Fadesp
Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Saúde do Idoso)

TERAPIA OCUPACIONAL

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

_____
Assinatura

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.

2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.

3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA)**.

4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.

5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.

6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.

7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.

8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.

9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.

10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.

11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

FADESP

SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz

(A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.

(B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.

(C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.

(D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.

(E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui

(A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.

(B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.

(C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.

(D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

(E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)

(A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.

(B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.

(C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.

(D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e media complexidade do sistema.

(E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

4. Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
(A) a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
(B) a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
(C) a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
(D) os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
(E) os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.

5. Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
(A) coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
(B) realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
(C) adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
(D) monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
(E) manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.

6. Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
(A) União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
(B) Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
(C) duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento Bibartite para os trabalhadores do SUS.
(D) política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
(E) políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

7. Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
(A) incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
(B) incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
(C) propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
(D) promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
(E) apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

FADESP

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas

(A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
(B) formar consórcios administrativos interestaduais.
(C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
(D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
(E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.

9. Está correto afirmar que

(A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
(B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
(C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
(D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartipe.
(E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está

(A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
(B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
(C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
(D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
(E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abarcando, em especial, as seguintes atividades:

(A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
(B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
(C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiologica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
(D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
(E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

FADESP

12. A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como

(A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
(B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
(C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
(D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
(E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.

13. Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)

(A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
(B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
(C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
(D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
(E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

14. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)

(A) municipal.
(B) municipal estadual e federal.
(C) municipal e estadual.
(D) estadual e federal.
(E) municipal e federal.

15. A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é

(A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
(B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
(C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
(D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
(E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

FADESP

ÁREA ESPECÍFICA

O texto a seguir serve de base para responder às questões 16 e 17.

Modelos teóricos de prática organizam a prática do terapeuta ocupacional, orientam a coleta de dados, permitem a interpretação dos mesmos e contribuem para o planejamento do tratamento. Existe um modelo teórico de prática cujas principais premissas são que pessoas esforçam-se para alcançar sentimentos de satisfação (também definidos como eficiência pessoal e auto-estima) e que a habilidade em desempenhar os próprios papéis e atividades de vida depende das habilidades e capacidades básicas do indivíduo.

16. O modelo teórico de prática da Terapia Ocupacional ao qual o texto acima se refere é o
(A) modelo de Ocupação Humana.
(B) modelo Ocupacional Funcional.
(C) modelo do Comportamento Ocupacional.
(D) modelo do Processo de Desempenho Ocupacional.
(E) modelo do Desempenho Ocupacional Centrado na relação pessoa-ambiente.

17. É(são) característica(s) e proposta(s) do modelo ao qual o texto acima se refere a
(A) adaptação no tempo e os papéis ocupacionais.
(B) ocupação como essencial à organização própria do homem e uma constante interação com o contexto, pois considera que o homem e o ambiente são compreendidos como um sistema aberto.
(C) análise da ocupação por meio de grandes chaves de análise, denominadas forma da ocupação, função da ocupação e significado da ocupação.
(D) composição das tarefas por atividades, que são as pequenas unidades do comportamento, e o desenvolvimento das habilidades com base nas capacidades que a pessoa adquiriu através do aprendizado ou amadurecimento.
(E) análise do desempenho do cliente de acordo com as áreas de ocupação, as habilidades do desempenho e os padrões de desempenho observados, levando-se em consideração o contexto, as demandas da atividade e os fatores do cliente.

O texto a seguir serve de base para responder às questões 18 a 21.

No dia da avaliação da terapeuta ocupacional com o paciente Sr. Emílio, houve o seguinte diálogo:
- Terapeuta: O senhor se veste sozinho?
- Paciente: Sim.
- Terapeuta: O senhor mesmo se vestiu hoje pela manhã, antes de vir para a clínica?
- Paciente: Não, porque minha filha me disse que iria demorar e estávamos com pressa para chegar.
- Terapeuta: O senhor se vestiu sozinho ontem?
- Paciente: Não, porque estávamos atrasados para chegar na igreja.
- Terapeuta: O senhor se vestiu sozinho na última semana?
- Paciente: Sim.
- Terapeuta: Quantas vezes o senhor se vestiu sozinho na última semana?
- Paciente: Provavelmente uma ou duas vezes porque sentia um pouco de rigidez matinal e dores nas articulações. Além disso, minha filha estava em casa para me ajudar.

