



UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA
FeSaúde - FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE / NITERÓI
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO
QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO
EDITAL Nº 1/2020



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

Emprego: TERAPEUTA OCUPACIONAL
Rede de Atenção Psicossocial

NÍVEL:
SUPERIOR

CADERNO DE QUESTÕES

Instruções ao candidato
(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o emprego indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um emprego diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO
QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.
Aristóteles

Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS

01 Analise as afirmações abaixo sobre assistência à saúde pela iniciativa privada prevista na Constituição Federal de 1988.

- I As instituições privadas poderão participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as diretrizes de contrato de direito privado, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- II É permitida a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que prevista expressamente no contrato celebrado com o ente federativo.
- III É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país.
- IV A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Está(ão) correta(s) somente:

- (A) II.
- (B) I, II e III.
- (C) III.
- (D) II, III e IV.
- (E) IV.

02 À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- (A) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- (B) Promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios.
- (C) Autorizar consórcios administrativos intermunicipais.
- (D) Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
- (E) Coordenar e, em caráter exclusivo, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica.

03 De acordo com Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, **EXCETO**:

- (A) Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.
- (B) Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a assistência terapêutica e a recuperação de deficiências nutricionais.
- (C) Limpeza urbana e remoção de resíduos.
- (D) Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- (E) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde.

04 O Sistema Único de Saúde será financiado de acordo com a Constituição Federal de 1988, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Diz o artigo 198 do mesmo diploma legal, no parágrafo segundo, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados, no caso da União, sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, **NÃO** podendo ser inferior a:

- (A) 2%.
- (B) 4%.
- (C) 8%.
- (D) 10%.
- (E) 15%.

05 São instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:

- (A) Comissões intergestores.
- (B) Redes de atenção à saúde.
- (C) Protocolos clínicos.
- (D) Redes de atenção primária.
- (E) Serviços de acesso aberto.

06 Entre as várias maneiras de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde previstas na Lei nº 8.142, de 1990, há aquela destinada à cobertura de ações e serviços de saúde a ser implementada pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal (art. 2º, inciso IV). Esses recursos destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, cabendo do total aos municípios, pelo menos:

- (A) 30%.
- (B) 40%.
- (C) 50%.
- (D) 60%.
- (E) 70%.

07 Assinale a opção que **NÃO** faz parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 2017).

- (A) Coordenação do cuidado.
- (B) Integralidade.
- (C) Cuidado centrado na pessoa.
- (D) Ordenação da rede.
- (E) Longitudinalidade do cuidado.

08 São portas de entrada previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, **EXCETO** o serviço:

- (A) De atenção primária.
- (B) De atenção de urgência e emergência.
- (C) De atenção hospitalar especializado.
- (D) De atenção psicossocial.
- (E) Especial de acesso aberto.

09 O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os

Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

De acordo com a Resolução 453, de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), a participação de entidades e movimentos representativos de usuários no Conselho de Saúde corresponde a:

- (A) 25%.
- (B) 30%.
- (C) 40%.
- (D) 50%.
- (E) 60%.

10 Analise as afirmativas abaixo.

- I A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988, sendo exercida, no âmbito da União, pela Agência de Vigilância Sanitária.
- II Os municípios poderão constituir convênios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- III À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade.
- IV A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, estão corretas:

- (A) Somente I, II e III.
- (B) Somente II, III e IV.
- (C) Somente I e II.
- (D) Somente III e IV.
- (E) I, II, III e IV.

Tópico: Conhecimentos Específicos

11 Um paciente pode apresentar uma lesão completa no nível neurológico C5, embora tenha funcionais os:

- (A) Músculos adutores.
- (B) Extensores radiais inervados por C6.
- (C) Extensores ulnar inervados por C6.
- (D) Extensores medianos inervados por C6.
- (E) Flexores ulnar e radial inervados por C6.

