



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO III DO EDITAL N.º 002/16/18/2019
PADRÃO DE CORREÇÃO DA PROVA DISCURSIVA
CONCURSO PÚBLICO N.º 002/01/2018

CARGO: AGENTE ADMINISTRATIVO

QUESTÃO 01

A Educação Corporativa é um forte conceito que vem crescendo muito na atualidade. Utilizando seus conhecimentos acerca do tema, elabore uma redação de no mínimo 15 (quinze) e no máximo 30 (trinta) linhas utilizando o formato relatório, simulando uma situação onde um analista explica um “case” de sucesso em sua empresa cuja aplicação eficaz da Educação Corporativa trouxe inúmeros benefícios e vantagens para os resultados da organização. O conteúdo da redação deverá abordar o conceito do tema bem como sua forma de aplicação e execução.

RESPOSTA: A estrutura da redação deverá ser:

1. Título (a palavra RELATÓRIO), em letras maiúsculas.
2. Vocativo: a palavra Senhor(a), seguida do cargo do destinatário, e de vírgula.
3. Texto paragrafado, composto de introdução, desenvolvimento e conclusão. Na introdução se enuncia o propósito do relatório; no desenvolvimento - corpo do relatório - a exposição minudente dos fatos; e, na conclusão, o resultado ou síntese do trabalho, bem como a recomendação de providências cabíveis.
4. Fecho, utilizando as fórmulas usuais de cortesia, como as do ofício.
5. Local e data, por extenso.
6. Assinatura, nome e cargo ou função do signatário.

O conteúdo deverá conter:

A educação corporativa é o processo de gestão de pessoas, conhecimento e a articulação de uma estratégia de longo prazo para a organização. Ela consiste em um projeto de formação desenvolvido pelas empresas, que tem como objetivo “institucionalizar uma cultura de aprendizagem contínua, proporcionando a aquisição de novas competências vinculadas às estratégias empresariais.” Nesta resposta, espera-se que o candidato traga o conceito fiel de educação corporativa mas que também ele consiga articular sua redação de forma a apresentar o que esta teoria traz de resultados na prática. A educação corporativa possui foco principal não só em capacitações teóricas, ela, ao invés disto, forma profissionais com habilidades e capacidades intrínsecas que vão de acordo com as diretrizes da organização. Uma educação corporativa bem aplicada consegue lapidar colaboradores de forma a desenvolverem o perfil profissional desejado pelos gestores organizacionais.

O bom entendimento e aplicação do formato relatório será muito importante para que o candidato consiga expor de forma organizada e clara suas ideias.

NÍVEL SUPERIOR

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL JÚNIOR

QUESTÃO 01

Em 2018 comemora-se 25 anos do Código de Ética dos profissionais de Serviço Social. Seu processo de construção se deu em meio a um período histórico específico, cujos propósitos alinharam-se a um posicionamento ético e político da categoria dos profissionais de Serviço Social, Netto (2015). Conforme aponta o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), apesar dos anos que se passaram, nos dias de hoje, o Código de Ética do Serviço Social se mostra atualíssimo em tempos de aprofundamento do desmonte das políticas sociais (www.cfess.org.br <acesso em 23/12/2018>).

Com base na assertiva acima, elabore um texto com os seguintes elementos:

- Identificação do período histórico em que se deu a construção do Código de Ética profissional e sua relação com o projeto ético político do Serviço Social.
- Com base em um dos princípios do Código de Ética do Serviço Social, aponte sua importância no momento atual, para a luta dos assistentes sociais contra o desmonte das políticas sociais, na perspectiva do projeto ético-político do Serviço Social.

RESPOSTA: O Código de Ética do Serviço Social é construído em meio ao processo de reabertura democrática, na transição da década de 1970 a 1980, como parte das construções e posicionamentos do

movimento de reconceituação e crítica ao conservadorismo, momento em que o Serviço Social se alinha a um projeto ético-político, inclinado à defesa dos interesses e direitos da classe trabalhadora. Esse posicionamento ético e político, materializado no Código de Ética dos assistentes sociais, em princípios como da democracia, subsidia o fortalecimento da luta profissional, em prol da política social, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. Posição essa que, materializada, seja nos diferentes espaços sócio ocupacionais, seja mediante a inserção nos movimentos sociais, torna-se fundamental para a defesa da classe trabalhadora cujos direitos vêm sendo atacados e desmontados sob o comando do governo ilegítimo de Michel Temer, através da aprovação de medidas, como é a Ementa Constitucional n.º 95 que congela os gastos com políticas sociais por 20 anos.

CARGO: ENGENHEIRO AMBIENTAL JÚNIOR

QUESTÃO 01

No Brasil, a Lei nº 12.305/10, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) é bastante atual e contém instrumentos importantes para permitir o avanço necessário ao País no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos. Pode-se dizer que as preocupações com a coleta, o tratamento e a destinação dos resíduos sólidos representa, porém, apenas uma parte do problema ambiental. Vale lembrar que a geração de resíduos é precedida por uma outra ação impactante sobre o meio ambiente - a extração de recursos naturais. Acerca da gestão de resíduos sólidos explane o problema, o avanço já alcançado e possíveis soluções para a correta destinação dos resíduos sólidos no Brasil.

RESPOSTA:

- A política dos cinco R's, que deve priorizar a redução do consumo e o reaproveitamento dos materiais em relação à sua própria reciclagem;
- Avanços com a PNRS;
- Formas de destinação dos resíduos sólidos;
- Avanço tecnológico X meio ambiente;
- Consciência ambiental/ educação ambiental;
- Coleta seletiva.

CARGO: ENGENHEIRO QUÍMICO JÚNIOR

QUESTÃO 01

A prefeitura de Foz do Iguaçu, por meio de seu Engenheiro Químico, acompanha o trabalho da associação de produtores de uva, dando-lhes assistência técnica necessária. Esta associação deseja exportar suas uvas, mas para isso é necessário um laudo de um laboratório especializado constando que este produto esteja isento de agrotóxicos. Descreva qual técnica analítica quantitativa poderia ser utilizada para este fim, detalhando a amostragem correta e a forma de preparo desta amostra.

