

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



Profissão 14: Terapia Ocupacional



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

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: 2h. 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**01**

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiriam continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertezas de seus contornos. Há quem se interrogue mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conclamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

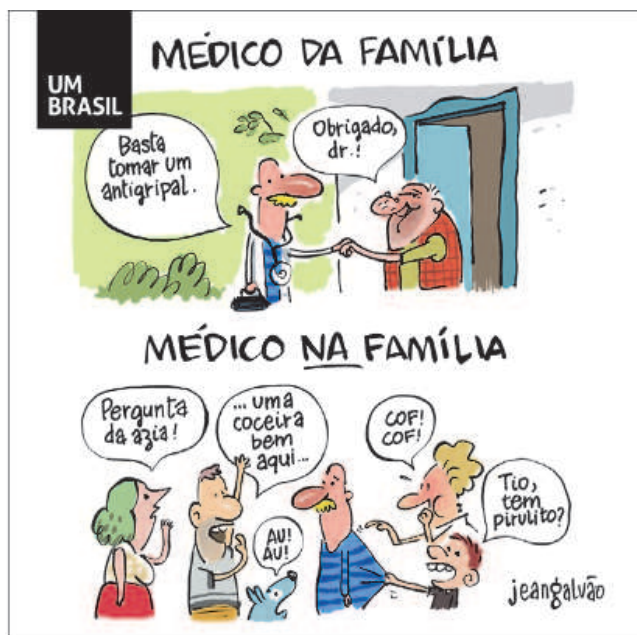
Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443. Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

“A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias”, explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de “causa” o trecho:

- (A) “Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024”.
- (B) “Apesar de ambas as doenças serem virais”.
- (C) “como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor”.
- (D) “de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior”.
- (E) “assim como dos vírus da Zika e Chikungunya”.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevaletimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrimestral. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



TERAPIA OCUPACIONAL**16**

Segundo Almeida e Oliver (2001, p. 88), “para construir ação sobre a comunidade ou o território é essencial adotar-se definição para o termo. Algumas práticas de Terapia Ocupacional têm dado preferência à utilização do conceito de território, à medida que este se apresenta de forma mais delimitada e articulada a noções que sustentam o estofo prático das ações”.

Sobre o conceito de território e as ações territoriais na Terapia Ocupacional, é correto afirmar:

- (A) Para a Terapia Ocupacional, a intervenção no território é definida pela compreensão do sujeito-alvo da ação como unidade essencial de análise e intervenção, sendo pouco relevante sua relação com o contexto social.
- (B) O trabalho da Terapia Ocupacional no território é essencialmente definido pela mudança de localização geográfica do atendimento e pela ampliação do *setting* terapêutico.
- (C) Ao compreender território como região adscrita, qualquer ação no domicílio do sujeito acompanhado pode ser considerada como ação territorial na Terapia Ocupacional.
- (D) Para a Terapia Ocupacional, o uso da palavra território expressa a existência de relação direta entre ação profissional e contexto concreto em que vive o sujeito-alvo da ação.
- (E) Ao compreender o território como superfície física e estática, a prática territorial na Terapia Ocupacional admite no processo terapêutico o reconhecimento da moradia do sujeito-alvo da ação.

17

“As primeiras experiências envolvendo segurança e confiança se dão no lar, que permite a exploração, a experimentação de diferentes relacionamentos e a ocupação de espaços que a criança preenche com seus próprios fragmentos, tornando-os seus espaços e sentindo-os como tais. E no caso de uma doença que leve à hospitalização? A criança vivencia a dor, além de situações que, muitas vezes, não favorecem seu desenvolvimento e do afastamento da família, a qual, por sua vez, passa por situações de incerteza, tensão, medo, angústia e dor (TAKATORI, OSHIRO, OTASHIMA, 2004, p.257).”

Takatori, Oshiro e Otashima (2004) descrevem o processo de rompimento do cotidiano vivenciado por crianças e famílias hospitalizadas.

Acerca do cuidado com o cotidiano, qual a contribuição da Terapia Ocupacional na assistência ao público infantil hospitalizado?

- (A) A Terapia Ocupacional contribui para o posicionamento da criança, facilitando sua organização postural para que ela consiga, de forma autônoma, olhar, pegar, interagir e brincar com objetos no leito.
- (B) A Terapia Ocupacional contribui na coordenação de equipes para identificação e definição de diagnósticos e efetivação de estratégias para tratamento clínico e intervenção no ambiente hospitalar.

- (C) A Terapia Ocupacional contribui facilitando o vínculo entre mãe/cuidador e a criança hospitalizada; no entanto, devido ao tempo da internação, deve-se atentar para que o vínculo se mantenha apenas no círculo familiar.
- (D) A Terapia Ocupacional contribui com o oferecimento de suporte técnico e emocional, atuando a partir do plano de tratamento terapêutico ocupacional definido e prescrito pela equipe médica responsável.
- (E) A Terapia Ocupacional contribui para a preparação e organização da brinquedoteca como um espaço seguro e confortável para aplicação de procedimentos invasivos.