12 Durante a avaliação, além de demonstrar ao paciente que o conhece (o que é importante para ele), o terapeuta ocupacional deve iniciar um relacionamento de:

- (A) Empatia e confiança.
- (B) Atitude e autoridade.
- (C) Empatia e autoridade.
- (D) Confiança e autoridade.
- (E) Confiança e atitude.

13 A terapia ocupacional é baseada na crença de que a atividade significativa (ocupação) pode evitar ou mediar a disfunção de origem:

- (A) Mental ou psíquica.
- (B) Psicológica ou neurológica.
- (C) Física ou mental.
- (D) Física ou psicológica.
- (E) Mental ou neurológica.

14 As atividades que devem ser utilizadas pelos assistentes da terapia ocupacional para atender às necessidades físicas e psicológicas do paciente são as:

- (A) Atividades físicas.
- (B) Atividades psíquicas.
- (C) Atividades manuais.
- (D) Atividades laborais.
- (E) Atividades educacionais.

15 A função ocupacional é o objetivo central da terapia ocupacional. Assim, a avaliação de um paciente, depois de um acidente vascular, se inicia com a determinação de papéis, tarefas e:

- (A) Retorno imediato ao trabalho.
- (B) Repouso absoluto.
- (C) Atividades pouco expressivas.
- (D) Atividades de alta complexidade.
- (E) Atividades importantes para a pessoa.

16 A terapia ocupacional, durante a internação do paciente com TCE, tem como objetivo otimizar capacidades e habilidades motoras e de:

- (A) Percepção tátil e auditiva.
- (B) Percepção visual e cognitiva.
- (C) Percepção visual e auditiva.
- (D) Percepção cognitiva e tátil.
- (E) Percepção visual e tátil.

17 O objetivo da reeducação sensorial é ajudar os pacientes com lesão nervosa periférica a aprender:

- (A) A aumentar a força muscular do membro.
- (B) A reconhecer o movimento cortical.
- (C) A reconhecer a sensibilidade no córtex.
- (D) A reconhecer a percepção no córtex.
- (E) A reconhecer a percepção distorcida do córtex.

18 A reeducação sensorial, depois de um AVC, se baseia no conceito da:

- (A) Ortopedia.
- (B) Neurofisiologia.
- (C) Neuroplasticidade.
- (D) Neurociência.
- (E) Psicologia.

19 O terapeuta ocupacional facilita o brincar por meio de adaptações na tarefa e/ou:

- (A) Nas casas.
- (B) Nos utensílios domésticos.
- (C) Nas mesas escolares.
- (D) Nos brinquedos.
- (E) Nos jogos educacionais.

20 Os terapeutas ocupacionais são responsáveis por promover aos seus pacientes as atividades da vida diária, podendo elas serem:

- (A) AVD e AVL.
- (B) AIVD e ABVD.
- (C) AVD e AIVD.
- (D) AVD e ABVD.
- (E) AVP e AVD.

21 A terapia ocupacional atua nas AIVD, que são definidas como:

- (A) Atividades que não necessitam de orientação.
- (B) Atividades orientadas para interação com o ambiente.
- (C) Atividades que são complexas, por isso são orientadas.
- (D) Atividades orientadas e complexas que, às vezes, interagem com o ambiente.
- (E) Atividades que são orientadas para interação com o ambiente e que muitas vezes são complexas.

22 O paciente pós-operatório do quadril (ATQ), para se sentar em uma cadeira comum ou sofá, deve flexionar o seu quadril em ângulo:

- (A) De 90°.
- (B) Acima de 90°.
- (C) Abaixo de 90°.
- (D) De 95°.
- (E) De 100°.

23 A compressão nervosa que ocorre na altura do cotovelo entre o epicôndilo medial e o olécrano sendo a segunda neuropatia mais comum do membro superior, com sintomas principais de dor e alteração sensitiva em cotovelo, dedo mínimo e anelar, denomina-se:

- (A) Artrite reumatoide.
- (B) Síndrome do túnel ulnar.
- (C) Síndrome do túnel do carpo.
- (D) Síndrome do duplo impacto.
- (E) Síndrome do flexor comum dos dedos.