18. Após a leitura do texto, identifica-se que o diagnóstico do Sr. Emílio é
(A) Acidente Vascular Encefálico (AVE).
(B) Doença de Parkinson.
(C) Doença Reumatológica.
(D) Esclerose Lateral Amiotrófica.
(E) Doença de Alzheimer.

FADESP

19. Além das características apresentadas pelo paciente no momento da entrevista, seu quadro clínico apresenta outras características, como

(A) distúrbio neurológico insidioso e progressivo, com etiologia exata desconhecida, sendo a forma mais comum de demência.
(B) grupo de doenças neuromusculares degenerativas e progressivas que envolve a destruição dos neurônios motores na medula espinhal, no tronco cerebral e no córtex motor.
(C) disfunção neurológica aguda de origem vascular com sintomas e sinais correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro.
(D) distúrbio neurológico degenerativo de início na idade adulta, que apresenta três sintomas clássicos: tremor, rigidez e bradicinesia.
(E) desconforto físico, fadiga e evolução de anormalidades radiográficas durante os dois anos após a instalação do quadro.

20. No momento da entrevista em que o paciente relata que “estávamos atrasados”, provavelmente se referindo a ele e a sua filha, o mesmo se referiu a ela como alguém que “estava em casa para me ajudar”. Considerando-se o fato de a filha ajudar o paciente em suas atividades e o relato do mesmo no texto acima, pode-se afirmar que o paciente

(A) faz uso de equipamentos de Tecnologia Assistiva para realizar suas atividades diárias.
(B) realiza suas atividades diárias sozinho e de forma independente vários dias na semana.
(C) não utiliza técnicas de conservação de energia para realização de suas atividades diárias.
(D) o paciente não conseguirá participar de todos os seus compromissos durante a semana, se tentar se vestir sozinho sempre.
(E) apresenta Dependência Modificada, segundo a Medida de Independência Funcional.

21. O uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva pode ser um dos enfoques do tratamento terapêutico ocupacional do Sr. Emílio, como o(a)

(A) abridor de latas elétrico para o preparo das refeições.
(B) bengala longa para a locomoção.
(C) pá de lixo com cabo curto para a manutenção da casa.
(D) esponja com cabo longo e fino para os cuidados pessoais.
(E) agenda com alarme sonoro em dispositivo eletrônico para a organização das tarefas diárias.

FADESP

RASCUNHO

22. A história da Terapia Ocupacional no Brasil foi mudando de acordo com o avanço das práticas e do desenvolvimento de novas maneiras de pensar e fazer a Terapia Ocupacional. Relacione os dois grupos de informação abaixo de acordo com as características apropriadas para a(s) década(s) informada(s):
(1) Anos 60 e 70.
(2) Anos 80.
(3) Anos 90.

(I) A partir deste momento histórico, houve incremento na produção nacional em Terapia Ocupacional assim como surgiram críticas persistentes à influência estrangeira nos conceitos e nas práticas exercidas pelos terapeutas ocupacionais da época.
(II) Os fundamentos da Terapia Ocupacional foram analisados de acordo com a ótica das correntes filosóficas positivista, humana e materialista histórico e trouxeram contribuições para a construção de uma reflexão crítica do contexto sócio-político-econômico das práticas realizadas.
(III) A prática do terapeuta ocupacional era embasada no modelo positivista de ciência e buscava tecnologia exata para seus procedimentos.
(IV) A partir deste momento histórico, a atuação da Terapia Ocupacional passou a ser gradativamente inserida na atenção primária à saúde, o que fez com que o profissional repensasse a dimensão político-econômico-social de sua prática.
(V) Os espaços de inclusão macro e microssociais começaram a fazer parte dos campos de análise dos terapeutas ocupacionais.

A sequência que expressa a correlação correta entre os grupos de informação é
(A) 1 – I; 2 – II e IV; 3 – III e V.
(B) 1 – I; 2 – III e V; 3 – II e IV.
(C) 1 – IV; 2 – I, II e III; 3 – V.
(D) 1 – II e V; 2 – I; 3 – III e IV.
(E) 1 – III; 2 – I e II; 3 – IV e V.