18

O trabalho em equipe requer a intersecção entre o comum e o específico, a partilha de saberes, a definição de objetivos comuns e a construção de planejamentos e práticas conjuntas. O Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de fomentar o trabalho em equipe, incluiu em seus programas e processos de trabalho diversas estratégias e instrumentos, como Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares, Apoio Matricial e Clínica Ampliada. É correto afirmar que a Clínica Ampliada contribui com o trabalho em equipe ao:

- (A) definir qual a atribuição específica de cada profissional nas equipes de saúde, delimitando os saberes e funções das áreas no processo de cuidado individual e coletivo.
- (B) incluir no processo de trabalho a estratégia do profissional de referência para determinados procedimentos e/ou abordagens no processo de trabalho, como a realização de grupos, por exemplo.
- (C) adotar diferentes enfoques para o trabalho em saúde, facilitando a análise dos determinantes sociais da saúde, o trabalho intersetorial e ampliando a compreensão de necessidades e demandas coletivas.
- (D) indicar o compartilhamento das responsabilidades dos casos com atendimentos em duplas de profissionais, reduzindo a necessidade de corresponsabilização do paciente e da família no processo de cuidado.
- (E) reconhecer que a complexidade da clínica requer uma construção compartilhada de diagnósticos técnicos e processos terapêuticos, minimizando o uso de tecnologias relacionais, como escuta qualificada.



19

Segundo Bastos, Mancini e Pyló (2010), a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) é uma medida de resultados contemporânea baseada no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional que incorpora princípios da Prática Centrada no Cliente. Como instrumento capaz de mensurar o impacto de uma intervenção para um indivíduo, tornou-se relevante na sistematização da prática profissional e na demonstração de resultados de procedimentos. Sobre a COPM, assinale a alternativa correta.

- (A) Foi construída para ser utilizada por qualquer profissional do campo da saúde, tendo como finalidade mensurar mudanças na percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional ao longo do tempo.
- (B) É administrada por meio de uma entrevista aberta e, devido a esse formato, permite que os indivíduos identifiquem livremente qualquer atividade de importância que consideram de difícil execução num contexto de adoecimento.
- (C) É indicada para utilização com qualquer público e área de atuação. Com clientes da saúde mental, é recomendada como ferramenta de avaliação em caso de déficit cognitivo e/ou sofrimento agudo devido à livre expressão.
- (D) Tem como foco as necessidades dos clientes a partir da análise das problemáticas ocasionadas pelo contexto de adoecimento em diferentes áreas de desempenho, como autocuidado, educação e descanso.
- (E) O instrumento pode ser envolvido em todas as fases do tratamento, como na definição de prioridades, na decisão sobre estratégias adequadas para intervenção e na reavaliação.

20

Segundo De Carlo, Bartalotti e Palm (2004), a atuação da Terapia Ocupacional nos contextos hospitalares esteve presente desde os primórdios da institucionalização da profissão, em 1917, em Chicago, nos Estados Unidos. Assim como a história da humanidade, o desenvolvimento do campo da Terapia Ocupacional não se deu de forma linear e progressiva, pelo contrário, passou por avanços e transformações, acompanhando os contextos sociopolíticos, econômicos e culturais dos países. Sobre a história da profissão e os contextos hospitalares, é correto afirmar:

- (A) A primeira ação da Terapia Ocupacional em hospitais era chamada Tratamento Moral. Criada por Adolf Meyer, tinha como objetivo compreender a psicodinâmica do transtorno mental e desenvolver práticas laborais no contexto hospitalar.
- (B) No Brasil, nos anos 1980 e 1990, a prática da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar foi denominada, de acordo com as correntes metodológicas, como positivista, isto é, tinha como foco a subjetividade e o autoconhecimento do sujeito internado.
- (C) No cenário internacional, a década de 1950 foi marcada pela centralização no modelo biomédico e no profissional de medicina. Neste período, Terapia Ocupacional se distancia da prática hospitalar e passa a desenvolver práticas comunitárias e recreativas.

- (D) Nos primeiros anos da Terapia Ocupacional no Brasil, a prática hospitalar era desempenhada com foco em doentes crônicos, como pessoas com tuberculose e que sofreram acidentes de trabalho, visando a reabilitação e a adaptação do sujeito para recolocação profissional.
- (E) No cenário contemporâneo, o principal objetivo do trabalho da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares consiste na coordenação e acompanhamento de oficinas de laborterapia, oficinas laborais na prevenção de deformidades.

21

A atenção à pessoa idosa no Brasil tem legislações e políticas que privilegiam, fundamentalmente, a permanência do idoso sob os cuidados de sua família e em seu próprio domicílio. Para tal, prevê-se a construção de uma rede de serviços que visam atender e acompanhar a pessoa idosa em suas diferentes necessidades biopsicossociais. A Portaria MPAS/SEAS nº73 de 2001 apresenta uma listagem dos serviços responsáveis pela atenção ao idoso no Brasil, bem como suas normas de funcionamento. Nesse contexto, podemos citar a Terapia Ocupacional como um campo de saberes e práticas com atuação ativa em diversos componentes dessa rede.