RESPOSTA: A técnica mais adequada seria a cromatografia em fase gasosa, onde o detector poderia ser de espectrometria de massas, de captura eletrônica ou até mesmo de nitrogênio e fósforo, dependendo dos compostos que se queira identificar. A respeito do preparo de amostra, teria que se separar as partes, cascas, polpa e semente e em cada uma destas fazer o processamento para homogeneizar a amostra, adicionar o solvente adequado e preparar o extrato contendo o analito a ser identificado. Preparar as curvas de calibração de cada analito a ser identificado e quantificado. Realizar a análise na programação adequada e realizar as identificações e quantificações de acordo com as curvas de calibração.

CARGO: ENGENHEIRO SANITARISTA JÚNIOR

QUESTÃO 01

Em ETE – Estação de Tratamento de Esgoto, os processos utilizados na fase sólida devem ser selecionados considerando os aspectos de segurança operacional, garantindo o fluxo contínuo do tratamento do lodo e incluindo equipamentos reserva ou formas alternativas a este tratamento.

Dessa maneira e considerando a Norma Técnica para Elaboração de projetos hidráulicos-sanitários de estações de tratamento de esgoto sanitários, discorra sobre o processo de adensamento do lodo em uma ETE. Não deixando de citar os cinco processos que a Norma cita: Qual o tipo de lodo cada processo deve ser aplicado primário ou secundário? Qual o teor de sólidos admitidos em cada sistema e a recuperação máxima dos sólidos que cada sistema recupera?

RESPOSTA: O Adensamento do lodo pode ser feito por gravidade, por flotação com ar dissolvido, por adensadores de esteira, por centrifugação e por tambor rotativo e em qualquer dos casos o efluente líquido, já clarificado, da unidade de adensamento deve ser retornado à entrada da ETE. O Adensamento por gravidade destina-se ao lodo primário, enquanto que os demais sistemas, por flotação com ar dissolvido, por adensadores de esteira, por centrifugação e por tambor rotativo aplicam-se preferencialmente ao lodo secundário. O teor de sólidos admitidos em cada sistema é: por gravidade é de 3 a 8%; por flotação com ar dissolvido é de 4% em lodo flotado; por adensadores de esteira de até 5%; por centrifugação de 3 a 6% e por

tambor rotativo é de 4 a 6%. E a recuperação máxima dos sólidos em cada sistema é de: por gravidade é 85% dos sólidos; por flotação com ar dissolvido é de 95% dos sólidos; por adensadores de esteira uma recuperação máxima de 90% dos sólidos; por centrifugação e tambor rotativo uma recuperação máxima de 95% dos sólidos.

CARGO: ENFERMEIRO JÚNIOR

QUESTÃO 01

Elabore um texto dissertativo com extensão mínima de 15 linhas e máxima de 30 linhas, de acordo com a proposta abaixo:

A resolução Cofen nº 0450, de 11 de dezembro de 2013, estabeleceu normativas quanto ao procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem. No parecer emitido, dentre as competências da equipe de enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativo do Enfermeiro, que deve aplicar rigor técnico-científico ao procedimento. No que tange ao procedimento operacional padrão de passagem da sonda vesical, discorra sobre as competências do profissional enfermeiro que o diferenciam dos demais membros da equipe de enfermagem. Elenque no mínimo dois riscos que o paciente está exposto com a inserção da sonda vesical e como a atuação do enfermeiro pode influenciar na diminuição desses riscos. Diferencie também Sonda Vesical de Demora (SVD) e a Sonda Vesical de Alívio (SVA), citando em quais situações elas são utilizadas.

RESPOSTA: As competências do profissional enfermeiro, que o diferencia dos demais membros da equipe de enfermagem:

- A importância da atuação do enfermeiro na inserção e manipulação do cateter vesical, devido à complexidade técnica exigida, associada a um conhecimento de base científica e capacidade nas tomadas de decisões imediatas.
- Supervisão e orientação do enfermeiro direcionando as ações dos técnicos de enfermagem. Prescrever e planejar a assistência de enfermagem no que tange a monitorização e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de drenagem, do débito urinário; manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema de drenagem, coleta de urina para exames; monitoração do balanço hídrico – ingestão e eliminação de líquidos.

Elenque, no mínimo, dois riscos que o paciente está exposto com a inserção da sonda vesical e como a atuação do enfermeiro pode influenciar na diminuição desses riscos.

- Identificar, no mínimo, os riscos: trauma do trato urinário e infecção do trato urinário.
- Na diminuição dos riscos, o enfermeiro necessita seguir as práticas assépticas (inclui citar momentos de higienização das mãos). Não deve forçar a introdução da sonda, se resistência. Deve avaliar o tamanho da sonda a ser utilizada, conforme o meato uretral do paciente associado ao objetivo da passagem. Orientar o paciente que a bolsa coletora precisa sempre estar abaixo do nível da inserção da sonda, evitando refluxo intravesical de urina, e ao necessitar elevar a bolsa acima do nível da bexiga o sistema de drenagem precisa estar clampeado.

Diferencie também Sonda Vesical de Demora (SVD) e Sonda Vesical de Alívio (SVA), citando em quais situações elas são utilizadas:

- **Sonda Vesical de Demora (SVD):** Implantada e deixada por tempo pré-determinado de acordo com a abordagem terapêutica empregada. Exemplo de utilização: Controle do débito urinário de pacientes mantidos em internamento.
- **Sonda Vesical de Alívio (SVA):** Utilizada para esvaziar imediatamente a bexiga sem a permanência de uma sonda. É retirada depois do alívio da bexiga. Exemplo de utilização: Retenção urinária (bexiga neurogênica).