O texto a seguir serve de base para responder às questões 23 a 25.

No terceiro dia de internação hospitalar, a terapeuta ocupacional avaliou a Sra. Vânia, que tinha sua filha Milena como acompanhante. Esta informou que a paciente apresentou cansaço sem ter feito esforço físico, inchaço dos pés, tosse seca e persistente e dificuldade para dormir poucos dias antes da internação hospitalar. No momento da avaliação, a terapeuta ocupacional leu no prontuário que a equipe de saúde determinou que, naquele dia, a paciente apresentava condições de realizar atividades de acordo com o valor MET 3,8.

23. Os sinais e sintomas acima informados referem-se ao diagnóstico de
(A) angina pectoris.
(B) cardiomiopatia.
(C) insuficiência cardíaca congestiva.
(D) enfarte do miocárdio.
(E) esternotomia.

24. Ainda na internação hospitalar, o(s) objetivo(s) do terapeuta ocupacional será(serão)
(A) evitar que haja perda de massa muscular durante o repouso no leito e instruir a paciente quanto às atividades domésticas apropriadas que virá a realizar.
(B) implementar um programa de exercícios moderados.
(C) indicar o uso de esteira rolante e bicicleta inclinada.
(D) do uso de exercícios contínuos, que terão como objetivo principal o aumento da duração total da realização dos mesmos (pelo menos de 20 a 40 minutos) com o passar dos dias.
(E) a paciente sobre os fatores de risco individuais e sobre o uso de exercícios descontínuos na reabilitação cardíaca.

25. MET é uma unidade de medida que descreve a quantidade de oxigênio que o organismo precisa para a realização de uma determinada atividade. Levando-se em consideração o valor da MET identificada no prontuário da paciente, pode-se afirmar que a terapeuta ocupacional já pode iniciar o treino, em um laboratório de atividade de vida diária (AVD), sem risco de piora clínica, propondo

(A) a arrumação de itens da casa em caixas.
(B) a plantação de mudas e sementes.
(C) a mudança de lugar dos móveis.
(D) exercícios aeróbicos de baixo impacto.
(E) o transporte de sacolas para o segundo andar do laboratório.

26. Quando o terapeuta ocupacional atende pacientes com problemas cardiovasculares, deve estar atento à possibilidade do paciente apresentar intolerância ao exercício. NÃO corresponde a um sinal e/ou sintoma de intolerância ao exercício a(o)

(A) náusea ou o vômito.
(B) inusitado ganho de peso de 4 a 5 kg em um a três dias.
(C) fadiga excessiva.
(D) sensação de tontura ou vertigem.
(E) dor torácica ou referida em dentes, mandíbula, ouvido ou braço.

27. Segundo Huntley (2005), há quatro fases de reabilitação cardíaca. A fase II diz respeito à reabilitação do paciente cardíaco que teve alta hospitalar. Entre os objetivos da fase II de reabilitação cardíaca, NÃO está(estão)

(A) as limitações fisiológica e psíquica dos efeitos da doença do coração.
(B) a maximização do estado vocacional e psicossocial.
(C) o programa de fortalecimento muscular e a melhora de resposta cardiovascular ao exercício aeróbico para preparar pacientes para o retorno ao trabalho.
(D) a estabilização ou reversão do progresso da aterosclerose.
(E) o controle médico contínuo e a avaliação da resposta cardiovascular do indivíduo ao exercício.

28. Existem fatores de risco controláveis para as doenças cardiovasculares e os terapeutas ocupacionais devem incluir estratégias de educação em saúde como parte de programas de prevenção das afecções cardíacas. NÃO é(são) fator(es) de risco controlável(controláveis) para as doenças cardiovasculares

(A) o fumo e a hiperlipidemia.
(B) a hipertensão.
(C) a vida sedentária e a diabete.
(D) o histórico de acidente vascular encefálico na história clínica do paciente.
(E) o estresse psicológico.

