



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 2022**

31/10/2021

**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 DE 01 A 03

*Descrito há pouco mais de um século, o Alzheimer apaga a memória e reduz a capacidade de planejar e realizar as tarefas do dia a dia. Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença. Muito antes, ela pode se manifestar de modo dissimulado, fazendo-se confundir com problemas como a depressão, a ansiedade ou alterações súbitas no padrão de sono e apetite.*

*Sabe-se que esses distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nas pessoas que desenvolvem Alzheimer do que na população idosa saudável. Parte dos especialistas defende, com base em estudos populacionais, que a depressão e a ansiedade surgiriam primeiro, em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento, e, se não tratadas, aumentariam o risco de Alzheimer. Contudo, surgem evidências de que, ao menos em parte dos casos, o oposto pode acontecer: as manifestações psiquiátricas seriam consequência dos danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer.*

*Em um trabalho conduzido pela neuropatologista brasileira Lea Tenenholz Grinberg, observou-se que, após surgirem as primeiras lesões neurológicas do Alzheimer, o risco de problemas psiquiátricos aumenta. “Esses resultados indicam que, em parte desses casos, a doença de Alzheimer já está instalada em áreas que modulam a atividade cerebral quando as primeiras manifestações psiquiátricas surgem”, afirma Lea.*

*Os novos achados podem representar dois avanços para a pesquisa e o tratamento do Alzheimer. O primeiro é que a identificação precoce de sinais psiquiátricos pode auxiliar no teste de novos medicamentos. Além disso, a manifestação psiquiátrica do Alzheimer talvez torne possível iniciar mais cedo o uso de medicações já disponíveis.*

*“Uma importância do estudo coordenado por Lea é mostrar que a depressão no idoso pode não ser de origem primária, causada por fatores sociais ou ambientais, mas resultado de degeneração de regiões cerebrais”, afirma a psiquiatra Paula Villela Nunes, professora da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Isso não significa que seria mais fácil tratar essas pessoas. Especializada em psiquiatria geriátrica e pesquisadora do Instituto de Psiquiatria (IPq) da USP, Paula suspeita que a depressão decorrente do Alzheimer responda pior aos antidepressivos por causa das lesões degenerativas no cérebro. “Tratar esses casos de depressão talvez seja tão desafiador quanto tratar as demências”, diz Paula.*

*Dezenas de compostos já foram testados para tentar deter ou retardar o Alzheimer. Atualmente, os especialistas apostam que a saída é buscar formas de identificar as lesões no início ou antes de começarem e usar compostos que evitem os danos antes de surgirem os sinais clínicos da doença.*

*Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer. Os compostos usados para retardar a perda de memória agem sobre o neurotransmissor acetilcolina, aumentando a atenção. Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos. Além disso, a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais. A Organização Mundial da Saúde calcula que existam quase 50 milhões de pessoas com demência no mundo, de 60% a 80% dos casos provocados por Alzheimer. Esse número deve triplicar até 2050.*

Ricardo Zorretto. **Revista Fapesp**. Edição 273, nov. 2018. Adaptado.

## 01

O objetivo principal do artigo é apresentar evidências de que

- (A) alterações no padrão de sono e apetite relacionadas ao Alzheimer acometem com mais frequência pessoas que já apresentavam histórico de depressão e ansiedade.
- (B) testes promissores de novos medicamentos contra o Alzheimer, elaborados a partir de ensaios clínicos em pessoas em estágio avançado da doença, estão em curso.
- (C) idosos com predisposição à depressão devido a fatores ambientais e psicológicos têm maior probabilidade de desenvolver o Alzheimer.
- (D) problemas psiquiátricos podem ser indícios de que os danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer já estão instalados.
- (E) medicamentos já usados no tratamento das demências podem ajudar a tratar a depressão associada ao Alzheimer.

