

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

PROVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

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

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

6

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas

repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersetorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- e) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;
- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);

- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. As órteses são importantes aliadas no processo de reabilitação após a ocorrência de um trauma, podendo ser utilizadas com diferentes objetivos nas etapas do estágio de cicatrização. Durante a avaliação de um paciente, o terapeuta ocupacional identificou um movimento articular resistido da região acometida pelo trauma. Considerando que o trauma se encontra na fase de remodelação, o tipo mais indicado para o ganho do movimento é a órtese:

- a) seriada;
- b) dinâmica;
- c) elástica;
- d) estática.

22. Para a confecção de órteses é necessário que o terapeuta ocupacional possua conhecimentos de anatomia, fisiologia, biomecânica, entre outros. Dentre os conceitos da biomecânica presentes na confecção de órtese, **NÃO** é correto afirmar que:

- a) as órteses que trabalham com sistema de alavanca de 1ª classe utilizam o sistema de 3 pontos de pressão para equilíbrio das forças;
- b) para reduzir a pressão exercida em uma órtese é necessário diminuir a área de aplicação de força;
- c) a vantagem mecânica é utilizada para equilíbrio do sistema de forças na órtese. Quanto maior a vantagem mecânica, menor é a pressão aplicada;
- d) as órteses são um modo eficaz de produzir uma tensão prolongada para alcançar a remodelação dos tecidos moles.

23. A rizartrose é considerada uma osteoartrite (OA) da articulação trapézio metacarpiana, articulação de grande importância para a função da mão. Em estágios mais avançados os episódios inflamatórios são mais intensos impactando significativamente no desempenho ocupacional dos indivíduos. Nesse estágio da doença, o tipo de órtese a ser incluída como recurso no plano terapêutico ocupacional é:

- a) *cock-up* ou estabilizador de punho;
- b) caneleira ou dedeira;
- c) órtese de repouso palmar completa;
- d) abductor longo de polegar.

24. Homem, 67 anos, é casado sem filhos, evangélico, aposentado do serviço militar onde chegou ao posto de sargento, reside em Duque de Caxias- RJ e encontra-se internado no hospital do exército há cerca de 1 mês, sendo os primeiros 20 dias na UTI. A esposa relata que ele teve um aneurisma cerebral rompido, precisou realizar neurocirurgia para drenar a hemorragia e ficou muitos dias com sedação induzida para favorecer sua recuperação. Foi solicitado um parecer da Terapia Ocupacional que após uma leitura minuciosa de seu prontuário para análise do quadro clínico e ainda, das evoluções da equipe de terapia ocupacional que o atendeu na UTI, preparou-se para o atendimento. No exame atual, o neurologista descreve que o paciente em questão apresenta *Glasgow* 13 e chamou atenção para a pontuação: 3 – abertura ocular; 4 - resposta verbal; 6 - resposta motora e, zero para resposta pupilar. Diante do quadro neurológico acima citado, o terapeuta ocupacional deve esperar que o paciente se apresente:

- a) orientado, abrindo os olhos ao estímulo da voz, localizando a dor e com reação pupilar ao estímulo luminoso;
- b) confuso, porém, abre os olhos em resposta à voz, obedeça a comandos verbais e sem implicações na resposta pupilar;
- c) confuso, localizando a dor, sem implicações na resposta pupilar e abrindo os olhos ao estímulo doloroso;

- d) orientado, abrindo os olhos espontaneamente, com reação pupilar ao estímulo luminoso, obedecendo os comandos verbais.

25. Sabe-se que a hospitalização traz uma mudança brusca no desempenho ocupacional do paciente e, por vezes, interfere negativamente em seus papéis ocupacionais. Desta forma, cabe ao terapeuta ocupacional, resgatar a autonomia e independência do sujeito internado por meio das ocupações significativas. Baseado no Modelo de Ocupação Humana proposto por *Kielhofner*, analise as afirmativas a seguir:

I - Esse referencial tem como propósito contribuir para a compreensão das características psicodinâmicas fundamentais de uma atividade por meio de um estudo que contemple os movimentos e os procedimentos presentes na realização, bem como material e equipamentos.