Sobre os serviços governamentais que prestam atendimento ao público idoso e a prática da Terapia Ocupacional, é correto afirmar:

- (A) Nos centros de convivência, a(o) terapeuta ocupacional colabora com visitas domiciliares para diminuição de riscos de acidentes domésticos e treinamento de cuidadores.
- (B) Nos serviços hospitalares, a(o) terapeuta ocupacional intervém na ampliação dos procedimentos invasivos, mediando com a equipe as necessidades de determinadas ações.
- (C) Na assistência domiciliar, a(o) terapeuta ocupacional desenvolve ações de caráter preventivo e reabilitador, com vistas à promoção de autonomia e reforço dos vínculos familiares.
- (D) No centro-dia, a ação da Terapia Ocupacional volta-se ao desenvolvimento de atividades que favoreçam a dependência funcional e emocional dos idosos participantes e equipe.
- (E) Nas unidades de saúde da família (USF), a prática da Terapia Ocupacional tem como foco a reabilitação especializada de disfunções físicas, motoras, cognitivas e sensoriais.



22

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e descreve seus componentes e pontos de atenção. Um desses pontos “oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.”

A descrição apresentada caracteriza qual ponto de atenção?

- (A) Enfermaria especializada em Hospital Geral.
- (B) Unidade de Acolhimento.
- (C) Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- (D) Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- (E) Centro de Atenção Psicossocial AD.

23

Segundo Coelho e Rezende (2007), o desenvolvimento da criança é um importante determinante de saúde. A dificuldade na realização de tarefas compatíveis com a idade cronológica pode ser um indicativo para atraso no desenvolvimento. Há uma série de protocolos que podem ser utilizados para observar e avaliar o comportamento e as habilidades da criança no desempenho de tarefas diárias típicas a sua idade. Um dos protocolos existentes “descreve o perfil funcional de crianças entre 6 meses e 7 anos e 6 meses. Trata-se de uma entrevista com os pais ou pessoas que podem informar sobre o desempenho típico da criança em casa. O protocolo avalia as habilidades, ou seja, a capacidade ou potencial para desempenho; a independência, ou seja, o desempenho real, o que a criança usa no desempenho de atividades diárias; e as modificações do ambiente. Considera-se as áreas de desempenho de autocuidado, mobilidade e função social.”

A descrição apresentada diz respeito a qual protocolo utilizado por terapeutas ocupacionais?

- (A) *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM).
- (B) *Play History* (Histórico Lúdico).
- (C) *Functional Independence Measure for Children* (WeeFIM).
- (D) *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI).
- (E) *The Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS).

24

Em seu consultório, a terapeuta ocupacional Juliana recebe Maria, uma mulher de 39 anos que trabalha desde os 20 como costureira. Maria chega com um encaminhamento médico que recomenda dez sessões com terapeuta ocupacional. Sua queixa principal são sensações de formigamento na mão direita, principalmente no período noturno; nos dias mais intensos de trabalho ou nas noites frias, o desconforto se

irradia até o ombro direito, a impossibilitando de trabalhar no dia seguinte.

De acordo com a situação apresentada, trata-se de um caso de

- (A) síndrome de túnel do carpo, no qual se recomendam exercícios, orientação nas atividades de vida diária e uso de órtese de repouso para manutenção da posição neutra.
- (B) síndrome de Guillain-Barré, no qual se recomendam a aplicação de alongamentos, orientações para paciente e família e treinos de atividade de vida diária.
- (C) artrite reumatoide, no qual se recomendam controle de dor, edema e parestesia, adaptação da atividade de trabalho e órtese para correção de deformidades.
- (D) fibromialgia, no qual se recomendam a análise de fatores de estresse relacionados ao trabalho, controle da dor e edema e exercícios para redução de esforço.
- (E) artrose da mão, no qual se recomendam adaptação das atividades de vida diária, controle da dor e edema e órtese para correção de deformidades.

25

O Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, publicado na Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, dispõe sobre os princípios éticos e as responsabilidades fundamentais dos(das) terapeutas ocupacionais brasileiros(as). Conforme a Resolução, cabe ao(à) profissional de terapia ocupacional

- (A) permitir a utilização de seu nome para atos que impliquem a mercantilização da Saúde, da Assistência Social e da Terapia Ocupacional em detrimento da responsabilidade social e socioambiental.
- (B) propalar, para fins de divulgação de seu trabalho, declaração, imagem ou carta de agradecimento emitida por paciente/usuário/família/grupo/comunidade, em razão de serviço profissional prestado.
- (C) dar consulta ou prescrever tratamento terapêutico ocupacional de forma não presencial quando da mudança de cidade e/ou estado de paciente/usuário/família acompanhados há mais de dois anos.
- (D) exercer a atividade de docência somente com registro no Conselho Regional de sua circunscrição, independentemente da realização de atividades de pesquisa, prática profissional ou ensino teórico-prática em laboratórios.
- (E) ser solidário aos movimentos em defesa da dignidade profissional e das políticas públicas, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício profissional, como questões de garantia ao direito à cidadania.