CARGO: ENFERMEIRO DO TRABALHO JÚNIOR

QUESTÃO 01

N. M. K é funcionária de uma Central de Material e Esterilização (CME) classe II de um hospital público, a qual também atua como empresa processadora para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e para uma empresa particular, a CKV CLIN, que efetuou contrato com o hospital como empresa processadora. Ao receber os materiais das UBS e da CKV CLIN, a funcionária N. M. K segue a seguinte rotina: realiza conferência e registro de todo o material recebido conforme protocolo, embala em grau cirúrgico e coloca para esterilizar. Certo dia, a CME em que N. M. K trabalha recebeu a equipe da Vigilância Sanitária alegando investigação, pois ocorreu um processo infeccioso após utilização de equipamento médico cirúrgico na empresa CKV CLIN, e o processamento de material da referida CME precisa ser investigado. Algumas solicitações foram feitas pela equipe da Vigilância Sanitária, entre elas:

1. Falar com o Responsável Técnico (RT) da CME.

Tal solicitação não pode ser atendida no momento pois o RT encontrava-se na CME do outro hospital, na qual também é RT.

2. Solicitaram todos os registros de controle de manutenção de aparelho:

- Os mesmos foram entregues e estavam em ordem.

3. Solicitaram registros de controle de monitoramento de processos por indicadores químicos e biológicos:

- Os indicadores químicos foram realizados na data em que o material foi esterilizado e são utilizados conforme preconizado, quanto ao indicador biológico a CME informou que utiliza apenas a cada quinze dias.

4. Questionaram N.K.M sobre como ela prepara o material recebido das UBS e da empresa CKV CLIN, antes deles serem colocados na autoclave, ela respondeu que:

- Primeiro, confere e registra;
- Segundo, embala em grau cirúrgico e utiliza a termoseladora para lacrar, identificando o envelope conforme preconizado.

5. Solicitaram análise da estrutura física da CME e da rotina de processamento através de visita *in loco* em todos os ambientes:

- Constataram barreira técnica entre setores sujo e limpo;
- Uso de caixas metálicas sem furo para esterilização;
- Uso de água potável dentro dos padrões para enxágue dos produtos;
- Uso de autoclave gravitacional com capacidade de 100 litros.

Após conversa, a Vigilância Sanitária disse que iriam apurar os fatos, mas que, caso comprovado algum problema durante o processamento de artigos ou na estrutura da CME, seriam aplicadas as punições cabíveis.

A funcionária N. K.M ficou muito nervosa com toda situação, o que a levou a sofrer um acidente no momento em que estava saindo do estacionamento do hospital para ir embora para sua casa. A mesma saiu de moto e acabou colidindo com um carro que estava entrando no estacionamento. A queda resultou em fratura do fêmur e ulna, algumas escoriações na face e em membros inferiores e superiores.

Analisando o caso acima, utilize como base a RDC 15, de 15 de março de 2012, e as leis que amparam acidente de trabalho e disserte em texto único respondendo às questões abaixo:

a) Quais erros descritos no caso infringem as normas da ANVISA quanto à estrutura da CME, recursos humanos e processamento de materiais?

b) Apesar do material ser processado pela CME do hospital, a empresa CKV CLIN está passível de punição? Justifique.

c) Quanto ao acidente sofrido pela funcionária, ele é considerado como acidente de trabalho? Justifique. Em caso positivo, como a empresa deve proceder e quais as garantias que a funcionária teria?

RESPOSTA: Segundo a RDC 15, de 15 de março de 2012, vários erros ocorreram na CME, desde estrutura, recursos humanos e também no processamento dos artigos médico cirúrgicos. Em se tratando de recursos humano, o responsável técnico (RT) de CME classe II deve atuar exclusivamente na sua unidade durante a jornada de trabalho, pois entre todas as suas atribuições lhe compete coordenar todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para saúde. No caso exposto, o RT exercia a mesma função em dois locais diferentes, e não se fazia presente no local durante o horário em que deveria estar. Ainda seguindo as normativas da RDC 15/2012, constata-se que da parte estrutural é referido barreira técnica na CME, porém barreira técnica é permitida somente para CME de Classe I, não condizente com o tipo de CME citado, que é de Classe II. A CME de classe II é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas. Considerando como barreira física, divisória, que impossibilite acesso de uma área para outra, sendo permitido apenas janelas para a passagem de material, tais janelas ainda devem permanecer fechadas quando a passagem de material não estiver ocorrendo. O maior quantitativo de erros ocorreu no que condiz ao processamento dos materiais, pois a funcionária recebia material vindo das UBS e da CKV CLIN e após conferir e registrar, ela já os embalava, pulando a etapa da limpeza, a qual é considerada obrigatória antes do processo de embalagem e esterilização, mesmo que os artigos e equipamentos tenham sido lavados na UBS e/ou na CKV CLIN. Houve erro no que condiz ao monitoramento do processo de esterilização, apesar do indicador químico estar dentro dos padrões preconizados, o indicador biológico não atende às normativas, as quais preconizam que este indicador deve ser utilizado diariamente em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização. Apesar do material ser processado pelo hospital, a CKV CLIN está passível de punição, pois o Serviço de Saúde é co-responsável pela segurança do processamento dos produtos para saúde, realizado por empresa processadora por ele contratada. O serviço de saúde responde solidariamente por eventuais danos ao paciente causados pela empresa processadora contratada, no que se refere às atividades relacionadas ao processamento dos produtos para saúde. Quanto à funcionária que sofreu o acidente, o mesmo é considerado como acidente de trabalho nos termos da Lei 8.213/91, a qual caracteriza também como acidente de trabalho aquele sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive, veículo de propriedade do segurado. Neste caso, a empresa deve emitir o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), e comunicar a Previdência Social do ocorrido até o

primeiro dia útil após o dia do acidente. A funcionária ainda terá direito ao auxílio doença, pois devido as fraturas ficará incapacitada de exercer suas atividades laborais por mais de 15 dias. Além disso, o Art. 118 da Lei 8.213/91 ainda garante ao segurado que sofreu acidente do trabalho a garantia, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente.

Esta parte abaixo é a resposta acima, porém em tópicos e constando o número dos artigos.

- De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012 Artigo 28, parágrafo único, o responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

- De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012 Artigo 99, o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.