II - A terapia ocupacional atua para restaurar, manter ou realizar um ciclo organizador nas ocupações. Assim, seu papel é auxiliar a pessoa a adquirir novos interesses, objetivos e hábitos a fim de reorganizar o curso de suas ocupações.

III - Através da leitura ocupacional, diferenciamo-nos em estágios evolutivos que estão contidos nas três áreas: produtividade, atividades de vida diária e tempo livre, que propõem a compreender o ser humano ocupacional e suas demandas.

IV - As atividades utilizadas pela terapia ocupacional dependem das limitações do paciente e devem ser analisadas sob a ótica da cinesiologia. Já as disfunções psiquiátricas devem se pautar nas propriedades psicodinâmicas do material e ferramenta, valorizando a interação e a comunicação.

As afirmativas mais adequadas são:

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

26. Na presença de cicatrizes cirúrgicas ou traumáticas, o terapeuta ocupacional deverá prevenir a instalação de possíveis complicações como: aderências, fibroses, hipo ou hipersensibilidade. O tempo em que o tecido ficará protegido e a quantidade de tensão a ser aplicada vão depender do tipo de lesão. Mas, de uma forma geral, pode-se afirmar que no período de remodelação e maturação da cicatriz que tem início na terceira semana, o terapeuta ocupacional deverá:

- a) aumentar gradativamente a aplicação de tensão nas estruturas envolvidas, pois isso restaura a mobilidade dos tecidos e promove o remodelamento do colágeno;**
- b) iniciar massagens com estímulo sensorial sem aplicar tensão no local, pois isso serve de apoio para a migração celular e estimula o trabalho dos monócitos e neutrófilos;
- c) hidratar as áreas cicatriciais e posicionar através de órteses para garantir relaxamento das estruturas envolvidas e promover a epitelização dos tecidos;
- d) utilizar estímulos manuais e térmicos sobre a cicatriz para prevenir o edema e garantir a proliferação dos fibroblastos e células endoteliais.

27. O câncer de pulmão é o tipo de câncer mais comum, com incidência em adultos e idosos. As manifestações clínicas apresentadas são tosse, fadiga, dor, perda de peso, dispneia, entre outros, podendo afetar o desempenho ocupacional das pessoas acometidas pela doença. Assim, pode-se afirmar que pode ser utilizada para avaliar a percepção de dispneia em pacientes com câncer de pulmão:

- a) teste de Gesell;
- b) escala de Performance Paliativa;
- c) escala de Borg Modificada;**

d) escala de Karnofsky.

28. A COVID-19 é uma doença altamente contagiosa de ampla disseminação, gerando em alguns casos demanda por atendimento hospitalar. Com relação à atuação do terapeuta ocupacional com pacientes acometidos pela COVID-19 hospitalizados, analise as afirmativas a seguir:

- () O terapeuta ocupacional deve avaliar o histórico ocupacional do paciente, a fim de compreender os padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades.
- () Facilitar o desempenho nas atividades de vida diária por meio do treino, gradação e adaptação das atividades.
- () O terapeuta ocupacional promove o engajamento do paciente em atividades significativas a partir do repertório ocupacional do familiar/acompanhante.
- () O terapeuta ocupacional utiliza medidas farmacológicas para o manejo do delírium.
- () Orientação quanto à técnicas de conservação de energia e simplificação das etapas para realização das atividades cotidianas.

12

A sequência mais adequada é:

- a) V-V-F-V-V;
- b) F-V-V-F-V;
- c) V-V-F-F-V;
- d) F-F-V-F-V.

29. A fim de favorecer um bom desempenho na atividade de alimentação, o paciente que sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) precisa ser estimulado a ter um bom alinhamento postural. Dentre as recomendações realizadas pela Terapia Ocupacional, analise as afirmativas a seguir:

- I. O membro superior hemiplégico deve ficar sobre a perna do paciente para favorecer um estímulo sensorial e o apoio durante a realização da atividade de alimentação.
- II. É importante observar como o paciente se encontra na posição sentada, com o objetivo de proporcionar uma simetria do tronco, quadril, joelho e tornozelo.
- III. Manter o ombro do lado hemiplégico em extensão com o antebraço apoiado sobre a mesa vai permitir a visualização do braço e seu uso durante a alimentação.
- IV. Se o paciente apresentar uma negligência unilateral com hemianopsia será orientado que ele gire o prato ao final da refeição para verificar se consumiu todo o alimento.