## 02

Depreende-se corretamente do texto que o autor

- (A) expõe uma contradição a respeito do diagnóstico do Alzheimer em “Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença” (1º parágrafo).
- (B) assinala uma condição para o aumento do risco do desenvolvimento do Alzheimer em “em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento” (2º parágrafo).
- (C) ressalta que a doença deve triplicar até 2050 para corroborar o argumento exposto em “Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer” (7º parágrafo).
- (D) introduz um argumento que ratifica a afirmação imediatamente anterior em “Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos” (7º parágrafo).
- (E) estabelece noção de causa e consequência, respectivamente, em “a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais” (7º parágrafo).

## 03

A afirmação de que o Alzheimer “pode se manifestar de modo dissimulado” (1º parágrafo) significa, no contexto, que os sintomas da doença podem

- (A) fazê-la progredir de modo desfavorável quando não tratados.
- (B) variar bastante de um paciente para outro.
- (C) ser erroneamente associados aos de outras condições.
- (D) deixar de responder a determinados medicamentos.
- (E) apresentar maior gravidade em determinado grupo etário.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 04 A 06

*Dentro do campo mais amplo da Psicologia, os analistas do comportamento adotam um conjunto de pressupostos e orientações presentes em uma proposta epistemológica específica, denominada behaviorismo radical. Essa proposta foi inicialmente apresentada pelo psicólogo estadunidense B. F. Skinner (1904-1990).*

*A fundamentação no behaviorismo radical faz com que os analistas do comportamento compartilhem formas específicas de caracterizar e pesquisar os fenômenos psicológicos e também de intervir sobre eles. Na análise do comportamento, há uma ligação estreita entre essas atividades – caracterizar, pesquisar e intervir.*

*Em certa ocasião, Skinner afirmou que o comportamento humano é “possivelmente o mais difícil objeto já submetido à análise científica”. A forma como os analistas do comportamento caracterizam e estudam seu objeto produz um conjunto singular de conhecimentos, que permite intervir de maneiras efetivas sobre o comportamento de pessoas e grupos em seu cotidiano.*

*As intervenções realizadas pela análise do comportamento derivam diretamente dos conhecimentos científicos produzidos pelos analistas do comportamento dedicados à pesquisa. Isso dá aos analistas do comportamento a confiança de que suas intervenções têm fundamentação científica sólida.*

*Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos, suas evidências empíricas e métodos utilizados para produzi-las. Auxiliar as pessoas a mudar comportamentos demanda quantidade considerável de conhecimento, tempo e trabalho. Esse é um campo em que é fácil encontrar pessoas sem preparo profissional adequado vendendo soluções mágicas por meio de teorias vagas. Basta pensar nas tantas promessas de que é possível “mudar sua vida” praticando certos rituais ou comprando certos produtos. No campo mais amplo dos estudos do comportamento, a aplicação de métodos científicos constitui a exceção, não a regra. A disciplina Análise do comportamento faz parte da exceção.*

*O objetivo primordial do analista do comportamento é descobrir por que uma pessoa, ou grupo de pessoas, faz o que faz, da maneira como faz. Analisar o comportamento é identificar relações funcionais entre aspectos do ambiente e aspectos do comportamento das pessoas. Essa identificação não é baseada apenas no que o analista do comportamento “acha” que pode afetar o comportamento. As relações funcionais precisam ser descritas empiricamente, por meio de métodos experimentais que permitam verificar com clareza os efeitos de variáveis ambientais sobre o comportamento do indivíduo (Cooper et al., 2007; Johnston; Pennypacker, 2009; Sidman, 1960).*

Alexandre Dittrich. Bruno Angelo Strapasson. In: Sella, Ana Carolina; Ribeiro, Daniela Mendonça (Org.). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. Curitiba: Appris, 2018. Capítulo 4. “Bases Filosóficas da Análise do Comportamento Aplicada”, edição digital. Adaptado.