29. A atuação do terapeuta ocupacional vem crescendo e abrange novas áreas de atuação, entre as quais se destaca a reabilitação pulmonar. São objetivos do terapeuta ocupacional na reabilitação pulmonar os apresentados a seguir, EXCETO

(A) o reconhecimento da resposta física normal para exercício e atividade com o emprego da escala de Borg e monitoramento de pulso.
(B) a avaliação e o reforço dos membros superiores.
(C) a avaliação e o treinamento de técnicas de respiração apropriadas enquanto o paciente realiza atividades de vida diária.
(D) o auxílio na adaptação de atividades de lazer.
(E) a educação em controle do estresse e as técnicas de relaxamento.

FADESP

30. O exercício terapêutico é definido como qualquer movimento corporal ou contração muscular realizado a fim de prevenir ou corrigir deficiência física, melhorar a função músculo-esquelética e manter bem-estar. Há diversos tipos de exercício terapêutico e cada um deve ser adaptado para satisfazer os objetivos do tratamento terapêutico ocupacional. Sobre os propósitos do exercício terapêutico, julgue as afirmativas a seguir verdadeiras ou falsas.

I O exercício terapêutico objetiva melhorar a coordenação motora, desde que seja realizado com pouca força pelo paciente.
II O exercício terapêutico objetiva aumentar a potência de músculos isolados ou grupos musculares específicos.
III O uso de exercício terapêutico é bastante útil quando o paciente apresenta contraturas permanentes.
IV É possível desenvolver a consciência de padrões de movimentos que sejam aceitáveis e necessários e não produzam deformidade, por meio da utilização do exercício terapêutico no tratamento.

A sequência que expressa o julgamento correto das afirmativas é
(A) F; F; V; V.
(B) V; F; V; V.
(C) F; V; F; V.
(D) V; V; F; V.
(E) F; F; V; F.

O texto a seguir serve de base para responder às questões 31 a 34.

A cognição consiste em vários processos complexos de raciocínio pelos quais passamos a conhecer nosso ambiente e nele agir, a resgatar informações de experiências pelas quais passamos e a criarmos novas ideias. Quando a cognição é prejudicada, o indivíduo certamente apresentará alteração e possível dependência na realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Há diversas abordagens de tratamento propostas na literatura de Terapia Ocupacional e as diversas funções cognitivas apresentam formas específicas de estimulação.

31. Quanto às características que definem a orientação topográfica, é correto afirmar que
(A) dizem respeito ao processamento de informações que ocorre por meio de hábitos bem estabelecidos.
(B) é a concentração que requer a manutenção da atenção.
(C) consiste na habilidade do indivíduo em se movimentar no espaço com o uso de mapas.
(D) refere-se à noção de se encontrar num local específico, por exemplo, em um determinado bairro da cidade.
(E) descreve a consciência de um indivíduo a respeito de sua posição em relação ao ambiente, por exemplo, sua localização em um determinado ponto do quarto.

32. A memória é o processo pelo qual toda informação é armazenada e recuperada no sistema cognitivo. Há diversos tipos de memória e todos são importantes para que a pessoa consiga desenvolver suas ocupações de forma independente. Quanto aos tipos de memória, é correto afirmar que a
(A) memória processual consiste na capacidade de uma pessoa lembrar-se de informações pertinentes à vida diária e abrange a capacidade de organizar os eventos diários em sua sequência correta.
(B) memória episódica refere-se à lembrança, pelo indivíduo, da história pessoal e de experiências de vida.
(C) memória prospectiva consiste nas informações necessárias para a realização de uma habilidade ou uma série de ações.
(D) memória implícita refere-se à capacidade de recitar ou reproduzir informações.
(E) memória explícita é aquela por meio da qual o indivíduo é capaz de processar informações a curto prazo.

FADESP

33. Quanto à definição das alterações comportamentais, é correto afirmar que
(A) a desinibição diz respeito à total incapacidade do indivíduo reconhecer suas próprias deficiências, muito além da negação comum.
(B) um paciente apresenta alteração de percepção quando demonstra apatia, indiferença ou espontaneidade reduzida.
(C) a anosognosia consiste em um comportamento compulsivo incontrolável, mesmo quando o indivíduo reconhece seu comportamento impróprio.
(D) a discalculia espacial refere-se a uma alteração na organização espacial dos números.
(E) a perseverança ou perseveração consiste na rápida continuação ou repetição de uma ação, ultrapassando seu propósito, que pode ser observada em ações motoras, verbalizações ou processo de raciocínio.