As afirmativas mais adequadas são:

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

30. Sobre a atuação do terapeuta ocupacional em saúde mental no hospital geral, julgue as afirmativas a seguir e selecione a alternativa correta.

- a) o terapeuta ocupacional precisa ter conhecimento sobre os transtornos mentais, pois as ações em saúde mental no hospital geral são apenas realizadas com pacientes com diagnósticos psiquiátricos;
- b) no caso de internações hospitalares de curta permanência, demandas relacionadas à saúde mental não fazem parte do plano terapêutico ocupacional. Já no caso de internações de longa permanência, é obrigatório que essas demandas sejam incluídas;
- c) a disposição pessoal para resgatar/encontrar prazer na realização de atividades e interação social durante a hospitalização é aspecto passível de intervenção terapêutica ocupacional em saúde mental no contexto hospitalar;

d) entende-se que o prejuízo no autocuidado, na autonomia e na independência para a realização de atividades de vida diária não são demandas para o terapeuta ocupacional em saúde mental no hospital geral, uma vez que não são situações em que há o atravessamento de aspectos psicossociais.

31. Para realizar a transferência de sentado para em pé em um paciente dependente com hemiplegia à direita, o terapeuta ocupacional precisa estar atento à sequência de ações solicitadas. De acordo com o enunciado, identifique **V** para as afirmativas verdadeiras e **F** para as falsas:

- () Auxilie o paciente a trazer o quadril mais a frente antes de iniciar a mudança de sentado para em pé e posicione os pés alinhados e apoiados no chão;
- () Fique a frente do paciente do lado hemiplégico e posicione o pé a frente do pé esquerdo a fim de controlar o membro durante a transferência;
- () Durante o movimento, coloque uma mão no pescoço do lado direito do paciente e a outra mão no ombro do lado oposto;
- () No momento da transferência solicite que ele levante e aguarde ele iniciar o movimento para auxiliá-lo;

A sequência mais adequada é:

- a) V - V - F - V;
- b) F - V - V - V;
- c) V - V - F - V;
- d) V - F - F - V.

32. A integralidade consiste não apenas em um dos princípios que rege o Sistema Único de Saúde brasileiro, mas em um aspecto intrínseco à prática terapêutica ocupacional. Frente ao exposto, analise as afirmativas a seguir:

- I. A integralidade busca romper com a lógica da queixa-conduta e da fragmentação do cuidado, propondo que o mesmo aconteça sob uma ótica integral, isto é, a partir da leitura ampliada sobre o indivíduo, suas características e demandas singulares.
- II. Para garantia da integralidade, importa, ao terapeuta ocupacional, o conhecimento da rede de serviços extra hospitalares, uma vez que o cuidado não se encerra com a alta hospitalar, ainda que o hospital componha o nível terciário de atenção à saúde.
- III. É possível associar o conceito de integralidade com o trabalho que o terapeuta ocupacional realiza com o paciente e sua família no que diz respeito à preparação para a alta hospitalar e o retorno para o domicílio.
- IV. O terapeuta ocupacional, juntamente com a equipe multidisciplinar, pode realizar articulações intersetoriais, que extrapolam o setor saúde, se isto se fizer necessário no cuidado do paciente hospitalizado.

As afirmativas mais adequadas são:

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

33. Pessoas em Cuidados Paliativos experimentam restrição ocupacional em suas atividades básicas de vida diária. Trata-se de um fenômeno multifatorial, com influências orgânicas, ambientais, motoras e cognitivas. A fim de realizar uma avaliação adequada das atividades básicas de vida diária em cuidados paliativos, um(a) terapeuta ocupacional pode aplicar:

- a) *Karnofsky Performance Scale* e o Índice de *Lawton e Brody*;
- b) *Palliative Performance Scale* e a Medida de Independência Funcional;
- c) *Edmonton Symptom Assessment Scale* e o Índice de *Lawton e Brody*;
- d) *Palliative Prognostic Index* e o teste *Timed Up and Go*.

