser desenvolvida; e do ambiente em que o recurso de Tecnologia Assistiva será utilizado fazendo a prescrição, confecção ou adequação do recurso e a promoção da instrução dessa tecnologia.

47. No contexto hospitalar, a necessidade de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é óbvia, contudo quando o paciente apresenta impedimentos sérios de comunicação é necessário que sejam introduzidos recursos alternativos. Assinale o que define adequadamente a Comunicação Alternativa e exemplifica seus recursos:

- a) O conjunto de sinais da Língua Brasileira de Sinais realizados pelo paciente hospitalizado para expressar suas necessidades no contexto hospitalar. Os recursos incluem o apontar, o piscar, o olhar, acenar e o escrever.
- b) Toda forma de comunicação pelo olhar utilizada para comunicar ideias e necessidades. Os recursos incluem jogos de videogame que permitem a interação por meio de plataformas interativas.
- c) Toda forma de comunicação, diferente da fala, que é utilizada para expressar os pensamentos, desejos, ideias e necessidades. Os recursos incluem pranchas de comunicação, comunicadores, smartphones, tablets e computadores.
- d) Toda a forma de comunicação que envolve a fala quando utilizada para expressar os desejos ideias e necessidades do paciente hospitalizado. Os recursos incluem o apontar, fazer mímica e a escrita.

48. O quadro oncológico pode trazer significativas limitações à rotina, ao desempenho ocupacional e aos relacionamentos sociais. Em relação à abordagem da terapia ocupacional com pacientes com câncer de mama e de pulmão, analise as afirmações abaixo.

I – Importante que o terapeuta ocupacional esteja apto para avaliar a dispneia usual em pacientes com câncer de pulmão, que se refere às limitações provocadas pelo sintoma na execução de atividades cotidianas.

II – A fadiga tem característica multidimensional, apresentando diversos componentes, como o cansaço e a diminuição da capacidade mental. Nos casos em que a fadiga é identificada como grave, o tratamento terapêutico ocupacional não é recomendado.

III – Na presença de linfedema, após o tratamento do câncer de mama, o terapeuta ocupacional deve orientar ao paciente evitar atividades que o exponha a calor e peso excessivo.

IV – No pós-operatório imediato, o terapeuta ocupacional deve orientar em relação ao posicionamento do membro superior homolateral à cirurgia, que deverá ser em adução e rotação interna do ombro, flexão do cotovelo e supinação de antebraço.

12

Dentre estas afirmativas, indique aquelas que são corretas.

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

49. Em relação aos cuidados paliativos, analise as afirmações abaixo.

I – A terapia ocupacional tem por objetivo fundamental a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, tornando os pacientes capazes de melhorar o desempenho funcional e ocupacional.

II – Os cuidados paliativos são destinados apenas a pacientes com câncer, através da prevenção e alívio de sofrimento.

III – No modelo atual de cuidados paliativos, estes devem ser realizados após às medidas curativas no percurso da doença e não simultaneamente.

IV – Envolvem uma abordagem multiprofissional, a fim de atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

Dentre estas afirmativas, indique aquelas que são corretas.

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

50. Para a avaliação funcional de pacientes em cuidados paliativos, o terapeuta ocupacional pode utilizar a/o:

- a) Apgar de família e amigos.
- b) Escala de Depressão Geriátrica.
- c) Escala de Barthel.**
- d) Teste do desenho do relógio.