34. Há diversas abordagens de tratamento cognitivo propostas na literatura da Terapia Ocupacional. Relacione os tipos de abordagens com suas corretas definições nos dois grupos de informação abaixo.
(1) Abordagem corretiva de treinamento ou transferência.
(2) Abordagem neurofuncional.
(3) Abordagem de interação dinâmica.
(4) Abordagem adaptativa.

(I) Enfoca as habilidades que estão relativamente intactas para desenvolver métodos compensatórios para as áreas de deficiência. As atividades utilizadas no tratamento são tarefas funcionais, embasadas na vida real
(II) Procura não rotular as deficiências individuais e focaliza os processos usados pela pessoa quando ela realiza várias tarefas cognitivas. Trabalha-se com uma estratégia específica em múltiplos ambientes, a fim de aumentar as probabilidades da transferência, com uma variedade de demandas de tarefas e movimentos.
(III) Utiliza o treino com atividades ligadas às áreas de déficit, e normalmente são usadas tarefas com lápis e papel.
(IV) Combina o treinamento metacognitivo com a análise comportamental aplicada para retreinamento de habilidades funcionais, utilizando-se as abordagens comportamentais de modelagem, gradação e reforço.

A sequência que expressa a correta correlação dos grupos de informação é
(A) 1 – IV; 2 – II; 3 – I; 4 – III.
(B) 1 – III; 2 – IV; 3 – II; 4 – I.
(C) 1 – I; 2 – II; 3 – III; 4 – IV.
(D) 1 – II; 2 – I; 3 – IV; 4 – III.
(E) 1 – IV; 2 – III; 3 – II; 4 – I.

35. São exemplos de avaliações cognitivas que podem ser usadas pelo terapeuta ocupacional
(A) o sinal de tinel e o exame para triagem do estado cognitivo neurocomportamental.
(B) o teste de Phalen e LOTCA.
(C) a avaliação cognitiva de Minnesota e o teste de Semmes-Weinstein.
(D) a avaliação neurocomportamental TO-AVD de Arnadottir e o miniexame do estado mental.
(E) COGNISTAT e o teste de Roos.

RASCUNHO

FADESP

O texto a seguir, que apresenta um caso fictício de atendimento de terapia ocupacional, serve de base para responder às questões 36 a 38.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é referência na Região Norte do Brasil no tratamento de doenças infecto-parasitárias e não faz distinção de raça, cor ou etnia na admissão de seus pacientes. Após a internação de um indivíduo integrante da tribo indígena dos Amanaiés, fluente no português brasileiro, foi solicitada ao Serviço de Terapia Ocupacional a avaliação deste paciente, pois a equipe acreditava que o paciente apresentava dificuldades na adaptação da rotina hospitalar. Ao conversar com o paciente, a terapeuta ocupacional ouviu queixas de que ele estava sendo obrigado a tomar remédios várias vezes ao dia pela equipe de saúde, o que considerava excessivo (1); de que gostaria de lavar suas próprias roupas no banheiro do hospital e estendê-las nas janelas da área comum aos pacientes (2); de que gostaria de construir arcos e flechas durante a internação hospitalar, ocupação costumeira prazerosa quando convivia na tribo (3); e de que não conseguia se acostumar a dormir no leito hospitalar, pois tinha dificuldade em se levantar de manhã devido à posição em que dormia, preferindo, e até já tendo solicitado, dormir em rede (4). Ao ser questionado quanto ao que mais sentia falta em seu dia-a-dia no hospital, o paciente disse que gostaria de ser internado com o seu núcleo familiar, composto por ele, sua esposa e três filhos menores de idade, "pois é isso que acontece quando o índio adoece", e que gostaria de fazer uma fogueira no início de cada noite na área comum aos pacientes, chamada de varanda, para sentir-se em casa.

36. As quatro queixas apresentadas pelo paciente são assim classificadas:

(A) 1 – atividade de vida diária; 2 – atividade instrumental de vida diária; 3 – atividade de trabalho; 4 – atividade instrumental de vida diária.