24 A lesão distal do nervo radial que afeta o ramo motor profundo é denominada:

- (A) Paralisia do flexor comum dos dedos.
- (B) Paralisia do oponente do polegar.
- (C) Paralisia dos metacarpianos.
- (D) Paralisia no interósseo posterior.
- (E) Paralisia do abductor do polegar.

25 O terapeuta ocupacional fornece órteses adequadas e um programa de exercícios para o paciente queimado, tendo em vista:

- (A) Inibir que o paciente feche a mão queimada.
- (B) Dar condições de se alimentar com a mão queimada.
- (C) Prevenir contraturas e estimular o uso funcional da mão queimada.

(D) Imobilizar o punho da mão queimada.

(E) Dar funcionalidade aos dedos da mão queimada.

26 A obtenção da função ocupacional, depois de uma lesão ou doença, é alcançada por meio da ocupação, assim como por terapias adjuntas. No Modelo Ocupacional Funcional (MFO), a ocupação tem duas naturezas, que são:

- (A) Ocupação como finalidade e ocupação como meio.
- (B) Ocupação de autocuidado e ocupação terapêutica.
- (C) Ocupação terapêutica e ocupação como meio.
- (D) Ocupação funcional e ocupação como finalidade.
- (E) Ocupação de lazer e ocupação de participação social.

27 O raciocínio clínico é o processo de pensamento pelo qual os terapeutas coletam e utilizam as informações para tomar decisões sobre o atendimento de um paciente individual (Rogers, 1993 apud Radomski, 2013). O raciocínio clínico utilizado quando os terapeutas consideram a confiabilidade e a validade dos instrumentos de avaliação, e quando utilizam o diagnóstico médico e ocupacional do paciente e a evidência de pesquisa para criar o plano de intervenção, é o:

- (A) Raciocínio narrativo.
- (B) Raciocínio ético.
- (C) Raciocínio científico.
- (D) Raciocínio pragmático.
- (E) Raciocínio ocupacional.

28 A habilidade do indivíduo para identificar objetos comuns e perceber suas propriedades táteis sem o auxílio da visão é a:

- (A) Estereognosia.
- (B) Sensibilidade protopática.
- (C) Propriocepção.
- (D) Sensibilidade epicrítica.
- (E) Sensibilidade cinestésica.

29 A atenção seletiva diz respeito à:

- (A) Capacidade do indivíduo de persistir ou manter uma resposta condizente com uma atividade contínua e repetitiva.
- (B) Capacidade do indivíduo de reter as informações em um contexto espacial e temporal específico.
- (C) Capacidade do indivíduo de reter informações, conceitos e categorias.
- (D) Capacidade do indivíduo de reter temporariamente as informações necessárias para o desempenho de uma tarefa.
- (E) Capacidade do indivíduo de selecionar ou focar em um tipo de informação mediante a exclusão de outras.

30 Contextos e ambientes interferem no acesso de um cliente a ocupações e influenciam na qualidade e na satisfação do seu desempenho. O envolvimento e a participação na ocupação ocorrem dentro de um ambiente social e físico situado em um contexto. Os contextos descritos na “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo” (AOTA, 2015) são:

- (A) Cultural, pessoal, estrutural e virtual.
- (B) Cultural, pessoal, psicológico e virtual.
- (C) Cultural, pessoal, temporal e estrutural.
- (D) Cultural, pessoal, temporal e virtual.
- (E) Cultural, pessoal, temporal e psicossocial.

31 Em relação à análise da atividade e sua aplicação prática, pode-se dizer que:

- (A) Sendo um processo descontínuo, a análise da atividade oferece recursos limitados à intervenção terapêutica ocupacional.
- (B) Cabe ao terapeuta ocupacional examinar como é possível favorecer, por meio da análise da atividade, a recuperação da relação sadia e equilibrada do cliente com a sua vida de ocupações.
- (C) O uso de adaptações para favorecer o desempenho é um recurso terapêutico importante para abordagem da terapia ocupacional. A avaliação e a indicação da terapia ocupacional são realizadas pelo terapeuta ocupacional, sendo importante o conhecimento pelo terapeuta das necessidades do cliente, sem a necessidade de envolvimento do profissional no processo terapêutico.

