GOIÁS ESTADO INOVADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

UFG UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

EDITAL n. 14/2016

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2017

TERAPIA OCUPACIONAL

15/11/2016

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.

2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.

3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.

4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.

5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.

6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas três horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.

7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

OBSERVAÇÃO: Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

CENTRO DE SELEÇÃO UFG

QUESTÃO 01

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se de propostas e intervenções em saúde, que contribuem para a integralidade do cuidado. Esse projeto apresenta

(A) um conjunto de condutas e conhecimentos articulados e compartilhados visando responder às demandas do usuário com a produção de sua autonomia.

(B) um recurso inicialmente utilizado na saúde mental e tem como principal meta a criação de vínculos fortes e longitudinais entre os usuários e os médicos que os assistem na sua saúde.

(C) um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas e aplicadas individualmente por cada especialista membro da equipe de saúde com base em suas visões técnicas.

(D) um conjunto de ações e condutas terapêuticas que objetiva a melhoria de sinais e sintomas, tendo como foco principal a doença existente.

QUESTÃO 02

A violência é um evento complexo, de natureza diversificada, que acontece em todas as sociedades. É um fenômeno ligado às desigualdades sociais e culturais e sofre a influência de aspectos comportamentais e relacionais. Quando se analisa a violência intrafamilar/interpessoal, essa se apresenta de várias formas. É cometida geralmente por pessoas que têm laços familiares, conjugais ou de parentesco com suas vítimas. Quando se analisa os adolescentes e os jovens no Brasil, conclui-se que

(A) a morbimortalidade de adolescentes e jovens é marcada pela violência física ou sexual, sendo que a maioria das vítimas da violência interpessoal não letal é as do sexo masculino e os atos de repetição são de aproximadamente 38%.

(B) a violência contra adolescentes e jovens brasileiros tem a mesma magnitude e importância da praticada contra adultos e idosos, tanto na sua incidência quanto na sua prevalência e nos tipos que os afligem.

(C) a violência intrafamiliar é um evento urbano, característico das cidades grandes e tem uma dinâmica territorial que ocasiona o recrudescimento da violência nas grandes cidades brasileiras, principalmente a violência física contra adolescentes masculinos.

(D) a violência sexual é uma violação dos direitos humanos e tem impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, sendo o sexo feminino o mais acometido por esse tipo de violência intrafamiliar.

QUESTÃO 03

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o maior desafio da saúde pública em muitos países. As causas dessas doenças geralmente são conhecidas e as avaliações de custo-benefício das intervenções estão disponíveis às instituições de saúde. No Brasil,

(A) a contribuição das DCNT na mortalidade total em 1930 correspondia a 25% de todas as mortes e em 2013, a 28%.

(B) a proporção atribuída às doenças cardiovasculares na mortalidade total em 1930 correspondia a 12% e em 2003, a 31%.

(C) os principais fatores de risco para as DCNT são a obesidade, o consumo nocivo do álcool, a poluição e o gênero.

(D) as estratégias de prevenção das DCNT de maior impacto são as de abordagens individuais e ligadas a doenças específicas.

QUESTÃO 04

A Politica Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria n. 2.446, 2014, tem por objetivo promover a equidade, melhorar as condições e os modos de vida reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Cada esfera administrativa (Federal, Estadual, Municipal e o Distrito Federal) apresenta competências e atividades a serem implantadas e implementadas na abordagem da PNPS, que tem como temas prioritários:

(A) territorialização, promoção de ambientes saudáveis, clínica ampliada, formação e educação permanente.

(B) alimentação saudável, expansão da atenção primária, promoção da cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

(C) promoção da mobilidade segura, cultura da paz, combate ao tabagismo, incremento de práticas corporais e atividades físicas.

(D) integralidade, criação de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, promoção dos direitos humanos.

RASCUNHO

QUESTÃO 05

A Epidemiologia se desenvolveu a partir do estudo dos surtos de doenças transmissíveis e da interação entre os agentes, vetores e reservatórios. Entre os diversos eventos relativos à saúde envolvendo a comunidade, a epidemia se configura com ocorrência de uma doença ou um agravo que:

(A) se apresenta em número de casos na quantidade esperada para a área geográfica em questão.

(B) ocorre em grande número de casos e em muitas regiões e países simultaneamente.

(C) ocorre claramente em excesso ao normal esperado para uma determinada região.

(D) se apresenta com alterações cíclicas esperadas no número de casos.

QUESTÃO 06

Os Determinantes Sociais em Saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Atuar sobre esses determinantes é uma das formas mais amplas para melhorar a saúde das pessoas. Algumas ações realizadas sobre os determinantes sociais pedem que o governo, como um todo, e a sociedade estejam nelas envolvidos e que haja uma preocupação de que a equidade seja o objetivo prioritário. Construir a governança necessária para agir sobre os determinantes sociais é uma tarefa complexa que depende do sistema político dos países. A OMS, em 2011, listou algumas ferramentas e instrumentos considerados úteis no estabelecimento de políticas de ação, que são:

(A) intersetorialidade nas ações feitas com o orçamento participativo; trabalho em equipe e territorialização.

