



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2021**

22/11/2020

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Fisioterapia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, consequentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynnham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. Rev. Nutr. 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cáries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cáries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentífricos.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cáries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014”. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de "passar necessidades". De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

FISIOTERAPIA

16

O principal músculo inspiratório é o diafragma. A seu respeito, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) É um septo músculo-fibrinoso, em forma de cúpula voltada cranialmente, que separa a cavidade torácica da abdominal.
- (B) Sua parte periférica consiste em uma delgada camada muscular que se origina nas costelas inferiores e na coluna dorsal e converge para se inserir no tendão central.
- (C) Quando o diafragma é paralisado, ele se move para baixo, ao invés de ascender durante a inspiração.
- (D) Quando o diafragma se contrai, o conteúdo abdominal é forçado para baixo e para frente, aumentando, por conseguinte, o diâmetro cefalocaudal do tórax.
- (E) Na respiração de repouso, o nível do diafragma se move cerca de 1 cm. Na inspiração e expiração forçadas, a excursão total pode ser maior que 10 cm.

17

Em pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) com hiperinsuflação pulmonar, **NÃO** é possível observar na inspeção:

- (A) Na posição ereta, o paciente respira superficial e rapidamente em resposta ao aumento do estímulo central.
- (B) Fala frases curtas e interrompidas por inspirações frequentes e utiliza os músculos acessórios da respiração.
- (C) Ao assumir a posição supina, a gravidade atua no conteúdo abdominal, a parede abdominal anterior torna-se flácida, e o movimento torácico torna-se mais proeminente na inspiração.
- (D) Na posição supina na expiração, a contração dos músculos abdominais oblíquos, a perda da zona de aposição e a ineficiência da contração do diafragma contribuem para o aparecimento do “sinal de Hoover”, com a margem costal lateral movendo-se para dentro.
- (E) Na posição ereta, o movimento do tórax é proeminente, e os músculos abdominais contraem-se na inspiração, tentando compensar a fadiga ou a ineficiência do diafragma em gerar força e deslocamento.

18

Sobre relação entre ventilação e perfusão, é correto afirmar:

- (A) O *shunt* pode ser definido como a quantidade de sangue que passa para o lado venoso sem passar através de áreas ventiladas do pulmão.
- (B) O ar presente na árvore traqueobrônquica participa da troca gasosa e esta parte do volume pulmonar é denominada de espaço morto anatômico.
- (C) Alvéolos ventilados, mas perfundidos, não participam das trocas gasosas e são chamados de espaço morto alveolar.
- (D) Como o gás do espaço morto alveolar é difícil de ser coletado sem contaminação pelo espaço morto anatômico, mede-se o O₂ expirado da mistura.
- (E) O volume de CO₂ expirado é útil para calcular o espaço morto fisiológico (soma do espaço morto anatômico e alveolar), que reflete anormalidades devido à elevação da relação ventilação perfusão.

19

Sobre a funcionalidade e o processo de envelhecimento, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) O processo de envelhecimento acarreta uma série de mudanças, tanto morfológicas como funcionais. Tais mudanças aumentam a capacidade individual para enfrentar a demanda necessária para a manutenção de uma vida saudável.
- (B) A funcionalidade relacionada ao envelhecimento bem-sucedido está associada a maiores níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, maior senso de autoeficácia e controle pessoal, maior rede de relações sociais, melhor saúde e independência física e mental, e a um envolvimento mais ativo com a vida, a despeito da presença de doenças crônicas.
- (C) A funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas.
- (D) A incapacidade denota os aspectos negativos dessa interação das disfunções nos sistemas orgânicos, seja nos aspectos fisiológicos ou morfológicos, seja na limitação das atividades, podendo resultar na restrição da participação.
- (E) A capacidade funcional é a habilidade de executar atividades cotidianas em um padrão considerado como normal de acordo com comportamento socialmente construídos.