(D) O processo de análise deve ser resumido nas características sensoriais, cognitivas, motoras e perceptuais e na escolha do método a ser utilizado.

(E) A graduação da atividade visa a alcançar o maior nível de funcionalidade do cliente, sendo prioridade uma boa postura de trabalho e posicionamento correto, independente se produz um efeito positivo ou negativo sobre o cliente.

32 A demência, por sua característica evolutiva e pela magnitude de seus sintomas, contribui para a perda da autonomia e da independência do desempenho funcional. À medida que a doença progride, as perdas da capacidade funcional vão se intensificando, e o indivíduo vai se tornando mais dependente de outra pessoa para realizar suas atividades diárias. Nesse caso, é importante na intervenção da terapia ocupacional:

(A) Os interesses e o estilo de vida do indivíduo e de sua família não precisam ser considerados na proposição das atividades.

(B) Com a progressão da doença, são indicadas novas atividades para estimular novas formas e o aprendizado.

(C) Na avaliação do ambiente domiciliar, é importante que o terapeuta considere somente as características físicas e arquitetônicas para a adaptação do ambiente.

(D) Manter o indivíduo o mais ativo e independente possível, focalizando nas habilidades remanescentes e adequando a demanda das tarefas às capacidades atuais do indivíduo, em uma rotina de atividades equilibrada e significativa.

(E) A intervenção da terapia ocupacional com os familiares e cuidadores do indivíduo com demência não influencia o seu processo terapêutico.

33 Tenodese é:

- (A) O processo cirúrgico de liberação de aderências tendinosas.
- (B) O movimento recíproco do punho e dos dedos que ocorre durante a extensão e flexão ativa ou passiva do punho. É a ação de extensão do punho que produz a flexão dos dedos e a flexão do punho, produzindo extensão dos dedos.
- (C) O movimento recíproco do punho e dos dedos que ocorre durante a extensão, e a flexão ativa ou passiva do punho. É a ação de flexão do punho que produz a extensão dos dedos e a extensão do punho, produzindo flexão dos dedos.
- (D) O processo cirúrgico de liberação de aderência nervosa.
- (E) O processo cirúrgico de reconstrução tendinosa.

34 O tipo de preensão que **NÃO** envolve o polegar para oposição em que as metacarpofalangianas são mantidas em extensão e as articulações interfalangianas proximais e distais são mantidas em flexão é a:

- (A) Preensão esférica.
- (B) Preensão palmar.
- (C) Preensão em alça.
- (D) Preensão lateral.
- (E) Preensão de ponta.

35 No método da terapia ocupacional dinâmica, o núcleo central é a relação triádica, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem. Esses termos são:

- (A) Paciente, terapeuta ocupacional e atividades.
- (B) Sujeito, ocupação e ambiente.
- (C) Terapeuta ocupacional, ocupação e ambiente.
- (D) Paciente, terapeuta ocupacional e ocupação.
- (E) Terapeuta ocupacional, ocupação e contexto pessoal.

36 As abordagens grupais em terapia ocupacional são um importante recurso terapêutico. Um dos princípios que norteiam essa prática é a ideia de que o fazer tem efeito terapêutico. Em relação às características estruturais, o grupo aberto é aquele em que:

- (A) Os participantes apresentam características e problemáticas de diferentes naturezas.
- (B) Os participantes são selecionados com base em problemas ou características comuns.
- (C) Um novo participante pode ser inserido no contexto grupal para completar a saída do outro.
- (D) Não há ingresso de novos participantes depois do início do processo. Caso haja a saída de um participante, este não é substituído.
- (E) Os participantes não são os mesmos a cada encontro. Assim, o contexto se modifica sistematicamente.