- De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012 Artigo 19, a empresa processadora deve realizar todas as fases do processamento incluindo limpeza, inspeção, preparo e acondicionamento, esterilização, armazenamento e devolução para o serviço de saúde. O artigo 65 ainda traz que os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza, dentro do próprio CME do serviço de saúde ou na empresa processadora, antes de sua desinfecção ou esterilização. A funcionária não realizava a limpeza dos produtos, ela os conferia, registrava e já embalava, descumprindo assim as preconizações da ANVISA.

- De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012 Artigo 48, para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas. O artigo 81 traz que não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde. Quanto à água e à autoclave está correto, a água deve ter padrão de potabilidade e a autoclave gravitacional não pode ter capacidade para mais de 100 litros.

- De acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012 Artigo 17, o Serviço de Saúde é co-responsável pela segurança do processamento dos produtos para saúde, realizado por empresa processadora por ele contratada. Parágrafo único. O serviço de saúde responde solidariamente por eventuais danos ao paciente causados pela empresa processadora contratada, no que se refere às atividades relacionadas ao processamento dos produtos para saúde.

CARGO: FARMACÊUTICO JÚNIOR

QUESTÃO 01

O gestor de saúde de um determinado município solicitou à coordenação de Assistência Farmacêutica a elaboração de uma relação de medicamentos essenciais a fim promover o uso racional de medicamentos no município. Na esfera municipal, quem deve ser responsável pela elaboração dessa relação? Que critérios devem ser utilizados na padronização dos medicamentos? Quais as vantagens para esse município decorrentes da padronização dos medicamentos essenciais? Como avaliar se a padronização foi eficaz?

RESPOSTA: Na esfera municipal, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) deve ser responsável pela elaboração da relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME). Essa comissão deve ser composta por diversos profissionais da saúde, tendo caráter multiprofissional. Devem compor essa comissão profissionais como médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros. A CFT deve dispor de fonte bibliográfica confiável, imparcial e científica. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) deve ser utilizada como norteadora na escolha dos medicamentos a fazerem parte da REMUME. No entanto, de acordo com as necessidades e a situação epidemiológica local, o município pode incluir ou não determinados itens que estiverem na lista nacional. Também podem ser incluídos itens que não façam parte da lista citada. Devem ser priorizados medicamentos com eficácia e segurança comprovadas, e com uma relação custo-benefício satisfatória. Deve-se dar preferência a fármacos que apresentem maior comodidade posológica, devendo ser evitada a padronização de associações. A elaboração da REMUME traz diversas vantagens para o município, tais como a padronização das prescrições e com isso a utilização de medicamentos com segurança e eficácia comprovadas. Com o aumento da utilização dos fármacos padronizados, ocorre a compra de itens em maior quantidade e com isso a diminuição dos gastos com medicamentos. Os efeitos farmacológicos e adversos tornam-se mais conhecidos pela equipe de saúde e assim, mais fácil de se detectar problemas relacionados a medicamentos na população. Para avaliar se a padronização foi eficaz existem vários meios. Um deles é verificar a quantidade de receitas médicas que contenham itens não padronizados. Se a quantidade for elevada, é provável que a padronização foi ineficaz. A REMUME deve ser atualizada periodicamente, sendo que as mudanças ocorridas devem ser divulgadas e comunicadas a todos os profissionais de saúde e prescritores.

FONTE: Marin, N. (org). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

QUESTÃO 01

Paciente do gênero feminino, dois anos de idade, pré-termo de 32 semanas. Os pais perceberam que a filha não falava palavras isoladas. O resultado das Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT) apresentaram respostas ausentes bilateralmente, e o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) apresentou orelha esquerda com ondas I, III e V com morfologia preservada, latências absolutas e interlatências dentro dos parâmetros de referência, sendo que a onda V não pode ser observada na intensidade de 50 decibéis (dB). Os resultados da orelha direita mostraram ausência de respostas eletrofisiológicas a 90 dB. A paciente foi diagnosticada com Perda Auditiva Neurosensorial de grau moderado à orelha esquerda, e profundo à orelha direita. Foi adaptada bilateralmente com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) retroauriculares.

Diante do caso, responda:

- Qual a melhor abordagem terapêutica para o caso, para que a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral sejam estimulados por meio da audição residual?
- Explique, pelo menos, dois princípios básicos desta abordagem terapêutica.
- Qual seria o seu planejamento terapêutico para o caso?

RESPOSTA: A abordagem terapêutica em questão é a Aurioral que tem como proposta priorizar a audição residual. Inicialmente a interação se dá na família, depois na escola e em grupos comunitários.

Na abordagem aurioral existem alguns princípios para que o trabalho terapêutico possa ser desenvolvido. O primeiro princípio a ser observado no trabalho com o deficiente auditivo é o da detecção e intervenção precoce. O diagnóstico precoce é um dos fatores decisivos para o melhor desenvolvimento da criança deficiente auditiva, pois é nessa fase que há a maturação neurológica, tempo considerado ideal para a estimulação auditiva, já que nos primeiros anos de vida existe uma prontidão para que as habilidades perceptuais básicas, assim como a linguagem, possam ser adquiridas. O segundo princípio a ser observado no trabalho com o deficiente auditivo é o uso constante e correto do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou do Implante Coclear (IC). O terceiro princípio diz respeito ao desenvolvimento da função auditiva em que a criança é introduzida em um mundo sonoro com contextos significativos. Os próximos princípios são: integrar, comunicação, etapa das habilidades auditivas, avaliação e escola.

O planejamento terapêutico inclui utilizar uma sequência gradativa de padrão perceptual auditivo, linguístico e cognitivo para desencadear o desenvolvimento da audição, fala e linguagem. Trata-se de fazer com que a criança vivencie as mesmas etapas auditivas pelas quais as crianças ouvintes passam naturalmente: o desenvolvimento da detecção auditiva, a discriminação auditiva, o reconhecimento auditivo e a compreensão. Todas elas envolvem os sons ambientais e os sons de fala.