34. Com o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as políticas passaram a preconizar a desospitalização de pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos. Dentre outras possibilidades de cuidado à população em sofrimento psíquico intenso, está a utilização de leitos dos hospitais gerais para acolhimento integral. Estes leitos compõem a rede assistencial em saúde mental, porém estigmas relacionados à experiência do sofrimento psíquico e da loucura podem comprometer fortemente a produção do cuidado.

Diante disto, considere as afirmativas a seguir e indique as alternativas mais adequadas que apontam os caminhos para comportamentos a serem adotados pelo terapeuta ocupacional e toda a equipe para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental no hospital geral:

- I. Trabalho em equipe interdisciplinar.
- II. Realização de interconsultas.
- III. Realização de processos de capacitação profissional e sensibilização.
- IV. Articulação com os outros dispositivos de referência do paciente.

As afirmativas mais adequadas são:

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

35. Considerando-se que o sistema de Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) inclui um grupo de componentes para favorecer a comunicação funcional de indivíduos que não conseguem se comunicar de forma oral ou escrita, temporariamente ou definitivamente, relacione os componentes às suas respectivas definições:

- I. Símbolos
- II. Recursos
- III. Técnicas
- IV. Estratégias

() São objetos ou equipamentos utilizados para transmitir mensagens, como: pranchas de comunicação, eye-gaze e comunicadores de voz gravada.

() Refere-se ao modo como os recursos de comunicação alternativa são utilizados. A definição deste componente deve levar em consideração as habilidades e necessidades, assim como atividades significativas e prazerosas para o indivíduo.

() Diz respeito às representações táteis, auditivas ou visuais de um conceito que podem ou não necessitar de recursos externos para serem utilizados, por exemplo: língua de sinais, objetos reais, fotografias e figuras pictográficas.

() Refere-se à forma de seleção dos símbolos que os indivíduos utilizam no seu equipamento de comunicação, dentre eles, pode-se citar: seleção direta, seleção pelo olhar, seleção por meio de varredura, seleção por codificação.

A sequência mais adequada é:

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

36. A Tecnologia Assistiva (TA) é uma área de conhecimento que inclui recursos, serviços, estratégias, metodologias e técnicas com a finalidade de proporcionar qualidade de vida, bem como promover a funcionalidade de pessoas com deficiência ou indivíduos com perdas funcionais transitórias. Dessa forma, inúmeros pacientes podem necessitar de serviços e recursos de TA para favorecer o desempenho em suas ocupações. Portanto, pode-se afirmar que:

- a) o terapeuta ocupacional é o único profissional habilitado para atuar em serviços, assim como para prescrever e confeccionar recursos de TA. É de competência deste profissional realizar uma avaliação breve sobre as necessidades e preferências do indivíduo antes de prescrever ou confeccionar um dispositivo assistivo;
- b) além de possibilitar a integração e ser constituída pela expertise de diversos profissionais, os usuários também devem fazer parte da implementação dos serviços e recursos de TA. Após ser realizada a instrução da utilização apropriada do recurso de TA para o usuário, cabe a ele orientar as outras pessoas envolvidas no emprego deste dispositivo;
- c) tendo em vista que a TA é considerada uma área de caráter interdisciplinar que possibilita o envolvimento de diversos profissionais, o terapeuta ocupacional não é o responsável por realizar modificações ou ajustes no dispositivo prescrito, caso haja necessidade. Nesse sentido, é de responsabilidade de outro profissional da equipe realizar tais modificações;
- d) a TA é uma área de conhecimento interdisciplinar que possibilita o envolvimento de diversos profissionais, dentre os quais está incluído o terapeuta ocupacional. As condutas a serem realizadas por este profissional incluem: a avaliação detalhada das necessidades, habilidades físicas, cognitivas e sensoriais do usuário, bem como do contexto e das características físicas do ambiente onde o recurso será utilizado, o que possibilitará a elaboração da prescrição e confecção deste equipamento adequadamente.

15

37. No que tange às principais áreas de aplicação que são abarcadas pela Tecnologia Assistiva, analise as afirmativas a seguir:

I. A adequação postural ou adequação da postura sentada tem o objetivo de adaptar somente a cadeira de rodas visando oferecer conforto, suporte e estabilidade corporal, além de uma distribuição equilibrada da pressão na superfície da pele.