26

No Brasil, convencionou-se denominar de Reforma Psiquiátrica o movimento de crítica às instituições asilares e de busca de alternativas de transformação que emergiu no final da década de 1970. Nesse contexto, sob o referencial da desinstitucionalização italiana, a Terapia Ocupacional passou a desenvolver novas formas de compreensão e intervenção com o processo de adoecimento e exclusão social dos sujeitos. Assinale a alternativa correta a respeito das proposições teóricas e práticas da Terapia Ocupacional, no campo da Saúde Mental, conforme apresentadas por Mângia e Nicácio (2001).

- (A) As ações concentraram-se na interação produzida em torno da doença psíquica, considerando a minimização dos sintomas e dificuldades na funcionalidade, com avaliações específicas.
- (B) Propostas alternativas ao modelo manicomial pautadas em serviços ambulatoriais, nos quais a pessoa com transtorno mental tem a oportunidade de passar por atendimentos individuais diários.
- (C) Desenvolvimento de um conjunto das práticas modernas de disciplinarização e tutelarização, baseadas no Tratamento Moral, com o objetivo de oferecer uma atenção voltada ao treino de atividades laborais.
- (D) Projetos de base territorial, orientados para minimização do sofrimento mental, e pautados na visão de saúde como reparação do dano e na proposição de abordagens específicas para cada diagnóstico.
- (E) Desenvolvimento de práticas orientadas para o cuidado do sofrimento psíquico, superando a fragmentação e especialização da atenção, com foco nos contextos de vida e nas redes de relações cotidianas.

27

“A gestora da Unidade de Saúde da Família Santa Filomena solicita uma reunião individual com a terapeuta ocupacional do NASF, Clarice, para avaliar os primeiros meses de trabalho. Já no início da conversa, Clarice afirma: - Tem sido desafiador não cumprir uma agenda específica de atendimentos. Mas, mais que isso, tem o desafio de estar onde as pessoas vivem, entrar em suas casas... também é diferente atuar em equipe com outros profissionais, pensar e construir ações sempre juntos. Me acostumei tanto a fazer as coisas sozinha que ainda estranho o formato desse trabalho.”

Dentre os desafios da Clarice, estão as diretrizes do trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo o Ministério da Saúde, a atuação no NASF pressupõe:

- (A) Realização do apoio matricial em suas duas dimensões: suporte assistencial, que vai demandar uma ação técnica com os usuários, e suporte técnico-pedagógico, isto é, uma ação e apoio educativo com e para a equipe.
- (B) Princípios específicos para orientação das ações, isto é, o desenvolvimento das intervenções dos profissionais deve se pautar apenas em suas especialidades, como: reabilitação, alimentação saudável, atividade física e saúde mental.
- (C) Realização de intervenções sob diferentes focos: suporte assistencial, que vai demandar uma ação técnica direta

com os usuários, e suporte emocional, no cuidado e assistência à equipe de referência.

- (D) Realização de intervenções específicas com os usuários, encaminhados pela Equipe de Saúde da Família (ESF), com agendamento prévio e durante o período de três meses, após o período é necessário novo encaminhamento.
- (E) Elaboração de projetos territoriais que permitam o levantamento de demandas e acompanhamento de grupos de usuários por duplas de profissionais (NASF e ESF), desenvolvendo responsabilidade compartilhada.

28

Em 27 de dezembro de 2012, por meio da Lei nº12.764, foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A lei reforça a necessidade de políticas afirmativas para efetivação da igualdade de oportunidades no acesso aos direitos e constitui-se como um documento relevante para a construção de políticas públicas e efetivação de serviços que atendem a essa população. Sobre a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, é correto afirmar:

- (A) Conhecida como Lei Berenice Piana, o documento estabelece como diretriz a obrigatoriedade da inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, a partir da Lei de Cotas.
- (B) É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada por alterações neurológicas que afetam o desenvolvimento motor e cognitivo.
- (C) A Lei afirma a importância do trabalho intersetorial para o atendimento da pessoa com transtorno do espectro autista, indicando o Centro Especializado em Reabilitação (CER) como articulador central do cuidado.
- (D) Foi criado o Programa Nacional da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista com intuito de centralizar e organizar informações, aprimorando políticas públicas destinadas a essa população.
- (E) A Lei reconhece a pessoa com transtorno do espectro autista como pessoa com deficiência, assegurando todos os efeitos legais e o acesso ao diagnóstico precoce, ainda que não definitivo.



29

A Tecnologia Assistiva (TA) é o ramo da ciência preocupado com a pesquisa, o desenvolvimento e a aplicação de aparelhos e procedimentos que aumentem ou restaurem a função humana. De acordo com Luzo, Mello e Capanema (2004), a aplicação da TA abrange todas as modalidades de desempenho humano, desde tarefas básicas até atividades produtivas.