QUESTÃO 01

Dentre as causas da ocorrência de escorregamentos no Brasil está a elevação do nível piezométrico, que pode ocorrer tanto em taludes com materiais porosos como em materiais rochosos fraturados. Explique como esse processo ocorre nesses dois tipos de materiais.

RESPOSTA: Segundo Maciel Filho (1994, p. 198-199), a elevação do nível piezométrico ou freático em taludes pode ocorrer durante ou após as chuvas, pois quando ele sobe, aumenta a pressão neutra no maciço rochoso onde está situado o talude de um corte ou aterro. Há, basicamente, duas situações oferecidas para essa subida do nível de água. Em materiais porosos como: aterros, solos, algumas rochas sedimentares, o volume de vazios por unidade de volume é relativamente grande, por exemplo, 30% a 5%. Portanto, esse material poderá absorver um volume relativamente grande de água sem elevar muito o lençol freático. Em materiais rochosos fraturados, onde a porosidade da rocha é insignificante, a água se acumula nas fraturas, as quais normalmente, não oferecem um volume grande por unidade de volume do maciço. Portanto, esse maciço, ao receber a água da chuva, experimentará uma subida rápida do nível piezométrico.

QUESTÃO 01

Cido, 34 anos, trabalha em uma grande empresa de refrigerantes na função de entregador. Na admissão recebeu todos os treinamentos de segurança obrigatórios pelas NRs, onde foi mostrado os possíveis riscos de acidentes da sua função e recebeu todos os EPIs necessários. Após 5 meses de trabalho foi fazer entrega de refrigerantes cujas garrafas eram de vidro, e ao pegar uma caixa do caminhão e colocá-la no carrinho utilizado para transporte até o cliente uma garrafa explodiu e um caco de vidro perfurou um de seus olhos, com perda da visão no olho acometido. Na investigação do acidente constatou que ele não usou óculos de segurança, deixando-o no caminhão, e relatou que não achava necessário o seu uso. Nesse caso, a atitude do colaborador se enquadra como ato inseguro? A condição de trabalho pode ser

considerada como condição insegura? A empresa deverá abrir CAT ou não? Cabe ao empregado auxílio-acidente junto ao INSS e quem determina essa indenização? Favor justificar as respostas.

RESPOSTA: Sim, a atitude do colaborador se enquadra como ato inseguro porque o mesmo deixou de usar o óculos de segurança, e mesmo recebendo todos os treinamentos achou que não era necessário seu uso e com essa atitude o empregado se colocou em risco.

- A condição de trabalho é considerada insegura, pois é sabido que garrafa de vidro pode quebrar, e nesse caso, explodir, pois está sob pressão do gás que é posto no refrigerante. A empresa deveria usar um tipo de embalagem que proteja o funcionário caso a mesma venha a explodir.

- A empresa deve abrir CAT porque é acidente típico do trabalho e isso independe do ato inseguro pelo trabalhador.

- O trabalhador, ao perder uma visão, tem sim direito ao auxílio-acidente, pois é um benefício de natureza indenizatória pago ao segurado do INSS quando, em decorrência de acidente, apresentar sequela permanente que reduza sua capacidade para o trabalho. Essa situação é avaliada pela perícia médica do INSS. Como se trata de uma indenização, não impede o cidadão de continuar trabalhando.

CARGO: MÉDICO VETERINÁRIO JÚNIOR

QUESTÃO 01

Um bovino sem raça definida de um ano de idade, criado a pasto foi atendido na Clínica de Bovinos, sendo que, pela anamnese, constatou-se que na propriedade de origem do animal enfermo havia histórico de morte súbita de 10 animais. O garrote encaminhado a Clínica de bovinos apresentava há cerca de 1 dia claudicação no membro anterior direito com dificuldade de locomoção, aumento de volume da região escápulo-umeral, com presença de áreas de crepitação e aumento de temperatura e dor no local afetado. Associado a esses sinais de mionecrose observou-se, apatia, desidratação moderada e hiperemia de mucosas oculares. O diagnóstico foi realizado pelo isolamento de *C. chauvoei* no material obtido por punção aspirativa em região escápulo-umeral do membro anterior direito. Nos esfregaços das colônias hemolíticas corados pelo gram foi verificada a presença de bacilos gram positivos com esporos subterminais.

Sobre a enfermidade causada por este microrganismo, descreva em forma de texto de 15 a 30 linhas os seguintes itens:

- Nome e definição.
- Fisiopatologia e ação das toxinas de *Clostridium chauvoei* no organismo hospedeiro (toxina alfa, beta, gama e delta).
- Diagnóstico diferencial.
- Profilaxia.

RESPOSTA:

- Nome e definição

A doença possui o nome de manqueira (carbúnculo sintomático), definida como enfermidade infecciosa aguda, não contagiosa, de alta letalidade. Geralmente acomete muitos animais ao mesmo tempo. É de extrema importância em virtude das grandes perdas econômicas que ocorrem nas criações atingidas por causa da elevada mortalidade. A denominação maqueira, deve-se à intensa claudicação apresentada pelos animais afetados em decorrência do quadro de severa gangrena na musculatura dos membros afetados, embora ocorra também lesões gangrenosas na musculatura dorsal e cervical.

- Fisiopatologia e ação das toxinas de *Clostridium chauvoei* no organismo hospedeiro (toxina alfa, beta, gama e delta)

Fisiopatologia: Os animais ingerem os esporos de *Clostridium chauvoei* presentes no solo durante o pastejo e os mesmo alcançam o intestino e penetram pela mucosa entérica e, através da circulação, alcançam o fígado onde se localizam nas células de Kupffer, nos espaços de Disse e na células endoteliais dos capilares. A partir do fígado, alcançam a corrente circulatória e, conduzidos provavelmente no interior de macrófagos, chegam às grandes massas musculares. Os esporos permanecem quiescentes nas células endoteliais dos capilares das massas musculares envolvidas. Traumas nas grandes massas musculares criam um ambiente de baixo potencial de óxido-redução, gerando um ambiente anaeróbico que propicia a germinação dos esporos e produção pela bactéria das potentes toxinas que acarretam o quadro de gangrena e desencadeamento do quadro clínico da manqueira.