20

Como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. A esse respeito, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST.
- (B) O campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui apenas a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador individual como sujeito de um processo de mudanças.
- (C) Neste campo, busca-se o agir integral, tendo o conceito de vigilância em saúde como eixo orientador dessa prática, abrangendo três níveis de atuação: as causas ou os determinantes; os riscos ou a exposição e os danos ou as consequências.
- (D) Conquista social garantida na Constituição Federal de 1988 e consolidada pela Lei no 8.080/90, tais ações devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo consideradas também como competências do SUS.
- (E) Cabe ao Ministério da Saúde fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional.

21

Maria, 75 anos, encontra-se em uma faixa etária suscetível à síndrome de fragilidade. Nesse caso, é correto afirmar:

- (A) A síndrome de fragilidade aumenta com o envelhecimento a uma taxa de 1% a 5% acima de 60 anos e 6% acima dos 85 anos de idade.
- (B) Geriatrias e gerontólogos utilizam o termo fragilidade para caracterizar os idosos mais debilitados e menos vulneráveis.
- (C) A síndrome de fragilidade é de natureza multifatorial, com aumento das reservas de energia e resistência reduzida aos estressores.
- (D) Múltiplas condições podem iniciar ou acelerar a sua manifestação: doenças físicas e mentais, comorbidades, inatividade física, medicamentos e outros.
- (E) Uma das manifestações clínicas mais observadas nessa síndrome inclui o ganho de peso, que reflete na perda de massa e força muscular, causando fadiga e o descondicionamento cardiorrespiratório.

22

Considerando que a concepção de equipe está vinculada ao conceito de processo de trabalho e se sujeita às transformações ao longo do tempo, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Na área da saúde, muito embora em alguns casos a ação terapêutica possa se efetivar através de um único tipo de intervenção, o trabalho em equipe contribui para a consolidação do tratamento como um todo.
- (B) A ausência da perspectiva em equipe converte qualquer ação terapêutica em uma prática fragmentada e, portanto, limitada.
- (C) A organização em equipe pode se dar por meio de reuniões periódicas, através do estabelecimento de um regulamento interno em que constem normas básicas de atuação.
- (D) A composição da equipe é determinada pelo número de profissionais que a compõem, mas não pela necessidade de cada programa.
- (E) É importante que haja uma coordenação de equipe, organização interna, facilitando ainda suas relações externas.

23

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações nos sistemas musculoesquelético e osteomioarticular. Sobre esse processo, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Pode acarretar declínios e comprometimento da função articular e muscular.
- (B) Pode acarretar diminuição do equilíbrio, alterações da marcha e limitação funcional.
- (C) Dentre as doenças osteoarticulares mais prevalentes no idoso, a osteoporose, a artrite reumatoide e a osteoartrite são as que apresentam causas frequentes de distúrbios de equilíbrio e instalação de incapacidades.
- (D) A doença osteoarticular crônica mais prevalente na população idosa, descrita na literatura, é a osteoartrite.
- (E) A incidência e a prevalência da osteoartrite estão diretamente relacionadas à idade, acomete entre 3% e 7% dos idosos acima de 65 anos, sendo de maior incidência, prevalência e gravidade nos homens em comparação com as mulheres.

24

Pneumonias são consideradas hospitalares quando os sintomas se originam até 48 horas após a internação, ou quando associadas a ventilação mecânica, com manifestações nesse mesmo período de tempo. São consideradas medidas profiláticas que devem ser tomadas para evitar pneumonias:

- (A) Vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos, cessação de tabagismo, tratamento de doenças que propiciem a microaspiração ou aspiração de conteúdo gástrico, cessação de alcoolismo e alimentação adequada, evitando translocação bacteriana.
- (B) Vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos, manutenção de tabagismo, tratamento de doenças que propiciem a microaspiração ou aspiração de conteúdo gástrico, cessação de alcoolismo e alimentação adequada, evitando translocação bacteriana.
- (C) Vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos, cessação de tabagismo, não tratamento de doenças que propiciem a microaspiração ou aspiração de conteúdo gástrico, cessação de alcoolismo e alimentação adequada, evitando translocação bacteriana.
- (D) Somente vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos e tratamento de doenças que propiciem a microaspiração ou aspiração de conteúdo gástrico.
- (E) Somente vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos, cessação de alcoolismo e alimentação adequada, evitando translocação bacteriana.