## 04

Segundo o texto, o analista do comportamento

- (A) lida com um campo de estudos subjetivo, cujo maior desafio é testar na prática suas propostas de intervenção comportamental.
- (B) dedica-se ao funcionamento das relações sociais, com o intuito primordial de descrevê-las.
- (C) desvenda aspectos da personalidade de determinado indivíduo, oferecendo-lhe a possibilidade de autocohecimento.
- (D) atua com o intuito de influir sobre o comportamento de indivíduos ou grupos, a partir do trabalho de caracterização e pesquisa.
- (E) investiga o impacto do meio social nas atitudes de indivíduos e grupos, com o objetivo de propor soluções cabíveis a determinada sociedade.

## 05

O termo sublinhado em “Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos” (5º parágrafo) introduz uma

- (A) concessão.
- (B) comparação.
- (C) condição.
- (D) oposição.
- (E) conclusão.

## 06

A afirmação de que a Análise do comportamento “faz parte da exceção” (5º parágrafo) baseia-se na premissa de que essa disciplina

- (A) atua sobre o comportamento a partir de fundamentos científicos.
- (B) identifica influências do ambiente sobre o indivíduo.
- (C) revela as estruturas inconscientes responsáveis pelo comportamento.
- (D) desvenda processos mentais responsáveis por determinado comportamento.
- (E) propõe-se a investigar problemas comportamentais que sejam prejudiciais ao conjunto da sociedade.

07

Observe o cartaz a seguir:



Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-hanseníase/>.

A campanha veiculada no cartaz alerta sobre

- (A) as principais formas de transmissão da hanseníase.
- (B) o preconceito contra o paciente acometido pela hanseníase.
- (C) os efeitos da falta de adesão ao tratamento da hanseníase.
- (D) a importância da adesão aos métodos de prevenção da hanseníase.
- (E) a necessidade de controlar a propagação da hanseníase.

## CONHECIMENTOS GERAIS

08

Conforme o Decreto 7.508 de 2011, é correto afirmar que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa

- (A) na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (B) na provisão de cuidados de saúde em serviços públicos e privados, conforme a pactuação consensual entre os entes federativos.
- (C) na conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta.
- (D) no acesso universal e igualitário nos diferentes serviços de saúde ordenados pela atenção primária, dentro de uma Rede de Atenção à Saúde.

- (E) na oferta de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de oferecer assistência à saúde.

09

De acordo com a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o trabalho é uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. De acordo com essa Portaria, em que reside o trabalho vivo?

- (A) Nas relações estabelecidas no ato de cuidar que são os vínculos, a escuta, a comunicação e a responsabilização pelo cuidado integral em saúde.
- (B) Nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar; é o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização do cuidado.
- (C) Na superação do cuidado fragmentado que se fundamenta das ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionado a partir da oferta.
- (D) Na valorização do espaço de trabalho em saúde dos profissionais comprometidos em realizar a clínica ampliada, comprometendo-se com o cuidado integral.
- (E) Na ampliação do objeto de trabalho em saúde, compreendendo os problemas de saúde, ou seja, entendendo as situações de risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

10

Os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch iniciaram uma nova fase na evolução da ciência na área da saúde: a descoberta e o estudo dos microrganismos. A partir dessas descobertas, podemos atribuir uma mudança de foco dos profissionais que

- (A) se preocupam mais com as doenças e seu estudo do que com o doente e a consequência das doenças para o doente.
- (B) não consideram a pessoa humana em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social ou moral e espiritual.
- (C) perdem o entendimento de que o paciente é uma pessoa única e que deve ser considerado em sua totalidade.
- (D) defendem que o conceito de autonomia ficou enfraquecido, pois só os mais fortes conseguirão expressar e exercer a sua liberdade.
- (E) entendem que a busca da supressão da dor e a extensão do prazer se tornou o único referencial para todas as ações.