Assinale a alternativa correta sobre o processo de prescrição e orientação do uso de recursos de tecnologia assistiva.

- (A) O(a) terapeuta ocupacional deve se atentar apenas à função perdida do sujeito acompanhado, desenvolvendo adaptações adequadas às suas atividades de vida diária.
- (B) O(a) terapeuta ocupacional deve propor um dispositivo adequado aos fatores estéticos e culturais do sujeito acompanhado, visando a normalização estética e social do corpo.
- (C) O(a) terapeuta ocupacional deve estar atento ao impacto social do uso da TA no cotidiano, reconhecendo particularidades físicas, cognitivas e emocionais no processo de prescrição.
- (D) O(a) terapeuta ocupacional deve realizar orientações e adaptações no momento da dispensação da TA. Após o período inicial, o acompanhamento deve ser feito por fisioterapeutas.
- (E) O(a) terapeuta ocupacional deve avaliar, a despeito do interesse e desejo do sujeito, aspectos como força, equilíbrio e coordenação, buscando combinar necessidade e eficiência na escolha da TA.

30

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) tem como propósitos a reabilitação da pessoa com deficiência, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, a proteção da saúde e a prevenção de agravos do citado segmento populacional. Para o alcance desses propósitos, são estabelecidas diretrizes, como:

- (A) Financiamento de centros-dia para ampliação de serviços de reabilitação e centralização do cuidado da pessoa com deficiência em um único equipamento.
- (B) Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação em mídias sociais para conscientização dos direitos da pessoa com deficiência por meio de performance de atores influentes no meio.
- (C) Promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência, assegurando a construção de ambientes acessíveis, a participação em espaços decisórios e a facilitação da locomoção.
- (D) Capacitação de recursos humanos a partir da oferta de programas de formação e treinamento para pessoas com deficiência, fortalecendo seu protagonismo com apresentação de estratégias adaptativas ao meio social.
- (E) Prevenção de deficiências com adoção de ações de imunização compulsória, acompanhamento de gestantes de risco, prevenção de acidentes domésticos com visitas e avaliações domiciliares.

31

De acordo com a “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2015), é fundamental que cada ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se responsabilize em oferecer diversificadas possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado para compreender e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida. Sobre os pontos de atenção da RAPS e suas atribuições no cuidado às pessoas com TEA e suas famílias, é correto afirmar:

- (A) As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela atenção às situações de urgência.
- (B) Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) responsabilizam-se pela atenção às situações de agravamento clínico.
- (C) Os empreendimentos solidários são responsáveis pelo acolhimento e processo de diagnóstico.
- (D) A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é responsável pela atenção aos egressos de longa internação.
- (E) O Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil é responsável pela atenção às situações de crise.

32



FONTE: Armandinho. 15 de Junho - Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Disponível em: <https://www.facebook.com/tirasarmandinho/>.

Na tirinha, Armandinho promove uma reflexão sobre a violência contra a pessoa idosa. No Brasil, a Portaria 2528/2006 estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que assume como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- (A) Provimento de recursos capazes de assegurar segurança física e material à pessoa idosa; promoção do envelhecimento ativo e saudável; e atenção integral à saúde da pessoa idosa.
- (B) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; formação e educação permanente dos profissionais de saúde, educação e assistência social; provimento de recursos financeiros.
- (C) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; provimento de recursos para segurança alimentar e medicamentosa à pessoa idosa.
- (D) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; promoção do envelhecimento ativo e saudável; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- (E) Atenção integral à saúde da pessoa idosa; provimento de recursos capazes de assegurar segurança física e material à pessoa idosa; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social.



33

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade, criada em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A CIF oferece uma linguagem padronizada e uma base conceitual para a definição de funcionalidade e incapacidade. Sobre a CIF, assinale a alternativa correta.

- (A) A CIF caracteriza a incapacidade como a interação entre os fatores sociais do sujeito, considerando aspectos volitivos, de habituação e sua capacidade de desempenho.
- (B) Em sua primeira publicação, a CIF foi alvo de críticas devido seu caráter biomédico e pelo foco nas limitações individuais como principal fator determinante da incapacidade.
- (C) A CIF caracteriza a incapacidade como a interação positiva entre o sujeito com uma determinada condição de saúde e os seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).
- (D) A CIF, com base em uma abordagem biopsicossocial, considera a funcionalidade e incapacidade como resultados da interação entre as condições de saúde da pessoa e seu ambiente.
- (E) Por ser um documento teórico-conceitual, a CIF é utilizada para embasar programas e políticas de saúde e investigações científicas no campo das deficiências, não sendo recomendado seu uso na prática clínica.