(B) desenvolvimento integrado de força de trabalho; sistemas intersetoriais de informação e avaliação.

(C) identificação das causas modificáveis dos agravos; consultas à comunidade e juris de cidadãos.

(D) trabalho com visão estratégica e legitimidade; orçamentos estabelecidos e contabilidade integrada.

QUESTÃO 07

A Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre:

(A) a criação dos Conselhos de Saúde e regula a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

(B) as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

(C) a Atenção Básica da Saúde e os aspectos referentes à implantação dos postos de saúde em municípios de até 100 mil habitantes e dá outras providências.

(D) os direitos da população em relação ao atendimento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e é conhecida como Lei Cidadã.

QUESTÃO 08

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Segundo o Decreto n. 7508/2011, os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

(A) portas de entrada do sistema de saúde, rol de serviços que serão ofertados por município da região e protocolos clínicos.

(B) planejamento regional, critérios de acessibilidade e definição de protocolos clínicos a serem adotados.

(C) critérios de acessibilidade, serviços de urgência pré-hospitalar para atender à rede e escala para conformação dos serviços bem como de sua descentralização.

(D) limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de serviços que serão ofertados, respectivas responsabilidades e critérios de acessibilidade.

QUESTÃO 09

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde foi estabelecida pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A lei instituiu as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, é composto de representantes

(A) do governo e dos profissionais de saúde, que atuam na execução da política de saúde em hospitais públicos.

(B) dos profissionais de saúde que trabalham no Ministério da Saúde que controlam e executam a política de saúde.

(C) do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários, os quais formulam estratégias e controlam a execução da política de saúde.

(D) do governo, dos usuários e dos profissionais da área de saúde e do meio ambiente, os quais formulam e executam a política de saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 10

A Estratégia Saúde da Família é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A Política Nacional de Atenção Básica define algumas especificidades para a Estratégia Saúde da Família, entre elas, a seguinte:

(A) o cadastramento de cada profissional que deve ser restrito a apenas uma equipe de saúde da família, sem exceção.

(B) o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no mínimo 750 pessoas por agente.

(C) cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 2000 pessoas, de acordo com critérios de equidade.

(D) a equipe deve ter, no máximo 7 agentes comunitários de saúde e o grau de vulnerabilidade das pessoas de sua microárea deve ser respeitado.

QUESTÃO 11

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pelo termo flexibilidade, que envolve a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado visando dotar os gestores do planejamento daquilo que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Nesse sentido, o processo de planejamento

(A) será elaborado pelo Ministério da Saúde, órgão normatizador das políticas, e será seguido pelos municípios que acrescentarão suas especificidades.

(B) será obrigatório para os entes públicos porém não induzirá as políticas para a iniciativa privada.

(C) contará com Mapas da Saúde, que serão compostos pelos serviços de saúde públicos regionalizados.

(D) será ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

QUESTÃO 12

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Assim sendo, os NASF

(A) são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo privilegiando a escuta qualificada do sujeito sob cuidado em saúde.

(B) possuem responsabilidade compartilhada com as equipes de saúde da família e preveem a revisão da prática do encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes.

(C) são serviços de atendimento secundário e não primários, porém, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica.

(D) constituem serviços com unidades físicas independentes ou especiais que com base nas demandas identificadas devem atuar de forma integrada com os demais serviços da rede de atenção.

QUESTÃO 13

Sobre o financiamento da saúde, a Lei Complementar n. 141/2012 define que, para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, as seguintes:

(A) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.

(B) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.

(C) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

(D) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais.

RASCUNHO

QUESTÃO 14

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Os valores que norteiam essa política são:

(A) autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva.

(B) fortalecimento de redes de atenção, cogestão das unidades de saúde, participação coletiva e centralidade no usuário.

(C) autonomia dos sujeitos nos seus projetos terapêuticos, gestão compartilhada das unidades de saúde e cuidado integral.

(D) escuta qualificada dos indivíduos, compromisso ético com os sujeitos sob cuidados, respostas às demandas objetivas e atendimento às solicitações subjetivas.

QUESTÃO 15

No artigo “História das Políticas de Saúde do Brasil” (s.d.), Polignano destaca que, pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Segundo o autor, para que essa uniformização ocorra, é preciso que haja:

(A) grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

(B) estabilidade institucional e aumento do financiamento para a saúde, propiciando organização das redes de atenção à saúde.

(C) profissionalização da gestão da saúde com desarticulação organizacional na arena decisória federal o que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

(D) privatização de alguns serviços de saúde não prioritários, descentralização administrativa dos recursos federais para os municípios e maior qualificação dos profissionais da saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 16

O capítulo II do Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, publicado no D.O.U. n. 182, de 22/09/1978, trata do exercício profissional dessas áreas. O artigo 8º deste capítulo apresenta como proibições ao profissional:

(A) receber de colega e/ou profissional, ou a ele pagar, remuneração a qualquer título, em razão de encaminhamento de cliente; atender a cliente que saiba estar em tratamento com colega, sem ressalvas ou exceções; desviar, para clínica particular, cliente que tenha atendido em razão do exercício de cargo, função ou emprego.