25

Bruna, 75 anos, tem o diagnóstico de insuficiência respiratória aguda (IRpA) e precisa de uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). São características presentes na avaliação desta paciente:

- (A) O acentuado fechamento das zonas dependentes do pulmão, associado a alterações da relação ventilação-perfusão, leva à diminuição do gradiente alveoloarterial de oxigênio e resulta no aumento da pressão arterial de oxigênio (PaO₂).
- (B) O declínio da função muscular pode causar redução na força, incluindo a dos músculos diafragma e acessórios da respiração, o que predispõe os indivíduos à fadiga quando o trabalho respiratório é diminuído pela doença.
- (C) Mudanças na mecânica respiratória, como diminuição da complacência pulmonar e diminuição da complacência da caixa torácica, resultam no aumento da complacência total do sistema respiratório, levando ao aumento do trabalho respiratório.
- (D) Há redução da eficácia da tosse e do *clearance* mucociliar, o que predispõe a paciente à pneumonia.
- (E) O aumento da resposta do centro respiratório à hipoxemia e hipercapnia é importante mudança no controle central da respiração, fazendo com que seja vulnerável aos efeitos da sedação.

26

A obtenção de uma boa flexibilidade, através da realização de exercícios de alongamento muscular, é frequentemente um objetivo terapêutico no tratamento da Fisioterapia. Sobre a técnica de alongamento estático, é correto afirmar:

- (A) Usa-se o balanço rítmico e rápido de um segmento corporal para alongar vigorosamente um músculo.
- (B) Uma força relativamente constante é aplicada, vagarosa e gradualmente, até um ponto tolerado pelo paciente, de forma a evitar o reflexo de estiramento, e mantida por um curto período de tempo.
- (C) Ocorre uma estimulação dos proprioceptores musculares, usando o princípio da inibição recíproca e causando uma resposta neuromuscular.
- (D) O paciente mantém uma contração isométrica do músculo a ser alongado, que é superada por uma força externa.
- (E) Ocorre o alongamento de vários músculos simultaneamente, é organizado em cadeias e parte do pressuposto de que um músculo encurtado cria compensações em músculos próximos ou distantes.

27

Atualmente com 5 anos, Claudia sofreu uma hipóxia ao nascer, no momento do parto, evoluindo com quadro de hemiparesia espástica à direita e GMFCS II. Esse quadro decorreu de lesão no trato corticoespinhal, que causou hipertonia

- (A) plástica, devido ao aumento da excitabilidade do motoneurônio gama.
- (B) elástica, devido ao aumento da excitabilidade do motoneurônio alfa.
- (C) plástica, devido ao aumento da excitabilidade do motoneurônio alfa.
- (D) elástica, devido à diminuição da excitabilidade do motoneurônio alfa.
- (E) plástica, devido à diminuição da excitabilidade do motoneurônio gama.

28

Luís Eugênio, 62 anos, sofreu um acidente vascular cerebral há 6 meses, evoluindo com hemiparesia à esquerda. Ele utiliza órtese articulada tornozelo/pé para controlar a hipertonia na musculatura extensora do tornozelo. Essa órtese atua durante a estratégia de tornozelo para auxiliar no controle postural,

- (A) ativando a sinergia muscular na direção proximal para distal.
- (B) reduzindo a resposta do gastrocnêmio.
- (C) ativando a musculatura extensora do joelho e tronco.
- (D) ativando a sinergia muscular na direção distal para proximal.
- (E) diminuindo a resposta da musculatura flexora do joelho e tronco.