A toxina alfa é uma hemolisina estável frente ao oxigênio que provoca homólise e necrose das massas musculares. Possui ainda ação letal, levando a morte do animal afetado poucas horas após o início das manifestações clínicas.

A toxina beta é uma DNase ou desoxirribonuclease que atua diretamente sobre o DNA celular, provocando efeitos letais nas células dos animais.

A toxina gama age lesivamente sobre o ácido hialurônico que é o cimento entre as células, e seus efeitos provocam aumento da permeabilidade vascular acarretando edemas e hemorragias.

A toxina delta é uma hemolisina lábil frente ao oxigênio.

- Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: quando se aborda o diagnóstico diferencial em relação à manqueira, deve-se ter em mente edema maligno, gangrena gasosa e carbúnculo hemático. O edema maligno e a gangrena gasosa também são doenças causadas por outras espécies de bactérias do gênero *Clostridium* e com caráter gangrenoso. Porém, tanto a gangrena gasosa como o edema maligno, necessitam da presença de ferimentos prévios no corpo do animal por onde ingressam os esporos, também, não existe uma faixa etária típica de acometimento, sendo atingidos bovinos de qualquer idade em qualquer região do corpo. Quanto ao carbúnculo hemático, cujo o agente etiológico é o *Bacillus anthracis*, apresenta-se em grandes surtos, nos quais muitos animais são acometidos, a letalidade é muito próxima de 100% e acomete os animais sem menor distinção de faixa etária. Os animais que vão a óbito acometidos por carbúnculo hemático apresentam rigor mortis precoce ocorrendo o mesmo aos que são acometidos pela manqueira; porém, o *Bacillus anthracis* provoca hemorragia muito mais severa pelos orifícios naturais do cadáver e o sangue, caracteristicamente, é incoagulável. Também no carbúnculo hemático existem muitas áreas de edema subcutâneo, mas o agente dessa enfermidade não produz gás em hipótese alguma, não havendo a ocorrência das extensas áreas de crepitação observadas no tecido muscular e subcutâneo dos bovinos acometidos pela manqueira.

- **Profilaxia**

E baseada na vacinação dos animais susceptíveis, pois como habitat dos *Clostridium* é o solo e todos os animais ingerem esporos, qualquer outra medida profilática é absolutamente inviável.

CARGO: MÉDICO DA FAMÍLIA

QUESTÃO 01

Paciente M.G.A., 52 anos, IMC 29 kg/m², tabagista há 12 anos, procura atendimento de rotina para mostrar alguns exames que realizou por conta. Paciente relata que não tem praticado atividade física por conta do trabalho exaustivo, chegando em casa sempre muito cansado e estressado. Nega episódios de dor torácica, e também diz não se sentir cansado nas atividades diárias. Conta que seu pai tinha 55 anos quando faleceu devido a um infarto agudo do miocárdio. Entre os exames trazidos pelo paciente, encontramos o Colesterol total 242mg/dl, LDL 158 mg/dl, triglicérides 290 mg/dl, glicemia de jejum 145mg/dl. No exame físico, PA 150x90, FC 70, circunferência abdominal de 95 cm.

Sabemos que as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbimortalidade do mundo e que prevenir os fatores de risco é o ponto chave para a menor incidência de tais doenças.

Em relação ao caso clínico descrito anteriormente, quais os fatores de risco modificáveis encontrados no paciente para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular?

Quais as medidas não farmacológicas para o controle dos fatores de risco devem ser orientadas ao paciente durante a consulta? Explique.

RESPOSTA: Os fatores de risco modificáveis identificados no caso clínico são o sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, estresse, dislipidemia, resistência insulínica/glicemia de jejum alterada, hipertensão arterial, circunferência abdominal aumentada.

(não responder idade, sexo e história familiar, visto que são fatores de risco não modificáveis)**

As medidas não farmacológicas estão atreladas a um estilo de vida saudável no qual estaria incluso principalmente a **prática regular de atividade física, manutenção do peso** dentro da faixa de normalidade, a **alimentação saudável** e o desencorajamento de condutas não saudáveis, como o **tabagismo. (atentar-se para o quatro pontos principais)**

A atividade física diminui a mortalidade, a gravidade das doenças cardiovasculares e impede sua progressão, pois de forma indireta age na diminuição ou controle de diversos fatores de risco associados a desfechos cardiovasculares, como a diminuição da pressão arterial, menores níveis de glicemia, estimula a perda e a manutenção do peso, o que reflete diretamente na gordura visceral/circunferência abdominal, melhora o perfil lipídico, libera substâncias relacionadas ao bem estar, consequentemente diminuindo o estresse.

A alimentação saudável que garante o consumo de macro e micronutrientes é a base fundamental para a prevenção das doenças cardiovasculares. Abrange a ingestão de frutas, legumes e verduras que são ricos em vitaminas, fibras e sais minerais. Deve-se evitar gordura saturada, dando preferência à ingestão de gordura poli-insaturada ou monoinsaturada, pois essa prática reduz os níveis de LDL e triglicérides. Os hidratos de carbono também devem ser consumidos moderadamente, e muitas vezes substituídos por proteínas ou gorduras poli-insaturadas. A preferência pela proteína vegetal e não proteína animal também traz benefícios para prevenção cardiovascular. Além disso, a ingestão de sódio e potássio estão comprovadamente relacionadas ao controle da pressão arterial, sendo a ingesta reduzida de sódio e aumentada de potássio fatores que influenciam significativamente do controle da pressão arterial.

O tabagismo, tanto a prática ativa como também o fumo passivo, é responsável por inúmeras doenças e exerce papel de destaque nos eventos cardiovasculares, pois causa inflamação na parede das artérias, o que precipita a formação de placas de ateroma, ou seja, a doença aterosclerótica, e consequentemente aumenta a chance de doenças cardiovasculares.

CARGO: PSICÓLOGO JÚNIOR

QUESTÃO 01

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V, uma das características comuns dos transtornos depressivos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do

indivíduo. Pensando na sua prática profissional, relate sobre o que é transtorno depressivo, como se desenvolve, cite alguns subtipos e consequências, o impacto na vida do indivíduo e na vida dos que o rodeiam.