(B) receber de colega e/ou profissional, ou a ele pagar, remuneração a qualquer título, em razão de encaminhamento de cliente; prescrever tratamento sem examinar diretamente o cliente, sem exceção; delegar suas atribuições, salvo por motivo relevante.

(C) anunciar cura ou emprego de terapia infalível ou secreta; usar título que não possua; divulgar na imprensa leiga declaração, atestado ou carta de agradecimento, ou permitir sua divulgação, em razão de serviço profissional prestado.

(D) atender a cliente que saiba estar em tratamento com colega, sem ressalvas ou exceções; prescrever tratamento sem examinar diretamente o cliente, sem exceção; prescrever medicamentos, salvo quando liberado pelo médico assistente.

QUESTÃO 17

Leia a descrição a seguir.

> Lesão incompleta localizada na medula cervical, membros superiores com maior deficiência motora que os membros inferiores, sensibilidade presente nos segmentos sacrais (CASALIS, 2003).

Essa descrição se refere à:

(A) síndrome de Brown-Séquard.

(B) síndrome medular anterior.

(C) síndrome medular transversa.

(D) síndrome centro-medular.

QUESTÃO 18

De acordo com De Carlo e Bartalotti (2001), “durante as décadas de 1940 a 1960, a terapia ocupacional foi fortemente influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação, sobretudo nos países que participaram das duas grandes guerras; entretanto, no Brasil, havia uma maior preocupação com:

(A) os pacientes crônicos, as deficiências congênitas, os acidentes de trabalho, de trânsito, domésticos ou decorrentes de doenças ocupacionais.

(B) a cura da doença mental por meio de exercícios físicos e o treino de atividades de vida diária.

(C) a preparação física pós-guerra e a elaboração de projetos para inserção de doentes crônicos no mercado de trabalho.

(D) os grupos de idosos, a prescrição de dispositivos auxiliares de locomoção e a adaptação ambiental.

QUESTÃO 19

Leia o caso a seguir.

> Paciente de 28 anos, do sexo masculino, vítima de lesão medular há 60 dias, apresenta função motora preservada nos flexores de cotovelo, extensores de punho e extensores de cotovelo bilateralmente, sensibilidade ao toque preservada até o dorso do terceiro quirodáctilo, ausência de movimentos nos demais músculos-chave e sensibilidade nos demais dermátomos abaixo da lesão anatômica.

Nesse caso, o paciente:

(A) é tetraplégico com nível neurológico de lesão em C5.

(B) apresenta zona de preservação parcial motora em C5 à esquerda e C6 à direita.

(C) é tetraplégico com nível neurológico de lesão em C6.

(D) é tetraplégico com nível neurológico de lesão em C7.

QUESTÃO 20

Ao implementar um programa de orientação relacionado às atividades de vida diária, para um indivíduo após uma lesão cerebral, o terapeuta ocupacional deve:

(A) escolher atividades relacionadas exclusivamente ao contexto profissional deste indivíduo.

(B) iniciar o treino das atividades relacionadas à alimentação, à higiene pessoal e ao vestuário tão logo o indivíduo apresente condições básicas de controle motor e funções perceptocognitivas.

(C) fazer uso de objetos e atender aos interesses da família do paciente.

(D) proporcionar uma experiência de observação até que o desempenho seja bem-sucedido.

QUESTÃO 21

Um dos grandes desafios da prática da cirurgia e reabilitação da mão é a restauração da função tendinosa após a lesão. Vários fatores influenciam no prognóstico funcional do paciente, podendo-se destacar: o reparo cirúrgico, a cicatrização tendinosa e a reabilitação pós-operatória. (FREITAS, 2005). Durante o processo de reabilitação do indivíduo com lesão do tendão flexor, deve-se observar que,

(A) nos exercícios ativos de deslizamento tendinoso diferencial, os movimentos ativos de punho e dedos são realizados a partir da flexão do punho associada à extensão dos dedos, seguido da extensão do punho e flexão simultânea dos dedos.

(B) durante as fases iniciais pós-reparo cirúrgico do tendão flexor, são contraindicados os exercícios de mobilização ativa das articulações adjacentes (cotovelo e ombro) devido ao risco de perda da sutura.

(C) nas fases finais de reabilitação de um programa de resistência progressiva precoce exercícios de bloqueio, são indicados para isolar o deslizamento do tendão flexor profundo e do flexor superficial.

(D) no protocolo de Duran modificado, a mão é imobilizada no pós-operatório com uma órtese dorsal protetora que mantém o punho fletido a 20º, as metacarpofalangianas em posição relaxada e uma tração elástica que conserve o dedo acometido fletido.

QUESTÃO 22

Leia a definição a seguir.