29

Ao realizar a avaliação do tônus muscular, de um paciente com doença de Parkinson, o fisioterapeuta identificou hipertonia plástica na musculatura flexora de cotovelo, punho e dedos bilateralmente. O procedimento de avaliação para identificar a alteração do tônus é a mobilização

- (A) passiva no sentido da extensão do cotovelo, punho e dedos, e a resistência encontrada cede à movimentação e não varia com a velocidade.
- (B) passiva no sentido da flexão do cotovelo, punho e dedos, e a resistência encontrada cede à movimentação e varia com a velocidade.
- (C) ativa no sentido da extensão do cotovelo, punho e dedos, e a resistência encontrada cede à movimentação e varia com a velocidade.
- (D) ativa no sentido da extensão do cotovelo, punho e dedos, e a resistência encontrada não cede à movimentação e não varia com a velocidade.
- (E) passiva no sentido da extensão do cotovelo, punho e dedos, e a resistência encontrada cede à movimentação e varia com a velocidade.

30

A articulação do ombro é um complexo articular formado por articulações anatômicas e funcionais, e sua estabilidade coordena a ação da musculatura subescapular, infraespinhal, supraespinhal, redondo menor e cabeça longa do bíceps braquial (estabilizadores dinâmicos) e estabilizadores estáticos. A ação do redondo menor, infraespinhal e subescapular, respectivamente, é rotação

- (A) medial, medial e lateral.
- (B) lateral, lateral e lateral.
- (C) medial, lateral e medial.
- (D) lateral, medial e medial.
- (E) lateral, lateral e medial.

31

Eugênia, 65 anos, encontra-se na unidade de terapia intensiva, pois foi diagnosticada com choque séptico. Seu débito cardíaco está aumentado com hipoperfusão de diferentes tecidos e diminuição da capacidade de extração de oxigênio. Essa condição foi detectada pela medida de concentração arterial de

- (A) sódio.
- (B) potássio.
- (C) lactato.
- (D) oxigênio.
- (E) gás carbônico.

32

Paciente, 55 anos de idade, com 1 ano e 6 meses de diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), trabalha como analista de sistema em uma empresa do ramo de informática, em período integral. Tem o hábito de digitar apenas com o indicador e dedo médio bilateralmente. Realiza a marcha com dificuldade, travando cada joelho durante a sustentação de carga e empurrando com a mão para fazer a extensão. No último mês, apresentou um cansaço crescente ao caminhar até o refeitório e, na última semana, deixou a bandeja cair, o que o deixou muito constrangido. Após o ocorrido, optou por almoçar em sua sala, mas relatou à equipe de reabilitação que sente falta da socialização com os colegas. A equipe de reabilitação que o assiste indicou o seguinte equipamento auxiliar para a locomoção no ambiente de trabalho:

- (A) Andador fixo com rodas e assento de modo que mantenha sua independência e autonomia.
- (B) Cadeira de rodas motorizada de modo que mantenha sua independência e autonomia.
- (C) Cadeira de rodas manual de modo que mantenha sua independência e autonomia.
- (D) Andador articulado de modo que mantenha sua independência e autonomia.
- (E) Andador fixo sem rodas e assento de modo que mantenha sua independência e autonomia.

33

O circuito do reflexo de estiramento encontra-se na medula espinhal. Esse circuito pode ser ativado pela mudança do comprimento muscular no sentido do alongamento e pela contração das fibras intrafusais. A via aferente desse circuito consiste na ativação da fibra

- (A) II que se conecta diretamente ao motoneurônio alfa do músculo que foi alongado.
- (B) Ib que se conecta indiretamente ao motoneurônio gama do músculo que foi alongado.
- (C) Ia que se conecta indiretamente ao motoneurônio gama do músculo que foi alongado.
- (D) Ia que se conecta diretamente ao motoneurônio alfa do músculo que foi alongado.
- (E) II que se conecta indiretamente ao motoneurônio alfa do músculo que foi alongado.