37 A terapia ocupacional pode contribuir para o equacionamento de questões que se impõem pelas desigualdades, contradições sociais e confrontos culturais. Nesse contexto, dois elementos que Paulo Freire traz são importantes na clínica do terapeuta ocupacional na área social. Eles são:

- (A) A atividade e o produto.
- (B) O indivíduo e o ambiente.
- (C) A ocupação e o diálogo.
- (D) A conscientização e o diálogo.
- (E) A conscientização e a atividade.

38 De acordo com o artigo 9º do Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo a área e a atribuição específicas, **EXCETO**:

- (A) Fazer referência a casos clínicos ou de assistência social identificáveis, exibir cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou sua imagem em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos terapêuticos ocupacionais em qualquer meio de comunicação, salvo quando autorizado pelo cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou seu responsável legal.
- (B) Assumir responsabilidade técnica por serviço de terapia ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à resolução específica.
- (C) Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão.
- (D) Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem-estar, favorecer a participação e a inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições socioambientais que impliquem perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade.
- (E) Contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou a outros quando constatadas.

39 Em relação ao ambiente domiciliar do idoso e às quedas, pode-se dizer que:

- (A) A adaptação do ambiente, para preservar o idoso de quedas, tem sido apontada como importante, no que diz respeito à remoção dos riscos físicos, promovendo um ambiente seguro, independente das atitudes de risco a que se expõe o idoso.
- (B) As condições ambientais não criam demandas excessivas de necessidade de capacidade funcional.
- (C) A supervalorização do conhecimento prévio do ambiente, decorrente da vivência, experiência e familiaridade,

pode levar o idoso a se mover de forma mais automática e com pouca atenção. Contudo, esse fato não influencia a performance funcional do indivíduo.

- (D) Idosos frágeis tendem a cair mais em situações que exigem um bom controle do equilíbrio, como subir escadas; enquanto idosos saudáveis tendem a cair mais em situações corriqueiras do dia a dia, como sentar e levantar.
- (E) O julgamento errado do uso do ambiente mostra que os indivíduos se engajam em atividades de muito risco, necessitando de uma extraordinária capacidade física e funcional para a sua realização com segurança.

40 O contexto social é um ponto de partida (e de chegada) geral para a atuação do terapeuta ocupacional, que perpassa horizontalmente diferentes subáreas e grupos populacionais, requerendo o questionamento prévio sobre onde se está para que possa, efetivamente, trabalhar com a inserção e participação social de diferentes sujeitos, individuais e coletivos. Nas especificidades do campo da terapia ocupacional social, pode-se dizer que:

- (A) A perspectiva coletiva de apreensão da realidade dos grupos populacionais necessita de uma leitura da realidade que se esgota nos elementos individuais. Dessa forma, o perfil ocupacional é importante para o raciocínio clínico da terapia ocupacional.
- (B) A terapia ocupacional social está voltada para uma ação individualizada para sujeitos ou grupos, com foco na aplicação de técnicas ou abordagens particularizadas.
- (C) A terapia ocupacional social está voltada para o desenvolvimento de ações pela busca de emancipação e autonomia do sujeito que tem impedimentos e/ou dificuldades socioeconômicas para o acesso aos seus direitos sociais.
- (D) As ações do terapeuta ocupacional no campo social não requerem a participação direta nas políticas sociais, na arena pública da discussão de projetos e necessidades coletivas.
- (E) Destacam-se na terapia ocupacional social tecnologias de cuidado próprias voltadas para a dimensão social da vida, sendo os aportes advindos do campo da saúde suficientes para o seu referencial teórico e metodológico.

41 Entre as alterações qualitativas da sensopercepção, estão as alucinações, que se caracterizam por:

- (A) Percepção alterada e deformada de um objeto real e presente.
- (B) Percepção de um objeto sem que ele esteja presente e sem o estímulo sensorial respectivo.
- (C) Percepção aumentada em sua intensidade ou duração.
- (D) Sensações anômalas, em geral dolorosas e desencadeadas por estímulo externo.
- (E) Percepção diminuída em sua intensidade ou duração.