(B) 1 – atividade instrumental de vida diária; 2 – atividade de vida diária; 3 – atividade educacional; 4 – atividade instrumental de vida diária.

(C) 1 – atividade instrumental de vida diária; 2 – atividade de vida diária; 3 – atividade de lazer; 4 – atividade instrumental de vida diária.

(D) 1 – atividade de vida diária; 2 – atividade de trabalho; 3 – atividade de lazer; 4 – atividade de vida diária.

(E) 1 – atividade de vida diária; 2 – atividade instrumental de vida diária; 3 – atividade de lazer; 4 – atividade de vida diária.

37. Caso o paciente indígena exija que o hospital aceite que toda sua família permaneça na instituição durante seu período de internação, a terapeuta ocupacional

(A) informará ao paciente que ele deve ser avaliado quanto ao seu estado de saúde mental, pois fazer tal exigência indica que o mesmo está insano.

(B) chegará à conclusão de que a melhor solução para esta situação é explicar a impossibilidade de atender ao desejo do paciente, mas de que ele poderá escolher um de seus filhos para ser seu acompanhante, fazendo uso do conceito de raciocínio condicional.

(C) perceberá que o contexto social não permite que a exigência do paciente seja atendida.

(D) insistirá com a equipe e a direção do hospital para que a solicitação do paciente seja acatada, pois assim será respeitado seu contexto cultural.

(E) informará ao paciente que isso não será possível, pois o número máximo de acompanhantes em um hospital é de três pessoas.

38. A terapeuta ocupacional informou ao paciente indígena de que não será possível atender ao seu desejo de fazer uma fogueira, uma vez que, no ambiente hospitalar, devem ser cumpridas normas adequadas de

(A) higiene.

(B) silêncio.

(C) segurança.

(D) luminosidade.

(E) biometria.

FADESP

39. A artrite pode causar deformidades, se não tratada adequadamente e a tempo. O tipo específico de deformidade, os métodos de tratamento na Terapia Ocupacional e os métodos que podem desenvolvê-las estão, assim, correlacionados:

(A) dedo em gatilho; amplitudes de movimentos passivo e ativo diariamente para cada articulação dos dedos; alongamento passivo para contraturas em flexão.
(B) pescoço de cisne; amplitude de movimento passivo diariamente e alongamento delicado para as articulações interfalangeanas distais; uso de exercícios isotônicos, isométricos ou resistivos.
(C) *boutonniere*; técnicas de proteção de tendões, calor e gelo para mobilidade e inflamação, e uso de exercícios isotônicos, isométricos ou resistivos; e uso de alongamento passivo para contraturas em flexão
(D) sinovite do cotovelo; uso de calor na articulação; uso excessivo da articulação.
(E) sinovite do ombro; proteção das articulações; exercícios isotônicos, isométricos ou resistivos.

40. O gasto de energia de uma atividade e os fatores que influenciam tal gasto podem orientar ainda melhor o terapeuta ocupacional à progressão ótima e segura para a realização de uma atividade. Cada tipo de atividade demanda uma certa quantidade de oxigênio para que seja realizada. A medida que indica a quantidade mais baixa de oxigênio (por volta de 3,5 ml) por quilograma de peso corporal necessária para a realização de uma atividade chama-se taxa metabólica basal (TMB) e sua numeração aumenta de acordo com a maior demanda física corporal que tal atividade exige. Considere que um paciente possui nível de 2,5 da TMB. Os tipos de atividade que este paciente possui condições de realizar sem prejudicar seu estado clínico são

(A) tomar banho em pé, usando uma esponja, e lavar objetos pequenos à mão.
(B) costurar à mão e trocar a roupa de cama.
(C) tomar banho de chuveiro morno em pé e varrer o chão.
(D) preparar uma refeição e lavar o rosto e as mãos.
(E) costurar à maquina e subir escadas na velocidade de 12 metros por minuto.