34

A reabilitação cardiovascular, após infarto do miocárdio, inicia-se durante a internação. Nessa etapa da reabilitação, exercícios respiratórios e motores são essenciais e devem ser realizados com frequência diária e duração da sessão de

- (A) 1 a 2 vezes, por 5 minutos.
- (B) 1 a 3 vezes, de 5 a 15 minutos.
- (C) 2 a 3 vezes, de 8 a 10 minutos.
- (D) 2 a 3 vezes, por 5 minutos.
- (E) 2 a 4 vezes, de 10 a 20 minutos.

35

Um dos componentes da caixa torácica é o mediastino que se divide em superior, anterior, médio e posterior. O mediastino médio contém as seguintes estruturas:

- (A) Esôfago, plexo esofágico, aorta torácica e seus ramos, sistemas venosos ázigos e hemiázigos, ducto torácico, tronco simpático, nervos esplâncnicos torácicos.
- (B) Parte do timo, tecidos conjuntivo e adiposo, gânglios linfáticos, ramos dos vasos torácicos internos, ligamentos esternopericárdicos.
- (C) Pericárdio, coração, tronco pulmonar, aorta ascendente, veias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, bifurcação traqueal, brônquios principais.
- (D) Timo, traqueia, esôfago, arco aórtico, tronco braquiocefálico, artéria carótida comum esquerda, artéria subclávia esquerda, artérias torácicas internas, veia cava superior, veia intercostal superior esquerda, veias braquiocefálicas, nervos frênicos, nervos vagos, nervo laríngeo-recorrente esquerdo, ducto torácico, gânglios e vasos linfático.
- (E) Pericárdio, coração, tecidos conjuntivo e adiposo, gânglios linfáticos, ramos dos vasos torácicos internos, ligamentos esternopericárdicos.

36

O sistema nervoso central tem uma organização somatotópica nos seus diferentes níveis de hierarquia. A medula espinhal, em seu corno anterior, apresenta seus motoneurônios organizados de acordo com o papel que estes exercem na musculatura. Os motoneurônios localizados medialmente no corno anterior da medula são eferentes da musculatura

- (A) proximal dos segmentos e estão mais relacionados com a estabilidade.
- (B) distal dos segmentos e estão mais relacionados com a estabilidade.
- (C) proximal dos segmentos e estão mais relacionados com a mobilidade.
- (D) distal dos segmentos e estão mais relacionados com a mobilidade.
- (E) distal dos segmentos e estão envolvidos na estabilidade e mobilidade.

37

Lucas, um ciclista que aprecia fazer ciclo viagem, foi diagnosticado com hérnia de disco há 5 anos, mas isso não o fez parar de andar de bicicleta. No último mês, realizou uma viagem de bicicleta em que percorreu 2000 km em 20 dias. Ao retornar da viagem, Lucas retornou às suas sessões de fisioterapia visando à reeducação do movimento do tronco. Para tanto, é necessário controlar a

- (A) co-contracção entre a musculatura abdominal e extensores da coluna, mantendo a pelve inclinada anteriormente.
- (B) musculatura abdominal e extensores da coluna, mantendo a pelve inclinada posteriormente.
- (C) co-contracção entre a musculatura abdominal e extensores da coluna, mantendo a pelve em qualquer posição.
- (D) musculatura abdominal e manter a co-contracção da musculatura abdominal e extensores da coluna com a pelve em posição neutra.
- (E) musculatura extensora da coluna e manter a co-contracção da musculatura abdominal e extensores da coluna com a pelve em qualquer posição.