II. As adaptações para as Atividades de Vida Diária (AVD) visam favorecer o desempenho em atividades como o banho, alimentação, vestir, dentre outras. As escovas e esponjas de banho com cabo alongado, adaptação para calçar meias e talheres com cabos engrossados são alguns exemplos de recursos de tecnologia assistiva utilizados para auxiliar o desempenho nas AVD.

III. Os sistemas de comunicação alternativa são utilizados sempre por meio de recursos eletrônicos que permitem o desenvolvimento da expressão e da recepção de mensagens para pessoas que não conseguem se comunicar verbalmente ou por meio da escrita.

IV. As unidades de controle ambiental favorecem maior independência aos indivíduos, tendo em vista que permitem o controle de alguns equipamentos, sistemas de segurança e de comunicação, a iluminação de seu domicílio ou outros espaços.

As afirmativas mais adequadas são:

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

38. Para responder à questão a seguir, considere o seguinte caso clínico:

Mulher 45 anos, contadora, afastada do trabalho, que tem o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica há 5 anos, com rápida progressão da doença. Totalmente dependente nas atividades básicas de vida diária, inclusive na mobilidade funcional, o que lhe causa muito sofrimento. É casada e tem uma filha de 22 anos. Suas atividades significativas incluem ouvir música e ler livros de romance. Foi hospitalizada há quatro dias, devido à dispneia (falta de ar) intensa que sentiu em casa, acompanhada de tosse com secreção e febre. Na admissão na emergência, momento identificado como D1, foi constatado grande comprometimento pulmonar provocado por broncoaspiração (entrada de saliva nos pulmões), sendo submetida à intubação orotraqueal e internada na Unidade de Terapia Intensiva. No momento da avaliação da Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva, momento identificado como D4, a paciente estava acordada e atenta, em decúbito dorsal no leito, e tentava sinalizar desconfortos, mas não era possível compreender a maioria das informações. Por sua expressão facial e sinais vitais alterados, a equipe concluiu que ela sentia dor, dispneia, além de uma óbvia sialorreia. Como a paciente tinha grande comprometimento orgânico e os sintomas eram de difícil controle, a equipe de Cuidados Paliativos Não-Oncológicos foi chamada, a qual estabeleceu uma pontuação de 20% na *Palliative Performance Scale* para a paciente.

No caso desta paciente, as intervenções que o(a) terapeuta ocupacional deve adotar, prioritariamente, no D4 são:

- a) otimizar o posicionamento, introduzir o uso de comunicação alternativa, e realizar cuidados de manutenção das estruturas do corpo;
- b) otimizar o posicionamento, treinar habilidades motoras para facilitar as Atividades de Vida Diária, e realizar acolhimento dos familiares;
- c) aplicar uma avaliação de rastreio de delirium, treinar habilidades motoras para facilitar as Atividades de Vida Diária, e realizar acolhimento dos familiares;
- d) diminuir o impacto da hospitalização por meio de atividades significativas, introduzir o uso de comunicação alternativa, e aplicar a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

39. A população idosa representa uma parcela significativa entre as pessoas internadas no Brasil e no mundo, tanto em Unidades de Terapia Intensiva quanto em enfermarias de diversas especialidades. Quanto a intervenção terapêutica ocupacional com pessoas idosas hospitalizadas, analise as afirmativas a seguir:

I. Poderá prevenir efeitos secundários da internação e do agravamento da condição de saúde, bem como favorecer a maximização do desempenho ocupacional.

II. As principais ações e recursos utilizados envolvem treino de atividades instrumentais de vida diária e prescrição de dispositivos de comunicação e de adaptação ambiental.

III. Deve considerar os aspectos clínicos, as características típicas do envelhecimento e elementos centrais do desempenho ocupacional.

IV. Poderá contribuir com a diminuição da perda da autonomia e da independência, bem como com a inatividade e reestruturação do cotidiano.

V. O plano de alta deve ser estruturado após a estabilidade clínica e descrito de forma detalhada para garantir a continuidade dos cuidados na comunidade.