## 11

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), é correto afirmar que Clínica Ampliada consiste em

- (A) Ajudar o sujeito em seu problema de saúde, realizando o diagnóstico de maneira ética, solicitando exame complementar para se comprovar determinada doença, prescrevendo remédio e terapias alternativas.
- (B) Ter um compromisso radical em realizar o diagnóstico da doença do sujeito, reconhecer seus limites e possibilidades para adquirir os medicamentos prescritos, trabalhando com as restrições de suas possibilidades.
- (C) Perguntar e ouvir do sujeito o que ele entendeu sobre o diagnóstico realizado de modo que possa seguir as orientações oferecidas a fim de obter êxito no tratamento.
- (D) Assumir responsabilidade sobre o usuário do serviço com um compromisso ético profundo, considerando a singularidade do sujeito, e buscar ajuda em outros setores, a que se dá o nome de intersectorialidade.
- (E) Orientar os sujeitos a entender seus problemas de saúde e, de uma maneira ética, buscar ajuda de outros setores para realizar o diagnóstico e exames de acordo com as possibilidades do sujeito.

## 12

O trabalho em saúde com a Clínica Ampliada “pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço.” Essa metáfora demonstra:

- (A) A qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores em escutar o sujeito e produzir vínculos e afetos sem os quais não se produz o trabalho ancorado na Clínica Ampliada.
- (B) A qualidade da atenção e a satisfação do trabalhador no diálogo com a gestão, a fim de que o gestor possa ser seu representante entre os profissionais do serviço.
- (C) A equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população, com uma gestão de referência facilitando o vínculo específico entre um grupo de profissionais.
- (D) Trabalho cooperativo, com certa divisão de trabalho na atenção à saúde dos usuários, e gestor mediando o diálogo entre os trabalhadores e os demais serviços, possibilitando a integração do cuidado.
- (E) A interdependência do trabalho em saúde é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços.

## 13

As reformas previstas e defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, estavam na contramão naquele período porque

- (A) a concepção política e ideológica do movimento defendia a saúde como uma questão exclusivamente social.
- (B) havia estabilidade econômica com a retração dos movimentos sociais, pois os trabalhadores ganhavam poder de compra.
- (C) permitiram que maior número de atores participasse do processo de tomada de decisão e implementação da política de saúde.
- (D) recebeu apoio do presidente da República que não seguia a agenda neoliberal e se comprometeu com a reforma sanitária.
- (E) as reformas difundidas naquela época no resto do mundo questionavam a manutenção do estado de bem-estar social.

## 14

Ancorado em um quadro teórico, Peduzzi (2001) construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe. Assinale a alternativa que caracteriza a tipologia da Equipe Integração:

- (A) Justaposição das ações; agrupamento dos agentes.
- (B) Articulação das ações; agrupamento dos agentes.
- (C) Justaposição das ações; interação dos agentes.
- (D) Articulação das ações; interação dos agentes.
- (E) Articulação das ações; articulação dos agentes.

## 15

No documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são apresentados os atributos da qualidade para a segurança do paciente. O atributo “Oportunidade” é definido como:

- (A) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los.
- (B) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
- (C) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- (D) Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
- (E) Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.

## FISIOTERAPIA

**16**

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia trata dos deveres do fisioterapeuta, no que tange ao controle ético do exercício de sua profissão, sem prejuízo de todos os direitos e prerrogativas assegurados pelo ordenamento jurídico. É correto afirmar que o fisioterapeuta deve

- (A) Portar sua identificação profissional sempre que em exercício.
- (B) Atualizar seu cadastro no mínimo a cada três anos, respeitadas as regras específicas quanto ao cadastramento nacional.
- (C) Manter sigredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, em todas as situações.
- (D) Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo CREFITO.
- (E) Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, pleiteando vantagem pessoal com o princípio de bioética de justiça.