34

“Paula é terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS AD) do município de São Sebastião, litoral paulista. Ao se deparar com um caso complexo de um jovem de 20 anos em consumo frequente de drogas ilícitas, a profissional tem o seguinte diálogo com Fernanda, psicóloga do serviço:

- Nesta semana, fiz o acolhimento de J., um jovem de 20 anos, que veio acompanhado da mãe. Ele faz uso diário de substâncias, tem passado longas temporadas fora de casa, a mãe acredita que na rua.

- Vamos pautar o caso na reunião de equipe, Paula. É um caso para pensarmos juntas.

- Sim, vou fazer isso. Mas, tenho pensado em algumas ações para diminuir as vulnerabilidades, os riscos que J. tem se exposto e os possíveis danos do consumo. Quero propor também ações de cuidado que fortaleçam as atividades cotidianas e as relações para uma diminuição progressiva do uso.

- Ótimo, vamos levar para a equipe.”

De acordo com o diálogo ente Paula e Fernanda, podemos considerar que a estratégia proposta se refere à/ao:

- (A) Fortalecimento de vínculos.
- (B) Redução de danos.
- (C) Encontro de saberes.
- (D) Acompanhamento singular e territorial.
- (E) Prática centrada no cliente.

35

No trabalho em equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS), o(a) terapeuta ocupacional deve estar preparado(a) para o desenvolvimento de uma prática assistencial generalista, conforme as demandas que se apresentarem nos territórios de abrangência dos serviços. Como apontam Reis, Gomes e Aoki (2012, p.347/348) “o terapeuta ocupacional tem atuado amplamente na área da promoção de saúde e prevenção de doenças com ações relacionadas a esses âmbitos em todos os momentos de atuação, nos atendimentos grupais, individuais, nas visitas domiciliares e naquelas ações intersetoriais e de âmbito comunitário”. Sobre a atuação do(a) terapeuta ocupacional no âmbito da prevenção (primária, secundária e terciária), é correto afirmar:

- (A) A participação ativa de terapeutas ocupacionais em campanhas de vacinação é um exemplo de prática de prevenção secundária.
- (B) A articulação intersetorial para inclusão de pessoas com deficiência no setor escolar é exemplo de prevenção primária.
- (C) A realização de visitas domiciliares com orientação de cuidados para pessoas acamadas é exemplo de prevenção terciária.
- (D) A coordenação de grupos de convivência para pessoas com doenças crônicas é exemplo de prevenção terciária.
- (E) O acompanhamento longitudinal de usuário com quadro de sofrimento mental é exemplo de prevenção primária.



36

“Casos de violência e ameaças contra entregadores de aplicativo não são raros. A empresa de delivery iFood registrou mais de 13 mil denúncias de violência contra seus entregadores apenas neste ano. Ao todo, foram 13.576 denúncias desde janeiro, sendo que nos primeiros seis dias de março já foram registradas 810 ocorrências do tipo. A história do entregador de aplicativo Nilton Ramon de Oliveira, de 25 anos, que foi baleado na última segunda-feira (4) por um cliente que se recusou a descer na portaria durante uma entrega na Vila Valqueire, na Zona Norte do Rio de Janeiro, ilustra o número.”

In: Cassiano, L.; Nestlechner, C. Neste ano, iFood registra mais de 13 mil denúncias de ameaça e agressão física contra entregadores no Brasil. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/>. Acesso em 18 abr. 2024.

A história de Nilton é um reflexo hiperbólico, porém real, daquilo que Costa e colaboradores (2013) denominam como precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, processo que ocorre pela via das terceirizações e das precárias condições de trabalho, vivenciadas no cenário contemporâneo. A precarização dos vínculos trabalhistas tem sido uma pauta relevante nos debates do campo da Saúde do Trabalhador.

Sobre a precarização do trabalho e o campo da Saúde do Trabalhador, considera-se que

- (A) condições de trabalho decentes não se constituem em critério, na maioria das vezes, para o estabelecimento de políticas públicas que visam ao desenvolvimento de ações na Saúde do Trabalhador.
- (B) o campo da Saúde do Trabalhador inclui ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos de trabalhadores formalizados no sistema da Previdência Social.
- (C) o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho na atualidade.
- (D) a Vigilância em Saúde do Trabalhador é o órgão do Sistema Único de Saúde que tem se responsabilizado pela fiscalização, prevenção de agravos e aplicação de multas em situação de trabalho precarizado.
- (E) a precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, como o acesso e acompanhamento em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests).

37

O entendimento mais aprofundado sobre os modos de organização e constituição dos grupos tornou-se um importante aliado para a análise da vida em sociedade. Áreas como Sociologia, Filosofia, Economia e Psicologia desenvolveram uma série de teorias sobre grupo analisando-o de diversas maneiras, como espaço de cuidado, aprendizagem e de fortalecimento de relações democráticas. Segundo Ballarin (2007), esses estudos muito contribuíram para o entendimento dos grupos como um instrumental teórico-técnico em distintos campos, como na Terapia Ocupacional.