> Distúrbio do movimento, caracterizado por uma resposta exagerada da resistência muscular à aplicação de um estiramento passivo associado à exacerbação dos reflexos profundos e aumento do tônus muscular (LIMA; FONSECA et al., 2004).

Essa definição refere-se ao seguinte termo:

(A) clônus.

(B) espasticidade.

(C) atrofia muscular.

(D) destreza.

QUESTÃO 23

Leia o texto a seguir.

> A habilidade funcional da mão deve-se à integridade e ao equilíbrio das estruturas que proporcionam o movimento. [...] O sistema nervoso [...] obtém informações sensoriais e íntegra e processa os sinais recebidos para que o organismo elabore a resposta mais adequada à sua preservação e conforto (FERRIGNO; FREITAS; FREITAS, 2005). (Adaptado).

Nesse sentido, nas lesões baixas do nervo ulnar, o indivíduo

(A) apresenta alterações de sensibilidade em toda a face palmar digital e superfície dorsal do primeiro, segundo, terceiro e parte do quarto quirodáctilo.

(B) evolui com paralisia da musculatura tenar e perda da oposição do polegar, fato que compromete as atividades de pinça.

(C) evolui com perda da extensão das articulações metacarpofalangeanas dos dedos, abdução e extensão radial do polegar e extensão ulnar do punho.

(D) apresenta incapacidade de realização da pinça lateral, diminuição da força de pinça e preensão, perda da abdução e adução dos dedos além de incapacidade de flexão ativa das metacarpofalangeanas do 4º e 5º dedos, com extensão simultânea das interfalangeanas.

QUESTÃO 24

O parkinsonismo é uma desordem crônica e progressiva do sistema nervoso central caracterizada pela presença de:

(A) tremor, bradicinesia e fadiga.

(B) tremor, dificuldade de deglutição e manchas na pele.

(C) tremor, hipersensibilidade tátil e constipação.

(D) instabilidade postural, tremor e manchas na pele.

QUESTÃO 25

Conforme descrito por Fess (2002), em Rodrigues, Cavalcante e Galvão (2007), os propósitos básicos para uso e indicação das órteses podem ser divididos em: aumentar a função, prevenir ou corrigir deformidade, proteger estruturas em processo de cicatrização, restringir o movimento, permitir remodelamento ou crescimento tecidual. Nesse sentido,

(A) as órteses tipo *drop-out* são projetadas para mover ou mobilizar uma ou mais articulações. Possuem partes móveis para permitir o controle ou a restauração do movimento, atingindo seu efeito por meio do movimento e da força.

(B) a órtese estática não possui partes móveis e geralmente imobiliza uma ou mais articulações, mantendo o segmento em uma posição específica.

(C) a órtese estática progressiva tem as mesmas características e função da órtese dinâmica. Possui uma base de suporte e dispositivo para aplicação de força externa e o direcionamento do torque à articulação envolve o uso de componentes inelásticos.

(D) as órteses dinâmicas são projetadas para bloquear o movimento de uma articulação em uma determinada direção e permiti-lo em outra.

QUESTÃO 26

Leia as definições a seguir.

Conceito 1

"é usada para avaliar os níveis de consciência após um trauma cranioencefálico, quantificar a gravidade da lesão cerebral e predizer as consequências".

Conceito 2

"é uma avaliação que mensura níveis de consciência e função cognitiva, pode ser utilizada a qualquer momento, após a lesão. No entanto, não foi feita para ser usada para predizer as consequências".

Estas definições referem-se, respectivamente, às seguintes avaliações:

(A) MIF (medida de independência funcional) e escala de coma de Glasgow.

(B) amnésia pós-traumática e MIF (medida de independência funcional).

(C) escala do Rancho Los Amigos e escala de coma de Glasgow.

(D) escala de coma de Glasgow e escala do Rancho Los Amigos.

QUESTÃO 27

Leia o texto que segue.

A cadeira de rodas é um equipamento de tecnologia assistiva que permite mobilidade e objetiva maximizar a função através da estabilidade, alinhamento e conforto na postura sentada (CAVALCANTI; GALVÃO; CAMPOS; 2007).

No processo de adequação postural, o terapeuta ocupacional deve considerar que:

(A) três categorias de seating podem ser identificadas, no âmbito da tecnologia assistiva: (1) seating para controle postural, prevenção e acomodação de deformidades; (2) seating para controle da distribuição de pressão e (3) seating para conforto e acomodação postural.

(B) o posicionamento correto do tronco influencia a postura dos demais segmentos corporais (pelve, cabeça, membros inferiores e superiores); a manutenção da postura deste segmento é a chave para o controle do sentar adequado.

(C) esforços para alcançar a simetria corporal devem ser empreendidos nos casos em que é identificada uma limitação de amplitude de movimento em alguma das articulações. O ideal é corrigir as deformidades fixas e flexíveis para que seja alcançado o conforto, a funcionalidade e a segurança para o usuário no uso do equipamento.

(D) a avaliação das habilidades motoras e sensoriais do indivíduo e a tomada das medidas antropométricas principais – altura e largura do encosto, largura e profundidade do assento, altura do apoio de pés e altura do apoio de braços –, possibilita ao profissional reunir informações necessárias para realizar a prescrição efetiva da cadeira de rodas.