38

De acordo com o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013 – D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013), é correto afirmar que o fisioterapeuta

- (A) pode dar consulta ou prescrever tratamento fisioterapêutico de forma não presencial, em qualquer situação.
- (B) não zela para que o prontuário do cliente/paciente/usuário permaneça fora do alcance de estranhos à equipe de saúde da instituição, salvo quando outra conduta seja expressamente recomendada pela direção da instituição e que tenha amparo legal.
- (C) deve realizar a atualização cadastral que deve ocorrer minimamente a cada ano, respeitadas as regras específicas quanto ao cadastramento nacional.
- (D) não se responsabiliza pela elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, por instituir e aplicar o plano de tratamento e conceder alta para o cliente/paciente/usuário, ou, quando julgar necessário, encaminhar o mesmo a outro profissional.
- (E) zela pela provisão e manutenção de adequada assistência ao seu cliente/paciente/usuário, amparados em métodos e técnicas reconhecidos ou regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

39

Uma criança com paralisia cerebral que apresenta movimentos atípicos mais evidentes quando inicia o movimento voluntário, produzindo movimentos e posturas atípicas e apresentando variação do tônus muscular e lesão nos núcleos da base, pode ser classificada, em relação ao tônus e área de lesão, como

- (A) atáxica.
- (B) discinética.
- (C) espástica.
- (D) mista.
- (E) hipotônica.

40

O desenvolvimento da marcha em crianças é sequencial e divide-se em 3 estágios: inicial, elementar e maduro. Relacione a coluna 1 (estágios do desenvolvimento) e a coluna 2 (elementos de cada estágio):

Coluna 1

- I- Estágio inicial
- II- Estágio elementar
- III- Estágio maduro

Coluna 2

- 1- Contato com pé plano
- 2- Aumento do comprimento do passo
- 3- Braços ao longo do corpo com balanço
- 4- Inclinação pélvica aumentada
- 5- Elevação vertical mínima
- 6- Balanço reflexivo do braço

- (A) I- 1; II- 3, 4; III- 2, 5, 6.
- (B) I- 1; II- 2, 4; III- 3, 5, 6.
- (C) I- 1; II- 2, 3, 4; III- 5, 6.
- (D) I- 1; II- 4, 6; III- 2, 3, 5.
- (E) I- 1; II- 5, 6; III- 2, 3, 4.

ESTUDO DE CASO

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

Paciente do sexo masculino, de 70 anos, com história de dor nos joelhos (bilateral). Tem o diagnóstico clínico de osteoartrite (OA) bilateral nos dois joelhos. Foi indicada uma artroscopia no joelho direito. O paciente apresenta os seguintes antecedentes pessoais: sedentarismo e obesidade. O paciente é tabagista e também apresenta uma limitação funcional importante na marcha. Após a artroscopia, o paciente foi encaminhado e orientado para a Fisioterapia. Realizará uma avaliação fisioterapêutica e uma proposta de intervenção.

01

Para que se estabeleça um plano de cuidados fisioterapêuticos abrangente e que contemple todos os requisitos funcionais do indivíduo com doença osteoarticular, é mandatório que se avaliem todos os aspectos inerentes à articulação acometida. Descreva brevemente os itens a serem avaliados e os principais instrumentos de avaliação.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

02

Em relação à doença osteoartrite, quais são suas características fisiopatológicas e quais os principais sinais e sintomas?

03

Em relação à marcha do paciente, responda às questões a seguir:

- a) Os fatores primários e secundários ao envelhecimento influenciam as mudanças nas características dos padrões de marcha na população idosa, os quais são fundamentais quando se avalia a marcha e se planejam as intervenções. Indique quais são os fatores primários e secundários do paciente.
- b) Quais são os fatores que influenciam as mudanças características dos padrões de marcha no idoso?
- c) Ao avaliar os padrões de marcha de idosos, deve-se considerar os mecanismos subjacentes contribuintes para tais mudanças e identificar, dentre os fatores contribuintes, aqueles relacionados à patologia versus aqueles relacionados ao envelhecimento propriamente dito. Nesse sentido, quais são as modificações nos fatores temporais e de distância que ocorrem na marcha do idoso?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