RESPOSTA: Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo (Del Pino, 2003). Entretanto, elas caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade. Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômenos biológicos (neurônios ou neuro-endócrinos) associados. As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno, e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (Murray; Lopez, 1996). A seguir, apresentam-se, em agrupamentos de sinais e sintomas segundo a área psicopatológica envolvida, os principais elementos das síndromes depressivas.

Sintomas Afetivos – Tristeza, sentimento de melancolia – Choro fácil e/ou frequente – Apatia (indiferença afetiva; “Tanto faz como tanto fez.”) – Sentimento de falta de sentimento (“É terrível: não consigo sentir mais nada!”) – Sentimento de tédio, de aborrecimento crônico – Irritabilidade aumentada (a ruídos, pessoas, vozes, etc.) – Angústia ou ansiedade – Desespero – Desesperança.

Alterações da Esfera Instintiva e Neurovegetativa – Anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida) – Fadiga, cansaço fácil e constante (sente o corpo pesado) – Desânimo, diminuição da vontade (hipobulia; “Não tenho pique para mais nada.”) – Insônia ou hipersomnia – Perda ou aumento do apetite – Constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor – Diminuição da libido (do desejo sexual) – Diminuição da resposta sexual (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia).

Alterações Ideativas – Ideação negativa, pessimismo em relação a tudo – Ideias de arrependimento e de culpa – Ruminações com mágoas antigas – Visão de mundo marcada pelo tédio (“A vida é vazia, sem sentido; nada vale a pena.”) – Ideias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre – Ideação, planos ou atos suicidas.

Alterações Cognitivas – Déficit de atenção e concentração – Déficit secundário de memória – Dificuldade de tomar decisões – Pseudodemência depressiva.

Alterações da Autoavaliação – Sentimento de autoestima diminuída – Sentimento de insuficiência, de incapacidade – Sentimento de vergonha e autodepreciação.

Alterações da Volição e da Psicomotricidade – Tendência a permanecer na cama por todo o dia (com o quarto escuro, recusando visitas, etc.) – Aumento na latência entre as perguntas e as respostas – Lentificação psicomotora até o estupor – Estupor hipertônico ou hipotônico – Diminuição da fala, redução da voz, fala muito lenta – Mutismo (negativismo verbal) – Negativismo (recusa à alimentação, à interação pessoal, etc.)

Sintomas Psicóticos – Ideias delirantes de conteúdo negativo: • Delírio de ruína ou miséria • Delírio de culpa • Delírio hipocondríaco e/ou de negação dos órgãos • Delírio de inexistência (de si e/ ou do mundo) – Alucinações, geralmente auditivas, com conteúdos depressivos – Ilusões auditivas ou visuais – Ideação paranoide e outros sintomas psicóticos humor-incongruentes.

Marcadores Biológicos (não são específicos) – Inversão cronobiológica (por exemplo, da arquitetura do sono, com diminuição da latência para o primeiro ciclo de sono REM) – Ausência de resposta ao teste de supressão do cortisol pela dexametasona – Em depressões graves: SPECT, PET – hipofrontalidade – Em depressões graves: ventrículos e sulcos alargados, redução do volume do hipocampo – Em adultos maduros ou idosos: sinais de alterações vasculares.

Perdas e Depressão: cabe aqui breve comentário sobre os diversos fatores causais e desencadeantes nas síndromes depressivas. Certamente fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos têm importante peso nos diversos quadros depressivos. Do ponto de vista psicológico, as síndromes depressivas têm uma relação fundamental com as experiências de perda (Hofer, 1996; Del Pino, 2003).

As síndromes e as reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas: de pessoa muito querida, emprego, moradia, status socioeconômico, ou de algo puramente simbólico.

Subtipos de Síndromes e Transtornos Depressivos: a ordenação da depressão em vários subtipos é um desafio psicopatológico permanente. Os subtipos de síndromes e transtornos depressivos mais utilizados na prática clínica são: 1. Episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente 2. Distímia 3. Depressão atípica 4. Depressão tipo melancólica ou endógena 5. Depressão psicótica 6. Estupor depressivo 7. Depressão agitada ou ansiosa 8. Depressão secundária ou orgânica.

Episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente: No episódio depressivo, evidentes sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, diminuição da concentração e da autoestima, ideias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite) devem estar presentes por pelo menos duas semanas, e não mais que por dois anos de forma ininterrupta. Os episódios duram geralmente entre 3 e 12 meses (com mediana de seis meses). É o escritor Otto Lara Resende quem descreve de forma muito

verossímil a experiência de vivenciar um episódio de depressão. Em uma carta a um amigo, ele diz: Cai naquela depressão que me assalta de vez em quando – por que, Santo Deus? Sei lá! Depressão neurastênica, vontade de ficar quieto, calado, macambúzio. Me custa até a simples locomoção doméstica. Para sair de casa, é como arrancar uma tonelada inerte e sem rodas ladeira acima [...] Quanto aos episódios depressivos, é conveniente ressaltar que: – O episódio depressivo é classificado pela CID-10 em leve, moderado ou grave, de acordo com o número, a intensidade e a importância clínica dos sintomas. – Quando o paciente apresenta, ao longo de sua vida, mais de um episódio depressivo, que nunca foram intercalados por episódios maníacos ou hipomaniacos, faz-se então o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente.

Distímia: Trata-se de uma depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura. Começa no início da vida adulta e persiste por vários anos. Os sintomas depressivos mais comuns são diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões ou se concentrar, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança. Os sintomas devem estar presentes de forma ininterrupta por, pelo menos, dois anos.