Leia o caso a seguir para responder às questões **28** e **29.**

D.S., de 60 anos, motorista do transporte coletivo de uma grande cidade, há quatro anos foi diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica. Certo dia, ao final de sua jornada de trabalho, apresentou quadro súbito de perda de força do lado direito do corpo: não conseguia levantar de onde estava sentado e a mão não era capaz de segurar sua mochila. Após três meses, foi encaminhado ao centro de reabilitação de sua cidade. Na avaliação inicial, apresentou: dificuldade de se comunicar por meio da fala, incapacidade de desempenhar movimentos quando solicitado pelo terapeuta e ausência de movimentação ativa em membro superior direito.

QUESTÃO 28

Os sinais e sintomas apresentados pelo motorista são indicativos de um quadro de:

(A) acidente vascular cerebral.

(B) trauma cranioencefálico.

(C) paralisia cerebral.

(D) síndrome de Guillain-Barré.

QUESTÃO 29

Na avaliação inicial do motorista, feita após três meses, os déficits apresentados são chamados, respectivamente, de:

(A) apraxia, afasia, heminegligência.

(B) disfagia, apraxia, hemiplegia.

(C) afasia, apraxia, hemiplegia.

(D) agrafia, agnosia, hemiplegia.

QUESTÃO 30

O programa de reabilitação do amputado de membro superior pode ser dividido em fases: tratamento pré-cirúrgico, tratamento pós-cirúrgico imediato, tratamento pré-protético, prescrição protética, treino protético, reintegração social e reabilitação profissional (SALES, 2007). No programa de reabilitação do paciente amputado,

(A) na fase de reintegração social, o terapeuta ocupacional pode visitar a comunidade a que o paciente pertence para conhecer sua residência, suas atividades de lazer e suas rotinas de realização das atividades de vida diária.

(B) no período pós-cirúrgico imediato, o terapeuta deve respeitar o tempo de imobilização para que o processo de cicatrização seja bem-sucedido. Após a estabilização do coto, inicia-se o programa de enfaixamento, ganho de amplitude de movimento e fortalecimento dos grupos musculares remanescentes.

(C) nas fases finais do treino protético, deve-se disponibilizar ao paciente uma prótese provisória que visa diminuir a taxa de rejeição do equipamento, bem como auxiliar no controle de edema e acelerar a formação do coto.

(D) em qualquer fase, a rejeição do uso da prótese indica erros na condução do programa de reabilitação. O aparelho pode ser abandonado, por exemplo, por problemas de ordem física (fraqueza, incoordenação, dor) ou por outros relacionados com a própria prótese (dificuldades com o ajuste ou não confiabilidade mecânica).

QUESTÃO 31

A terapia de integração sensorial promove a oferta controlada e dirigida de estímulos sensoriais por meio de atividades lúdicas e brincadeiras de interesse da criança, com ênfase nos estímulos táteis, vestibulares e proprioceptivos (MAGALHÃES, 2007). Quando uma criança sistematicamente não permite que a mãe esfregue seu corpo com a esponja durante o banho e se recusa a se enxugar, o terapeuta ocupacional

(A) propõe que a mãe oferte objetos para a criança manusear, como chaveiro, bichinho ou bola de borracha, desde que eles não façam barulho.

(B) orienta a mãe a fazer uma pequena pausa e após sugerir cantar uma música, marcando o ritmo com batidas fortes dos pés no chão.

(C) apresenta um quadro com figuras que tenham a sequência de atividades do banho, para que a criança possa prever o que está por vir.

(D) propõe o uso de espuma de banho ou creme de barbear, fazendo desenhos de espuma no corpo da criança. Orienta a mãe a realizar a atividade com toques firmes.

QUESTÃO 32

O movimento é um dos principais elementos no crescimento e no desenvolvimento da criança. Dentre os realizados pelas crianças, encontram-se os movimentos reflexos, que

(A) são executados, independentes de sua vontade.

(B) ocorrem sem a necessidade de estímulos.

(C) ajudam a interação do bebê com o meio, quando persistem.

(D) evidenciam ser patológicos.

QUESTÃO 33

Uma das abordagens preconizadas para a reabilitação de pessoas com disfunção visual é o treino de orientação e mobilidade (OM). Para auxiliar o indivíduo a deslocar-se de forma segura e satisfatória, o terapeuta ocupacional, após o processo de avaliação e definição de metas, deve:

(A) orientar o indivíduo a evitar a utilização do próprio corpo para se proteger, estabelecer relações posicionais ou direcionais, para que ele não corra o risco de sofrer lesões e/ou de provocar acidentes domésticos como, por exemplo, derrubar e quebrar objetos.

(B) orientar o indivíduo a ignorar possíveis sentidos remanescentes para que possa se beneficiar ao máximo das técnicas de OM.

(C) iniciar as vivências pré-bengala, no caso de criança, logo após ela ter adquirido a marcha independente sem apoio.