41. Segundo as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional serão organizados nos moldes do Conselho Federal. Acerca das disposições constantes da referida Lei, **NÃO** é uma competência do Conselho Regional

(A) expedir a carteira de identidade profissional e o cartão de identificação aos profissionais registrados.
(B) funcionar como Tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos.
(C) aprovar a proposta orçamentária e autorizar a abertura de créditos adicionais e as operações referentes a mutações patrimoniais.
(D) promover, perante o juízo competente, a cobrança das importâncias correspondentes a anuidades, taxas, emolumentos e multas, esgotados os meios de cobrança amigável.
(E) exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais.

42. De acordo com Ballarin (2007), grupo de Terapia Ocupacional *"pode ser definido como aquele em que os participantes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional, num mesmo local e horário, com o objetivo de realizar uma atividade"*. Sobre essa temática, pode-se afirmar que

(A) os princípios que norteiam a pratica do terapeuta ocupacional é a ideia de que o fazer tem efeito terapêutico e de que os grupos não podem assumir formatos variados.
(B) o coordenador, a fim de iniciar o trabalho com um grupo, pode considerar aspectos como o critério de seleção dos participantes e o contrato grupal estabelecido.
(C) para que a função de coordenador seja exercida pelo terapeuta ocupacional, é necessário estar preparado para ser continente e ter a capacidade de perceber as comunicações pré-verbais ou verbais do grupo, exercitando a função de *holding.*
(D) o *seetting* é definido como um local que deve possibilitar o desenvolvimento de diversas atividades e é um espaço que não recebe influência das características do profissional que o coordena.
(E) nos grupos de terapia ocupacional, o *holding* associa-se às provisões necessárias oferecidas pelo terapeuta ocupacional e inclui só o afeto, aquelas relativas à preparação do ambiente e dos materiais não devem ser utilizados para o desenvolvimento de uma atividade.

43. Quanto à estrutura, um grupo de terapia ocupacional pode ser definido como aberto, fechado, pouco aberto, homogêneo e heterogêneo. Correlacione as colunas que indicam os grupos de terapia ocupacional e suas definições.
(1) Grupo aberto.
(2) Grupo Heterogêneo.
(3) Grupo Fechado.

( ) O processo de combinação dos participantes pode basear-se em diagnóstico, temperamento, participação verbal, desempenho ocupacional.
( ) Os participantes não são os mesmos a cada encontro, o contexto se modifica sistematicamente.
( ) Após o inicio do processo grupal, caso ocorra a saída de um dos participantes, este não será substituído.

A sequência que expressa a correlação correta entre as colunas é
(A) 1, 2 e 3.
(B) 2, 1 e 3.
(C) 3, 2 e 1.
(D) 1, 3 e 2.
(E) 2, 3 e 1.

44. A intervenção da terapia ocupacional com o idoso internado destina-se também aos acompanhantes, familiares e/ou cuidadores informais. Com relação às atribuições da terapia ocupacional nesse contexto, é INCORRETO afirmar que
(A) Após a indicação para a terapia ocupacional, são indicados os atendimentos iniciais a fim de se compreender se o sujeito se apresenta excluído de seu cotidiano e necessita de intervenções nessa condição.
(B) o objetivo da terapia ocupacional é diminuir os impactos gerados pela hospitalização, favorecendo uma melhora na relação do sujeito com sua internação.
(C) compete à terapia ocupacional acolher, atender e orientar os familiares e acompanhantes presentes no ambiente hospitalar.
(D) uma das atribuições da terapia ocupacional é a verificação da acessibilidade do ambiente e mobiliário, para cujo fim um dos recursos utilizados é a gerontecnologia.
(E) descobrir as melhores estratégias para lidar com o familiar ajuda o familiar cuidador, que pode ter a possibilidade de prevenir maior desgaste de sua saúde e ter melhor qualidade de vida.

45. Durante o processo de avaliação, pode-se observar que alguns clientes conseguem realizar alguns atos espontâneos, entretanto apresentam incapacidade de realizar atos complexos, quando solicitados. Estas alterações podem estar relacionadas com
(A) agnosia motora.
(B) apraxia ideomotora.
(C) estereognosia.
(D) paresia associada à alteração tônica e à apraxia ideomotora.
(E) atopognosia.