As afirmativas mais adequadas são:

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

40. Os sinais e sintomas da Demência de *Alzheimer* (DA) estão relacionados com o declínio de múltiplas funções e habilidades percepto-cognitivas e comportamentais que impactam no desempenho das atividades cotidianas. Quanto ao processo de intervenção do profissional de terapia ocupacional com essa população, pode-se afirmar que:

- a) recomenda-se a proposição de atividades em horários que as pessoas com DA estejam agitadas e resistentes;
- b) a aprendizagem sem erros é uma técnica que, apesar de limitar a criatividade do terapeuta, aumenta o senso de competência da pessoa idosa com DA;
- c) modificações realizadas no ambiente físico e social colaboram para a acomodação cognitiva da pessoa com DA;
- d) simplificação das etapas das atividades, mudanças de rotina e sequências de hábitos podem resultar em maior participação da pessoa com DA.

17

41. As alternativas a seguir apresentam dimensões que predominam na atuação da Terapia Ocupacional no campo do trabalho à **EXCEÇÃO** de:

- a) cultura;
- b) previdência;
- c) saúde;
- d) direito.

42. As pessoas com Doença de *Parkinson* (DP), ao longo da progressão da doença apresentam sintomas motores e não motores que impactam na participação em ocupações. Quanto ao processo de avaliação e intervenção de terapia ocupacional com essa população, analise as afirmativas a seguir:

I. A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional pode ser utilizada para a identificação do grau de assistência requerida na realização de atividades cotidianas.

II. A facilitação da independência pode ocorrer de duas principais formas: 1) com o tratamento restaurador e; 2) pela implementação de estratégias compensatórias.

III. Com o intuito de facilitar a realização de atividades diversas, sugere-se a reorganização da rotina para que as atividades relevantes sejam realizadas no período off ou no wearing-off.

IV. O uso de estratégias cognitivas, técnicas de movimentos sequenciais e pistas sensoriais podem reduzir problemas de equilíbrio.

V. A utilização de técnicas de conservação de energia pode ser eficaz para melhorar a funcionalidade e reduzir a exacerbação dos sintomas.

As afirmativas mais adequadas são:

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

43. Internacionalmente, no início do século XX, houve uma retomada dos ideais do Tratamento Moral, movimento alienista francês, aliada à emergência da Teoria da Psicobiologia de *Adolf Meyer*. Assim, pode-se afirmar que a metodologia de cuidado proposta baseava-se na:

- a) classificação das patologias tratadas;
- b) utilização ativa e intencional do tempo;
- c) prevenção dos agravos à saúde;

d) participação ativa do paciente.

44. Relacione categorias da ocupação trabalho com suas respectivas descrições:

I. Interesse por emprego

II. Procura e aquisição de emprego

III. Desempenho no trabalho

() Exercer as exigências do trabalho, que inclui padrões e habilidades relacionadas à esta atividade, tais como: gerenciamento do tempo; relacionamentos com equipe de trabalho.

() Identificar e selecionar oportunidades de trabalho com base em bens, limitações, gostos e antipatias em relação ao trabalho.

() Auto advocacia; preparar-se para entrevistas e manter acompanhamento posterior; discutir benefícios no trabalho e finalizar negociações.

A sequência mais adequada é:

a) III, I, II;

b) I, II, III;

c) III, II, I;

d) I, III, II.

45. No Brasil, a partir dos anos de 1920, foram implantados as Colônias dos alienados, partindo do princípio de que a organização do ambiente levaria à reorganização do comportamento da pessoa com transtorno mental. Pode-se afirmar que essa forma de tratamento era baseada:

a) no aumento da autonomia e participação dos pacientes institucionalizados;

b) no processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa internação;

c) na ocupação dos pacientes internados em atividades rurais ou de oficinas;

d) na prescrição de treinos de atividades de vida diária.

46) Tendo-se por base a estrutura da prática da Terapia Ocupacional, relacione os conceitos, respectivamente, às suas definições:

(I) Rotina.

(II) Perfil ocupacional.

(III) Contexto.

(IV) Participação.

() Envolvimento em ocupações desejadas de forma que levem à satisfação pessoal e sejam congruentes com as expectativas dentro da referida cultura.

() Informação sobre a história ocupacional e experiências, dos padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades de cada pessoa.

() Padrões de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivos e que fornecem uma estrutura para a vida diária. Eles podem ser satisfatórios, promocionais ou prejudiciais.

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

A sequência mais adequada é:

a) II, III, I, IV;

b) I, III, II, IV;

c) IV, III, II, I;

d) IV, II, I, III.