(D) evitar a prescrição de ajudas eletrônicas, tais como sensores acoplados no indivíduo ou na bengala, que emitam sons ou vibração ao se aproximar de obstáculos, devido ao alto custo e alto índice de abandono.

QUESTÃO 34

A mão é inervada principalmente pelos nervos mediano, ulnar e radial. O nervo radial inerva os seguintes músculos:

(A) abdutor curto do polegar, oponente do polegar e cabeça superficial do flexor curto do polegar.

(B) interósseos, adutor do polegar e cabeça medial do flexor curto do polegar.

(C) extrínsecos da mão.

(D) abdutor, oponente e flexor curto do dedo mínimo.

QUESTÃO 35

Leia o trecho a seguir.

> Signe Brunnstrom, pesquisadora das alterações funcionais no paciente hemiplégico adulto, concluiu que a estimulação das sinergias e dos reflexos primitivos ajudava no retorno da função motora (ALBUQUERQUE, 2003).

Considerando as fases e as estratégias de reabilitação do membro superior propostas por Brunnstrom, o terapeuta ocupacional deve:

(A) evitar, nas fases I e II, o uso de reações associadas, estímulo ao aparecimento das sinergias e estimulação de reflexos, já que os movimentos obtidos por meio destes procedimentos não são voluntários e, portanto, não devem ser encorajados nas fases iniciais após a lesão cerebral.

(B) estimular, durante a fase III, o uso de reações associadas, reflexos, estímulos proprioceptivos e exteroceptivos, com o cuidado de iniciar, assim que o indivíduo adquirir o controle das sinergias, o trabalho de estimulação dos movimentos que se desviam das sinergias básicas.

(C) manter o uso dos reflexos e reações associadas, nas fases IV e V, de reeducação muscular do membro superior, com o objetivo de condicionar os padrões sinérgicos e promover movimentos voluntários que necessitem dos componentes das sinergias flexora e extensora.

(D) incentivar, durante a fase VI, o desenvolvimento de atividades bilaterais, como a transferência de cones em vários planos, com preensão realizada pelas duas mãos, os dedos entrelaçados, com utilização da lixa bimanual no plano inclinado.

QUESTÃO 36

A lesão que é observada logo após o nascimento, na qual o membro acometido repousa sem movimentos ao longo do corpo e não se observa, nesse membro, a postura fletida do recém-nascido é a:

(A) paralisia braquial obstétrica.

(B) paralisia cerebral.

(C) distrofia muscular.

(D) fratura de punho.

— QUESTÃO 37 —

No atendimento ao paciente com lesão medular, o terapeuta ocupacional tem, como objetivo, o desenvolvimento do melhor potencial funcional, visando a maior independência possível, levando em consideração os níveis neurológicos de lesão (TEIXEIRA; SAURON, 2003). Do trecho descrito, conclui-se que pacientes com nível neurológico em C7:

(A) não se beneficiam da extensão ativa do cotovelo para realizar o alívio de pressão.

(B) devem ser treinados pelo terapeuta ocupacional para a realização da tenodese, com o intuito de proporcionar uma preensão/pinça funcional.

(C) necessitam de um substituidor universal de preensão com barra estabilizadora do punho para desempenhar algumas AVDs, tais como alimentar-se e escovar os dentes.

(D) dispensam atividades para fortalecimento da musculatura intrínseca da mão e atividades para desenvolver destreza e coordenação fina, quando a função manual já foi plenamente recuperada.

— QUESTÃO 38 —

Ao elaborar um projeto de acompanhamento de jovens com deficiência em processo de profissionalização, deve-se considerar

(A) a condição desses jovens em termos de desenvolvimento motor e cognitivo.

(B) a adequação das expectativas com as reais condições de inserção em situação de trabalho e a proposta de intervenção, tendo em vista o desenvolvimento de habilidades necessárias.

(C) a facilidade da pessoa com deficiência mental em transferir conhecimentos de uma situação particular para outra. Assim, as intervenções devem ser menos contextualizadas possíveis.

(D) os benefícios dos trabalhos que envolvem, basicamente, a mecanização de tarefas na promoção do desenvolvimento de habilidades necessárias para a profissionalização.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 39 —

Leia o texto a seguir.

> É resultante da lesão do trato extrapiramidal frequentemente relacionada a lesão dos gânglios da base. É caracterizada por dificuldades da criança em manter a postura, executar movimentos voluntários e coordenar os movimentos automáticos pelas alterações na regulação do tônus muscular e falha na coordenação motora (ARAUJO; GALVÃO, 2007).

Esse trecho descreve a seguinte forma de paralisia cerebral:

(A) espástica.

(B) atáxica.

(C) discinética.

(D) mista.

— QUESTÃO 40 —

A atuação do terapeuta ocupacional em programas de assistência integral à saúde é fundamental, pois ele é responsável por:

(A) prescrever próteses e/ou adaptações.

(B) diminuir a participação da família no processo de tratamento.

(C) contribuir para alta hospitalar.