Depressão atípica: É um subtipo de depressão que pode ocorrer em episódios depressivos de intensidade leve a grave, em transtorno unipolar ou bipolar. Além dos sintomas depressivos gerais, ocorrem: – Aumento do apetite (principalmente para doces, chocolate) e/ou ganho de peso – Hipersônia (>10h/dia ou duas horas a mais que quando não-deprimido) – Sensação do corpo muito pesado (paralisia plúmbea ou inerte) – Sensibilidade exacerbada a “indicativos” de rejeição – Reatividade do humor aumentada (melhora rapidamente com eventos positivos e também piora rapidamente com eventos negativos) – Fobias e aspecto histriônico (afetação, teatralidade, sugestibilidade) associados.

Depressão tipo melancólica ou endógena: Trata-se de um subtipo de depressão na qual predominam os sintomas classicamente endógenos. Sinais e sintomas como lentificação psicomotora, anedonia, alterações do sono e do apetite, piora dos sintomas no período da manhã (melhora no período da tarde e da noite) e ideias de culpa devem fazer o clínico pensar em depressão tipo endógena ou melancólica (Del Porto, 2000). Esse tipo de depressão é de natureza mais neurobiológica, mais independente de fatores psicológicos. Seus sintomas típicos são: – Lentificação psicomotora, demora em responder às perguntas – Perda do apetite e de peso corporal – Alterações do sono, sobretudo se apresentar insônia terminal (indivíduo acorda de madrugada e não consegue mais dormir) – Anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida) – Depressão pior pela manhã, melhorando ao longo do dia – Hiporreatividade geral – Tristeza vital, “sentida no corpo” (qualitativamente diferente da tristeza normal) – Diminuição da latência do sono REM (inversão da arquitetura do sono) – Ideação de culpa.

Depressão psicótica: É uma depressão grave, na qual ocorrem, associados aos sintomas depressivos, um ou mais sintomas psicóticos, como delírio de ruína ou culpa, delírio hipocondríaco ou de negação de órgãos ou alucinações com conteúdos depressivos. Se os sintomas psicóticos são de conteúdo negativo, depressivo, são classificados como sintomas psicóticos humor-congruentes (de culpa, doença, morte, punição, etc.). Caso os sintomas psicóticos não sejam de conteúdo negativo, são denominados sintomas psicóticos humor-incongruentes (delírio de perseguição, de inserção de pensamentos, auto-referentes, etc.).

Estupor depressivo: É um estado depressivo grave, no qual o paciente permanece dias na cama ou sentado, em estado de catalepsia (imóvel; em geral rígido), com negativismo que se exprime pela ausência de respostas às solicitações ambientais, geralmente em estado de mutismo, recusando alimentação, muitas vezes urinando e defecando no leito. O paciente pode, nesse estado, desidratar e vir a falecer por complicações clínicas (pneumonia, insuficiência pré-renal, desequilíbrios hidroeletrólíticos).

Depressão agitada ou ansiosa: É a depressão com forte componente de ansiedade e inquietação psicomotora. O paciente queixa-se de angústia intensa associada aos sintomas depressivos; não para quieto; insone; irritado; anda de um lado para outro; desespera-se. Aqui, nos casos graves, há sério risco de suicídio.

Depressão secundária ou orgânica: É uma síndrome depressiva causada ou fortemente associada a uma doença ou um quadro clínico somático, seja ele primariamente cerebral ou sistêmico. Síndromes e doenças como hipo ou hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Parkinson e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) apresentam, com significativa frequência, quadro depressivo que faz parte da própria condição patológica. No caso dos AVCs, ocorre depressão após o episódio agudo, sendo que, de modo geral, AVCs no hemisfério esquerdo e mais próximos do pólo frontal desencadeiam mais frequentemente depressões secundárias (Cummings; Trimble, 1995).

CARGO: TÉCNICO DESPORTIVO JÚNIOR

QUESTÃO 01

Ao estruturar um programa de treino para uma equipe de esporte coletivo, o técnico deve considerar os princípios básicos do treinamento desportivo e a metodologia adequada para que o time possa apresentar desempenho satisfatório nas competições oficiais. Sendo assim, descreva de que forma você organizaria uma periodização de treino anual para uma equipe de alto rendimento. (o candidato pode escolher uma modalidade esportiva coletiva como referência. Ex.: basquetebol, voleibol, futsal, futebol, handebol).

RESPOSTA: A prova deve abordar:

- Definição de uma modalidade (importante definir sexo e faixa etária).
- Mencionar a importância de uma boa avaliação preliminar dos atletas (antropométrica, bioquímica, hemodinâmica, etc).
- Descrever com detalhes a periodização do treino.
- Citar autores clássicos da área de treinamento esportivo e fisiologia do exercício é fundamental.
- Comentários sobre a importância de um trabalho interdisciplinar também é importante.

CARGO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

QUESTÃO 01

O conceito de “conhecimento emprestado” refere-se à Estrutura Primária de Referência (EPR). Descreva a ligação entre as Estruturas Primárias de Referência e as Estruturas Aplicadas de Referência (EAR). Cite as três principais EPRs e discorra sobre uma delas.

RESPOSTA: Existem dois tipos de estruturas de referência: primária, que contém “conhecimento emprestado”, derivado de fontes externas à TO, e “aplicada”, como síntese e interpretação do conhecimento para o uso na TO. As EPR que interessam à TO são as que contém conhecimentos sobre o funcionamento humano na vida diária e propõem explicações sobre a disfunção. A terapia ocupacional é formada por teorias derivadas de muitas diferentes estruturas primárias de referência; no entanto, nem todas essas resultam em estruturas aplicadas de referência. As três importantes estruturas primárias são a fisiológica, a psicológica e a educacional. A EPR fisiológica proporcionou o surgimento de várias EAR, das quais, as mais importantes são a biomecânica, de neurodesenvolvimento e cognitiva perceptiva; As teorias psicanalíticas e psicoterapêuticas, para o tratamento de distúrbios de saúde mental e que têm sido adaptadas para o TO incluem cognitivo-comportamental, cognitiva, analítica e humanista baseada no cliente; Já as EAR, que se originam nas teorias de aprendizagem, são empregadas em clientes com disfunções físicas e/ou psicossociais e incluem comportamental, cognitiva, cognitivo perceptivo. Biomédica, abordagem das habilidades interativas e abordagem de aprendizagem baseada no estudante.