42 O pensamento concreto é:

- (A) Um tipo de pensamento em que há os desígnios dos desejos, das fantasias e dos temores, conscientes ou inconscientes, do sujeito.
- (B) Um pensamento em que ocorre a inibição do raciocínio, com diminuição da velocidade e do número de conceitos, juízos e representações utilizados no processo de pensar, tornando o pensamento lento, rarefeito e pouco produtivo à medida que o tempo flui.
- (C) Um pensamento em que o paciente dá longas voltas ao redor do tema e mescla, de forma imprecisa, o essencial com o supérfluo.
- (D) Um tipo de pensamento no qual não ocorre a distinção entre dimensão abstrata e simbólica e dimensão concreta e imediata dos fatos. O indivíduo não consegue entender ou utilizar metáforas.
- (E) Um pensamento em que ocorre a inibição do raciocínio, com aumento da velocidade e do número de conceitos, juízos e representações utilizados no processo de pensar, tornando o pensamento acelerado e pouco produtivo à medida que o tempo flui.

43 A tradição terapêutica que separa sujeitos e contextos tende, também, a separar as fases do processo terapêutico, de forma a compreender prevenção, tratamento e reabilitação como fases distintas e consecutivas. Na saúde mental, numa nova perspectiva, num modelo de intervenção dinâmico e interativo, centrado no sujeito, não

mais na doença e nos sintomas, a atuação da terapia ocupacional terá como foco:

- (A) Promover, por meio de grupos terapêuticos ou grupos de atividade realizados dentro da instituição, recursos psicoafetivos ou cognitivos para superar a situação de desvantagem.
- (B) Otimizar na instituição, por meio de atendimentos individuais, o desempenho ocupacional adequado, visando à reinserção familiar e social.
- (C) Multiplicar os espaços relacionais e as possibilidades de trocas e negociações como estratégia para operar transformações, contínuas e processuais, na trajetória de vida da pessoa.
- (D) Prevenir e tratar, por meio de oficinas e grupos terapêuticos, disfunções ocupacionais geradas por transtornos psicoafetivos no contexto institucional.
- (E) Promover, por meio de atividades individualizadas em grupos de atividade realizados dentro da instituição, recursos psicoafetivos ou cognitivos para superar a situação de desvantagem.

44 Os três conceitos básicos da reabilitação psicossocial são:

- (A) Promoção de oportunidades de espaços de trocas, trabalho e lazer.
- (B) Promoção de oportunidades de espaços de trocas, trabalho e cidadania.
- (C) Promoção de oportunidades de espaços de trocas, (re)construção do poder contratual e trabalho.
- (D) Promoção de oportunidades de espaços de trocas, promoção do equilíbrio psicoafetivo e (re)construção do poder contratual.
- (E) Promoção de oportunidades de espaços de trocas, (re)construção do poder contratual e cidadania.

45 Um dos pontos da nova política nacional de saúde mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher (Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS):

- (A) Pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.
- (B) Pacientes com transtornos mentais egressos de internação em hospital psiquiátrico.
- (C) Pacientes com transtornos mentais que residem em hospitais psiquiátricos.
- (D) Pacientes com transtornos mentais acompanhados em ambulatório de saúde mental.
- (E) Pacientes com transtornos mentais acompanhados em Centros de Atenção Psicossocial.