(D) promover a vida ocupacional do paciente em seus diferentes aspectos.

— QUESTÃO 41 —

Leia o texto que segue.

> As quedas em idosos são prevalentes, podendo resultar em sérias complicações, incluindo fratura e morte. Na maioria das vezes, no entanto, provocam apenas uma restrição da mobilidade por medo de cair novamente, o que gera alterações no desempenho de atividades simples do cotidiano e prejuízo da independência (MELO, 2007).

Considerando o exposto, o terapeuta ocupacional, no âmbito da prevenção de quedas em idosos, deve:

(A) orientar familiares sobre o risco de o idoso repetir o evento de queda, mesmo tendo ciência que esse risco é mínimo, devido à mudança de comportamento motivada pelo medo de cair novamente, que ocorre após o primeiro episódio.

(B) focar a intervenção nos aspectos intrínsecos (alterações fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento e das patologias múltiplas associadas) por serem mais facilmente evitáveis com estratégias simples, tais como: treinos de fortalecimento, flexibilidade e equilíbrio.

(C) levar em conta o fato de que os idosos saudáveis sofrem as quedas em situações corriqueiras do dia a dia, tais como: sentar-se, levantar e tomar banho.

(D) atentar-se à descrição da rotina diária do idoso na intenção de identificar as situações de risco que podem ser alteradas.

— QUESTÃO 42 —

O grupo de estimulação precoce, presente nos centros de reabilitação que atendem crianças com diversos acometimentos neurológicos, tem como objetivo:

(A) substituir as terapias individuais, pois, este tipo de grupo é desenvolvido em conjunto com profissionais da área de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia.

(B) orientar pais/familiares a diminuir a oferta de estímulos sensoriais, haja vista a complexidade de tais patologias.

(C) promover orientações aos pais e aproveitar a fase sensoriomotora da criança; despertar o prazer da criança por meio de sensações diferentes e estimular a iniciação de brincadeiras simbólicas e a exploração do esquema corporal.

(D) treinar atividades de vida diária para crianças maiores de dois anos e promover adequação ao ambiente e ao grupo familiar.

— QUESTÃO 43 —

Leia a descrição a seguir.

> Caracteriza-se por uma inflamação aguda de múltiplos nervos periféricos, o que leva a um enfraquecimento muscular progressivo rápido, paralisia potencial e perda ou distúrbios sensoriais. Possui etiologia desconhecida, embora 40 a 60% dos pacientes possuam antecedentes de processo infeccioso. Está associada a um nível proteico elevado no líquido cefalorraquidiano, determinado por punção espinhal (FARIA, 2007).

As características descritas definem a seguinte patologia:

(A) esclerose lateral amiotrófica.

(B) amiotrofia espinhal.

(C) distrofia muscular de Duchenne.

(D) síndrome de Guillain-Barré.

— QUESTÃO 44 —

Após um acidente vascular cerebral e outros distúrbios do sistema nervoso central, a perda sensorial pode ser um problema considerável. Uma das primeiras preocupações do terapeuta ocupacional deve ser a segurança e garantir que o paciente não se machuque durante o desempenho das atividades de vida diária. São medidas de segurança a serem adotadas:

(A) estimular o paciente a usar a visão para observar o movimento e a localização das partes do corpo; testar a água do banho com a mão mais afetada.

(B) usar dispositivos de adaptação como a tábua para cortar alimentos com uma mão para evitar cortar a mão afetada e procurar conscientizar o paciente que sofreu lesão neurológica de seus déficits sensoriais.

(C) ensinar os familiares a nunca deixar o paciente sozinho e privar o paciente do retreinamento sensorial.

(D) orientar o paciente a utilizar tipoia para proteção do membro comprometido e inibir qualquer tentativa de independência nas atividades de vida diária do paciente.

— QUESTÃO 45 —

Leia o texto a seguir.

> A síndrome do túnel do carpo (STC) resulta da compressão do nervo mediano ao nível do punho. Cursa com dor, parestesia, hipoestesias, disestesias e sensação de fraqueza, e os testes clínicos utilizados para a detecção da patologia são o sinal de Tinel e positividade no teste de Phalen (ELUI; FONSECA; MAZZER et al., 2005).

No programa de reabilitação da pessoa com STC, o terapeuta ocupacional deve,

(A) no tratamento conservador, indicar e confeccionar uma órtese de repouso que mantenha o punho em extensão de 20º e orientar o uso em período integral até remissão completa dos sintomas.

(B) na fase inicial do pós-operatório, instituir um programa de mobilização passiva precoce do punho, em amplitudes confortáveis, com o intuito de evitar as aderências entre as estruturas que compõem o túnel do carpo, bem como minimizar a restrição da amplitude de movimento (ADM) deste segmento.

(C) na fase intermediária, que corresponde à segunda semana de pós-operatório, ou à retirada dos pontos cirúrgicos, tratar as possíveis complicações da liberação do túnel do carpo, tais como: cicatriz dolorosa, distrofia simpático-reflexa ou retardo de cicatrização da ferida. Orientar o paciente a iniciar o uso funcional da mão, bem como estimular e fortalecer gradativamente a musculatura inervada pelo mediano.