46. O terapeuta ocupacional na avaliação de pacientes com déficits funcionais, em virtude de lesões traumato ortopédicas em membro superior, utiliza-se de equipamentos para avaliar componentes de desempenho ocupacional, como a força muscular, amplitude de movimentos, sensibilidade e edema. Os equipamentos necessários para avaliar edema e força muscular são, respectivamente,
(A) Dinamômetro de Jammar e Goniômetro.
(B) Volúmetro e Estesiômetro.
(C) Goniômetro e Estesiômetro.
(D) Volúmetro e Dinamômetro de Jammar.
(E) Dinamômetro de Jammar e Estesiômetro.

FADESP

47. De acordo com Palm (2007), discutir a Terapia Ocupacional em oncologia envolve um estudo sobre a especificidade desse campo no que se refere aos aspectos teóricos e práticos da profissão, inclusive sobre as possibilidades de intervenção e os recursos terapêuticos utilizados. Nesse contexto, é INCORRETO afirmar que

(A) o câncer, tendo início em tecidos epiteliais como pele e mucosas, é denominado carcinoma e, se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem, é chamado sarcoma.
(B) a iminência de dor, sofrimento e morte repercute diretamente no aqui-e-agora, modificando as atitudes do indivíduo em relação à hospitalização, ao diagnóstico e à intervenção cirúrgica.
(C) a radioterapia pode ser utilizada no estágio mais avançado da doença como forma de tratamento paliativo, especialmente para minimizar a dor.
(D) a quimioterapia pode ser indicada antes ou após uma cirurgia, ou ainda isoladamente, sem que haja indicação cirúrgica, e pode, ainda, ser feita em conjunto com a radioterapia.
(E) os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde como CACON – Centro de Atendimento Complexo em Oncologia.

48. A avaliação utilizada em cuidados paliativos que melhor se adequa para verificar a funcionalidade de um paciente em cuidados paliativos oncológicos é

(A) MEEM – Miniexame do Estado Mental.
(B) COPM – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.
(C) CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
(D) PPS – Palliative Performance Scale.
(E) PPO – Palliative Performance Occupational.

49. De acordo com um programa de Terapia Ocupacional com pacientes hospitalizados submetidos a processos cirúrgicos, que abrange quatro dimensões (internação, pré-cirúrgico, pós-cirúrgico e programação de alta) e desenvolvido por Gonçalves e Palm, correlacione as colunas que indicam as dimensões do programa e as ações a elas relacionadas.

(1) Internação.
(2) Pré-cirúrgico.
(3) Pós-cirúrgico.
(4) Programação de Alta.

( ) Conscientizar o paciente de suas reais possibilidades para realizar as atividades de vida diária; indicação de adaptações e dispositivos; orientação à família e ao cuidador.
( ) Expectativa diante do processo cirúrgico/exames/terapêutica medicamentosa; reconhecimento do espaço; realização de atividades ligadas à sua realidade.
( ) Valorização de potenciais residuais; acolhimento e continência terapêutica ao paciente na condição atual; readaptação à nova realidade.
( ) Reações emocionais decorrentes da situação; preparo cirúrgico com esclarecimentos acerca dos procedimentos em ambiente da UTI; atividades expressivas.

A sequência que expressa a correlação correta entre as colunas é

(A) 1, 2, 3 e 4.
(B) 3, 4, 1 e 2.
(C) 4, 1, 3 e 2.
(D) 3, 2, 1 e 4.
(E) 1, 4, 3 e 2.

RASCUNHO

FADESP

50. A Organização Mundial da Saúde (2002) define cuidados paliativos como medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Quanto a essa temática, é INCORRETO afirmar que

(A) os principais objetivos da Terapia Ocupacional em cuidados paliativos abrangem a valorização das potencialidades do paciente e a orientação e realização de medidas de conforto e controle de sintomas.

(B) priorizar a cura do paciente visando melhor qualidade de vida para o paciente e família.

(C) a terapia ocupacional atua na adaptação e no treino de atividades da vida diária, para autonomia e independência.

(D) é necessário, no cotidiano dos cuidados paliativos, que o paciente e os familiares aprendam a identificar e gerir os sintomas físicos e psicológicos.

(E) os cuidados paliativos apresentam como uma das filosofias afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal.

FADESP

RASCUNHO