46 Em relação à dependência química, observam-se, frequentemente, manipulações, infrações, condutas impulsivas, instabilidade de humor e comportamento destrutivo em relação a si mesmo e ao ambiente. Na terapia ocupacional, é um objetivo de tratamento, **EXCETO**:

- (A) Estimular potencialidades, favorecendo o fenômeno da construção pessoal de cada indivíduo, utilizando diferentes linguagens: plástica, corporal, literária etc.
- (B) Possibilitar expressão simbólica e subjetiva que se estabelece pelo real processo de comunicação terapeuta-paciente-atividade.
- (C) Promover compreensão a respeito da vida do indivíduo, evitando a relação com o abuso do uso de substância química.
- (D) Favorecer reinserção social e reconstrução da cidadania, considerando de fundamental importância a capacitação e/ou retorno profissional, a exemplo das cooperativas de trabalho ou oficinas de produção e geração de renda.
- (E) Promover compreensão a respeito da problemática relacionada ao abuso de substância química, por meio de uma aprendizagem centrada na realidade do usuário.

47 De acordo com a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, a Rede de Atenção Psicossocial passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção:

- (A) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.
- (B) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.
- (C) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.
- (D) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.
- (E) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

48 De acordo com as estratégias de intervenção da terapia ocupacional na saúde mental no Brasil, considere os itens abaixo e assinale a opção correta.

- I A prática centrada no cliente constitui um referencial teórico específico do terapeuta ocupacional que permite desenvolver ações em parceria com os usuários, auxiliando-os no processo de identificação de suas demandas e na superação das barreiras que se interpõem na participação social e no desempenho satisfatório das atividades cotidianas.
- II A arte vem se consolidando como possibilidade de se alcançar os objetivos tanto de expressão e comunicação, quanto de inclusão social. Trata-se da possibilidade não só de criar, mas de, a partir da manipulação de uma matéria de expressão, pensar as relações entre a criação e a produção de saúde, de enfrentamento da doença, solidão ou isolamento.
- III Em relação à terapia ocupacional em saúde mental, há uma tendência num modelo de atenção centrado na doença e na participação social. O foco no coletivo passa a ser prioritário na singularidade do indivíduo.
- IV Houve uma mudança de paradigma referente aos conceitos de saúde mental no âmbito da terapia ocupacional, ressignificação das atividades e a ampliação do *setting* terapêutico, desenvolvendo ações no próprio espaço de vida dos sujeitos.

- (A) I e II estão corretos.
- (B) I, II e IV estão corretos.
- (C) I, III e IV estão corretos.
- (D) II, III e IV estão corretos.
- (E) II e IV não estão corretos.

49 O tipo de esquizofrenia em que, além dos sintomas característicos, se observam um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com negligência quanto aos cuidados de si (higiene, roupas, saúde), um embotamento afetivo e um distanciamento social é:

- (A) Esquizofrenia simples.
- (B) Esquizofrenia catatônica.
- (C) Esquizofrenia hebefrênica.
- (D) Esquizofrenia paranoide.
- (E) Esquizofrenia desorganizada.

50 De acordo com a Resolução COFFITO nº 408 de 18 de agosto de 2011, são áreas de atuação do terapeuta ocupacional profissional especialista em saúde mental:

- (A) Desempenho ocupacional psicossocial, desempenho ocupacional psicoafetivo, desempenho ocupacional psicomotor, desempenho ocupacional na saúde do adulto e do idoso, desempenho ocupacional da saúde da criança e do adolescente e desempenho ocupacional perceptocognitivo.
- (B) Desempenho ocupacional psicossocial, desempenho ocupacional psicoafetivo, desempenho ocupacional psicomotor, desempenho ocupacional na saúde da mulher, desempenho ocupacional perceptocognitivo e desempenho ocupacional sensoperceptivo.
- (C) Desempenho ocupacional psicossocial, desempenho ocupacional psicoafetivo, desempenho ocupacional perceptocognitivo e desempenho ocupacional sensoperceptivo.
- (D) Desempenho ocupacional psicossocial, desempenho ocupacional psicoafetivo, desempenho ocupacional psicomotor, desempenho ocupacional perceptocognitivo e desempenho ocupacional sensoperceptivo.
- (E) Desempenho ocupacional psicossocial, desempenho ocupacional psicomotor, desempenho ocupacional perceptocognitivo e desempenho ocupacional sensoperceptivo.