(D) na fase tardia, orientar o paciente a manter a elevação do membro, iniciar exercícios orientados para a manutenção da ADM das articulações adjacentes ao punho, além de instituir gradativamente os exercícios de deslizamento diferencial dos tendões flexores dos dedos.

QUESTÃO 46

A esclerose lateral amiotrófica é uma doença neuromuscular progressiva. A intervenção terapêutica ocupacional nos estágios iniciais da patologia tem como objetivo:

(A) incluir o paciente nas decisões de assuntos de seu interesse, garantindo-se dessa forma o mínimo de autonomia e dignidade.

(B) prolongar a independência na mobilidade e nas atividades de vida diária, prevenindo complicações como a ocorrência de contraturas e dor.

(C) prescrever, o mais rápido possível, equipamentos adaptativos, especialmente a cadeira de rodas.

(D) informar, o quanto antes, a família e o paciente de que é uma doença progressiva.

QUESTÃO 47

A escala dos níveis cognitivos do Rancho Los Amigos descreve as características mais marcantes que paciente com traumatismo crânio encefálico apresenta de acordo com as fases de recuperação pós-lesão. A estratégia de reabilitação mais indicada para um indivíduo que se encontra na fase IV da referida escala (confuso e agitado) é:

(A) utilizar sessões de estimulação sensorial breves e frequentes, oito a dez vezes ao dia, com duração de 15 e 30 minutos, intercaladas por períodos de repouso.

(B) auxiliar o paciente e os familiares a identificarem, com base em observação, fatores que predispõem a ocorrência de irritabilidade ou agressividade, a fim de promover a redução da frequência de comportamento inadequado.

(C) enfatizar uma ou duas modalidades de estímulos com a introdução de novos estímulos, de acordo com a resposta do cliente que, em um primeiro momento, será generalizada.

(D) orientar e estimular o indivíduo a compensar os déficits cognitivos residuais com estratégias adaptativas.

RASCUNHO

QUESTÃO 48

Analise o formulário a seguir.

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/ ____/ ____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO
- Dia da semana (1 ponto) ..... ( )
- Dia do mês (1 ponto) ..... ( )
- Mês (1 ponto) ..... ( )
- Ano (1 ponto) ..... ( )
- Hora aproximada (1 ponto) ..... ( )
- Local específico (aposento ou setor) (1 ponto) ..... ( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ..... ( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ..... ( )
- Cidade (1 ponto) ..... ( )
- Estado (1 ponto) ..... ( )

MEMÓRIA IMEDIATA
- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ..... ( )

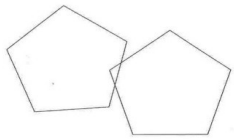
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO
- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ..... ( ) (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO
- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ..... ( )

LINGUAGEM
- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ..... ( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá) (1 ponto) ..... ( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 ptos) ..... ( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ..... ( )
- Escrever uma frase (1 ponto) ..... ( )
- Copiar um desenho (1 ponto) ..... ( )

ESCORE: (____/30)



Disponível em: http://anovainfancia.blogspot.com.br/2011/04/como-realizar-o-rastreio-de-deficit.html>. Acesso em: 7 out. 2016.

O formulário acima refere-se a

(A) Miniexame do Estado Mental de Folstein.

(B) Avaliação Cognitiva de Terapia Ocupacional de Lowenstein (LOTCA).

(C) Medida de Independência Funcional.

(D) Escala de Depressão Geriátrica.

RASCUNHO

QUESTÃO 49

Leia o caso a seguir.

> A Sra. M. sofreu ruptura de um aneurisma cerebral, na região parietal esquerda e, embora não apresente comprometimento grosseiro dos movimentos ou da linguagem, parece ter problemas na realização de tarefas funcionais. Durante a atividade de higiene, para escovar os dentes, a Sra. M. é capaz de descrever verbalmente a sequência para completar a tarefa, mas, quando tenta efetuá-la, passa o sabonete na escova de dente e a leva à boca.

Considerando o caso apresentado, conclui-se que a função cognitiva que interfere na execução correta da atividade descrita é a seguinte:

(A) apraxia visioconstrutiva.

(B) apraxia ideomotora.

(C) apraxia ideacional.

(D) afasia.

QUESTÃO 50

Leia o texto a seguir.

> O termo função executiva é, atualmente, utilizado para denominar um conjunto de habilidades necessárias para o desempenho de todos os comportamentos complexos (ABREU, 2007).

Quais sintomas o terapeuta ocupacional espera observar no comportamento funcional de um paciente que apresenta alterações das funções executivas?

(A) Alteração da personalidade, procrastinação e desorganização.

(B) Dificuldade no reconhecimento visual de objetos, faces e letras.

(C) Desmotivação, insônia e baixa iniciativa.

(D) Ausência de reconhecimento do hemicorpo esquerdo ou mesmo os estímulos que são apresentados em seu hemicampo visual esquerdo.