É correto afirmar sobre as abordagens grupais na Terapia Ocupacional:

- (A) O uso do dispositivo grupal começou tardiamente na Terapia Ocupacional, foi somente 60 anos após sua institucionalização que terapeutas ocupacionais norte-americanos passaram a incorporar essa técnica no atendimento às pessoas com deficiência.
- (B) Os grupos em Terapia Ocupacional podem funcionar como espaço potencial, no qual o grupo deve proporcionar um ambiente confiável às trocas e experimentações, e funcionar como caixa de ressonância, de modo a ampliar e ecoar as singularidades da intervenção ao grupo como um todo.
- (C) O grupo deve existir de maneira autônoma e separada da realidade em que se insere, dessa forma, prevê-se a constituição de um *setting* terapêutico que promova um ambiente acolhedor e afetivo, com recursos materiais adequados ao desenvolvimento de atividades.
- (D) A estrutura do grupo pode ser definida como fator que proporciona ao dispositivo adjetivos para seu reconhecimento. Por exemplo, grupo pouco aberto é aquele em que os participantes não são os mesmos a cada encontro, podendo variar de acordo com a temática e/ou local da atividade.
- (E) Coordenador do grupo é aquele que tem como função planejar, facilitar e conduzir as atividades. Para que elas sejam bem executadas, o terapeuta ocupacional deve desempenhar também o papel de *holding*, reforçando as funções egoicas dos participantes.

38

No cenário internacional, a consolidação teórico-técnica da Terapia Ocupacional esteve relacionada a: i) a construção de respostas às pressões sociais e governamentais para estabelecimento de parâmetros que pudesse aferir o impacto e a qualidade dos serviços oferecidos pela profissão e ii) justificar sua inserção no contexto da reestruturação dos sistemas locais de saúde. Como resultado do movimento coletivo da época, emergiu uma orientação técnica que privilegia a qualidade da interação entre terapeuta e cliente no processo terapêutico e reconhece o cliente como sujeito na construção dos projetos terapêuticos.

As diretrizes do novo processo terapêutico, indicam o desenvolvimento da ação técnica em diferentes estágios: i) encontro entre terapeuta e sujeito, definição de necessidades e objetivos; ii) escolha da abordagem e instrumentos a serem utilizados no acompanhamento; iii) planejamento e identificação das condições ambientais; iv) identificação de elementos que podem contribuir com o processo terapêutico; v) estabelecimento de um contrato com definição de responsabilidades; vi) execução do plano; vii) avaliação do processo.

A definição apresentada refere-se a qual orientação da Terapia Ocupacional?

- (A) Terapia ocupacional centrada no cliente.
- (B) Trilhas associativas.
- (C) Modelo da ocupação humana.
- (D) Projeto terapêutico singular.
- (E) Análise da atividade terapêutica.



39

O Modelo da Ocupação Humana (MOH), elaborado por Gary Kielhofner em 1975, enfatiza a importância da prática centrada no cliente. Seus conceitos têm relação com a motivação para a ocupação, com padrões de rotina e com a natureza do desempenho ocupacional. Em relação ao Modelo da Ocupação Humana, assinale a alternativa correta.

- (A) No MOH, considera-se pouco a influência do ambiente sobre o indivíduo, pois o enfoque do modelo está na interpretação da subjetividade do sujeito.
- (B) O MOH parte do pressuposto de que o comportamento ocupacional é dinâmico e decorre de uma constante interação com o contexto.
- (C) No MOH, o(a) terapeuta avalia e conduz a solução dos problemas de maneira autônoma durante todo acompanhamento.
- (D) Para o MOH, as áreas de desempenho ocupacional trabalho, lazer e autocuidado mantêm-se sem modificações ao longo da vida.
- (E) Há algumas situações específicas para utilização do MOH, como local de aplicação e condição de saúde-doença do sujeito acompanhado.

40

Órteses são dispositivos mecânicos de uso externo, empregadas para proteger estruturas reparadas, manter ou aumentar a amplitude de movimento e melhorar a qualidade de um movimento quando a força muscular é insuficiente. Segundo Luzo, Mello e Capanema (2004), as órteses podem ser classificadas de diversas formas, dentre elas, é correto afirmar:

- (A) A órtese dinâmica promove ou inicia um movimento ativo, sendo utilizada para aplicar uma força de deformação por meio da tração contínua à musculatura.
- (B) A órtese seriada é utilizada para promover o alongamento tecidual, deve ser moldada com tecido em seu comprimento máximo e usada por longos períodos de tempo.
- (C) A órtese estática permite pouco ou nenhum movimento, proporciona repouso articular de modo a prevenir deformidade e auxiliar no aumento do processo inflamatório para cicatrização.
- (D) A órtese progressiva inicia um movimento ativo, é bastante eficaz em articulações que proporcionam movimento articular amplo e quando há pouca resistência no final do movimento.
- (E) A órtese articulada possui componente móvel posicionado sobre o eixo da articulação, associando energia mecânica à órtese na promoção de ganho de força muscular.