47. Sobre a prática da terapeuta ocupacional baseada na ocupação, pode-se afirmar que:

a) O tratamento é baseado em objetivos pré-definidos, utilizando-se protocolos padronizados e prescritivos;

b) Tem como foco as estruturas e funções do corpo, componentes de desempenho e o impacto da incapacidade sobre a ocupação;

c) No Brasil, a discussão e utilização desta prática tiveram seu início recentemente, a partir de 2011, mas de forma ainda discreta;

d) Essa prática pode incluir o uso terapêutico de atividades para alcançar os objetivos, mas tal uso não é uma condição necessária ou suficiente.

48. No que tange ao Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pode-se afirmar que:

a) é proibido ao terapeuta ocupacional prestar assistência profissional gratuita ou a preço ínfimo, ressalvado o disposto no art. 29;

b) a responsabilidade do terapeuta ocupacional, por erro cometido em sua atuação profissional, é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma equipe;

c) o terapeuta ocupacional deve aceitar uma atribuição ou assumir um encargo, mesmo quando não se sentir apto a desempenhá-lo;

d) o terapeuta ocupacional pode permitir, mesmo a título gratuito, que seu nome conste do quadro de pessoal de hospital, sem nele exercer as atividades de terapia ocupacional pressupostas.

49. O paciente de cuidado intensivo é caracterizado como o indivíduo que apresenta um quadro grave e que requer assistência clínica permanente e especializada. Sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional com essa população, analise as afirmativas a seguir:

I. O Treino de Atividade de Vida Diária é uma das formas de intervenção em resposta à demanda considerável de cuidados físicos/ funcionais desse ambiente e das necessidades que os pacientes manifestam, como fraqueza, dor, mobilidade reduzida, limitação no autocuidado, banho, higiene, entre outras.

II. A comunicação alternativa e ampliada é uma ferramenta ímpar para oportunizar o envolvimento do paciente, sob ventilação mecânica ou não, nos cuidados dispensados pela equipe e no seu plano de tratamento. Inicialmente, a comunicação pode ocorrer de modo binário (sim ou não) sobre necessidades básicas, e progressivamente o nível de complexidade de seu vocabulário pode ser ampliado em consonância com as habilidades do desempenho adquiridas.

III. A avaliação terapêutica ocupacional pode iniciar ainda nas primeiras 24h do paciente em ambiente de UTI. Quanto mais precocemente for iniciado o acompanhamento, melhores serão os benefícios.

IV. A intervenção terapêutico-ocupacional mais realizada nesse ambiente, citada na literatura, é o uso de atividades significativas, pois foi percebida como favorecedora ao enfrentamento do processo de hospitalização e da recuperação funcional. Sua fácil aplicabilidade até com pacientes mais graves explica esse achado.

As afirmativas mais adequadas são:

a) I e II;

b) II e III;

c) II; III e IV;

d) I; II e III.

50. Ainda sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional no CTI, pode-se afirmar que descreve os elementos norteadores para a realização de uma intervenção terapêutico-ocupacional com segurança:

- a) uma vez analisado inicialmente os parâmetros clínicos de segurança, o profissional deverá focar sua atenção na intervenção terapêutica ocupacional propriamente dita e, imprescindivelmente, deverá verificar os sinais vitais somente ao final do atendimento para não comprometer o processo da sua conduta;
- b) entre os critérios de contraindicação para as intervenções terapêutico-ocupacionais encontrados na literatura, destacam-se: variáveis hemodinâmicas, respiratórias, saturação baixa de oxigênio, pós-cirurgia, pressão intracraniana instável, hemorragias ativas, Lesão Medular Espinhal instável, estado mental e nível de consciência do paciente, desconforto/dor e eventos adversos;
- c) o raciocínio terapêutico ocupacional deverá ser pautado em elementos do perfil e desempenho ocupacional do paciente. Conhecimentos clínicos específicos desse setor são dispensáveis, haja vista a presença da equipe multidisciplinar do local para ofertar suporte ao profissional;
- d) a análise dos critérios de segurança de indicação e contraindicação da intervenção terapêutico-ocupacional são essenciais no planejamento e execução de condutas motoras, e não essenciais em intervenções cognitivas.