ESTUDO DE CASO

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

A reunião se inicia e Bianca, terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pede a palavra para ler o texto que havia escrito sobre um caso que a tem preocupado, mas percebe que não é foco de atenção da equipe de referência.

- Vamos lá, pessoal. Vou ler o texto que preparei.

“Sra. Joana, de 68 anos, é uma figura bastante conhecida na região onde vive pela sua intensa circulação nas ruas do bairro e na USF Jacarandá, aonde vai diariamente com solicitações de cuidados específicos como aferição da pressão arterial, da glicemia e/ou pedido de medicações para resolução de dores pontuais.”

- Ah Bianca, lá vem você de novo com esse caso. A Sra. Joana não quer ser cuidada. Ela só vem aqui todo dia porque quer atenção – reclama Vinicius, auxiliar de enfermagem.

- Ok. Mas, espera eu concluir – insiste Bianca.

“A história de Sra. Joana com o território teve início há cerca de quinze anos quando, após o fechamento do hospital psiquiátrico onde viveu por dez anos, foi transferida para um serviço de residência terapêutica próximo à USF, que passou a ser referência pelo seu cuidado.

Sra. Joana possui diagnóstico de transtorno mental desde a juventude, com episódios de crise após eventos marcantes em sua vida, como o nascimento de seus filhos e a denúncia de abuso sexual que uma de suas filhas fez contra seu marido. À época, o sentimento de culpa e impotência provocaram uma crise grave no quadro de saúde de Sra. Joana que a levou à internação e, por conseguinte, ao afastamento e quebra de vínculo com os filhos, que já estabeleciam uma relação distante com a mãe.”

- É real essa história de denúncia de abuso? Eu não acredito muito. Sra. Joana mente muito, cria histórias na sua cabeça. Acho que isso é mais uma invenção para justificar o porquê de não conversar com os filhos. Uma das filhas vem quase toda semana no CRAS aqui do bairro. Eu vejo quando faço o grupo de caminhada – comenta Marcela, educadora física da equipe NASF.

- Seria bom conseguir o prontuário dela da internação ou anterior a ela. Será que tem algum material dela no CAPS? – questiona a médica da equipe de referência.

- Continuando... – indica Bianca.

“A ausência de relação com os filhos se mantém até os dias atuais, mesmo com dois de seus filhos vivendo em áreas próximas e utilizando equipamentos do bairro, como o CRAS.

Durante a pandemia de COVID-19, o desrespeito às normas de distanciamento social e a circulação frequente de Sra. Joana pelo território geraram muitos conflitos entre a idosa e os moradores e profissionais de saúde da residência terapêutica. A idosa optou por se mudar da moradia coletiva para uma pequena quitinete no bairro, utilizando o dinheiro de sua aposentadoria para pagamento das contas básicas.”

- Nossa, esse período foi muito difícil. Nós aqui expostos, sem vacina e sem orientações específicas do que fazer e Sra. Joana batendo na porta querendo conversar, querendo aferir pressão, era mais um estresse – desabafa Vinicius.

“Dificuldades no cuidado com a casa têm atrapalhado o desempenho de atividades de vida diária, como limpeza do espaço e autocuidado, vide os fortes odores em suas roupas. Desconfia-se também que haja dificuldades na compra de alimentos e administração financeira, uma vez que ela se queixa constantemente de fome e já emagreceu bastante após a mudança. Além disso, alguns sintomas foram notados pela equipe como quadros de hipoglicemia, náuseas e vômitos frequentes, o que levou à investigação de outras problemáticas de saúde. A investigação ainda não obteve sucesso pois, embora Sra. Joana vá diariamente à USF, se recusa a exames invasivos, como coleta de sangue.

A equipe também tem desconfiado de que a medicação não tem sido tomada de maneira correta devido a episódios de agressividade com os profissionais da USF e com moradores do bairro, gerando afastamento de pessoas consideradas antes como redes de apoio”.

- Desconfiado é uma boa palavra. Nós temos certeza, só não temos como comprovar. Ela quase bateu na Sra. Carmem, responsável pela horta comunitária, quando foi impedida de sair de lá sem pagar algumas verduras. E foi na época em que elas ainda eram amigas – acrescenta Maria Elisa, nutricionista da equipe NASF.

“Na atualidade, Sra. Joana possui pouco vínculo com a USF, não faz acompanhamento frequente com equipamentos da saúde mental, possui relações fragilizadas com outras pessoas do território e sabe-se pouco de suas atividades cotidianas.”

- Caso apresentado. Podemos conversar sobre ele? – finaliza Bianca.



Questão 01

Considerando o caso descrito, apresente três situações que contribuem com o agravamento do quadro de saúde e demonstram a necessidade de cuidado de Sra. Joana.

Questão 02

Considerando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que outros pontos de atenção podem ser acionados para efetivação do cuidado de Sra. Joana e como eles contribuiriam ao acompanhamento da idosa?



Questão 03

Apresente três possíveis intervenções que podem ser conduzidas por Bianca, terapeuta ocupacional da equipe NASF, no cuidado de Sra Joana.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