**17**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) configura-se como uma estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada. Busca-se o agir integral, que tem o conceito de vigilância em saúde como eixo orientador dessa prática, abrangendo três níveis de atuação:

- (A) As causas ou os determinantes; os riscos ou a exposição; a prevenção de enfermidades.
- (B) As causas ou os determinantes; os danos ou as consequências; a intervenção.
- (C) Os riscos ou a exposição; os danos ou as consequências; a promoção de saúde.
- (D) As causas ou os determinantes; os danos ou as consequências; a atenção curativa.
- (E) As causas ou os determinantes; os riscos ou a exposição; os danos ou as consequências.

**18**

São elementos constitutivos fundamentais das Redes de Atenção à Saúde (RASs):

- (A) Uma população, um hospital e um modelo de atenção à saúde.
- (B) Uma população, uma UTI e um modelo de atenção à saúde.
- (C) Uma população, uma estrutura de comunicação e um modelo de atenção à saúde.
- (D) Uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.
- (E) Uma população, uma estrutura operacional e um hospital.

**19**

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas nas Redes de Atenção à Saúde (RASs) é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. Sobre o Sistema Manchester de classificação de risco (*Manchester Triage System* – MTS), é correto afirmar:

- (A) Opera sem algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores, e é usado em vários países da Europa.
- (B) Tem sido utilizado em países como o Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e no Brasil.
- (C) Apresenta alguns elementos de validade: ele garante critérios não uniformes ao longo do tempo e com a mesma equipe de saúde.
- (D) Acaba com a triagem com fundamentação científica e pode ser feito por médicos e fisioterapeutas.
- (E) Garante a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde, já que é lento e não pode ser auditado.

**20**

A proporção de idosos que apresentam comprometimento na capacidade funcional aumenta com o avanço da idade. Nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) Ocorre declínio na capacidade funcional em torno de 12% ao ano após os 45 anos.
- (B) O risco relativo de declínio funcional aumenta cerca de três vezes a cada 20 anos a mais vividos.
- (C) Idosos de 80 anos ou mais têm chance cinco vezes maior de declínio da capacidade funcional.
- (D) O risco relativo de declínio funcional aumenta cerca de quatro vezes a cada 1 ano a mais vivido.
- (E) Idosos de 80 anos ou mais têm uma chance duas vezes maior de declínio da capacidade funcional.

## 21

Considere as seguintes características: mulher, 85 anos, afro-descendente, com baixo nível de renda e educacional, com diabetes, hipertensão arterial e com incapacidade funcional. Esse perfil está relacionado à:

- (A) Síndrome de Fragilidade.
- (B) Síndrome de Burnout.
- (C) Síndrome de Turner.
- (D) Síndrome de West.
- (E) Síndrome de Tourette.

## 22

No trabalho em equipe multidisciplinar na atenção à saúde do idoso, a abordagem interdisciplinar na saúde

- (A) desfavorece a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora, um maior comprometimento entre os profissionais de saúde e a disseminação do trabalho em equipe.
- (B) favorece apenas a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora, o atendimento contextualizado dentro da realidade de cada usuário ou comunidade e a disseminação do trabalho em equipe.
- (C) desfavorece o atendimento contextualizado dentro da realidade de cada usuário ou comunidade, um maior comprometimento entre os profissionais de saúde e a disseminação do trabalho em equipe.
- (D) favorece a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora, o atendimento contextualizado dentro da realidade de cada usuário ou comunidade, um maior comprometimento entre os profissionais de saúde e a disseminação do trabalho em equipe.
- (E) favorece apenas a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora e o atendimento contextualizado dentro da realidade de cada usuário ou comunidade.

## 23

O desempenho muscular é determinado por três variáveis, conhecidas como parâmetros físicos da função muscular: força, potência e resistência. A avaliação muscular pode ser realizada pelo teste muscular manual (TMM). Sobre a avaliação pelo TMM, é correto afirmar:

- (A) É considerada uma avaliação de caráter quantitativo, sem qualquer aspecto de subjetividade.
- (B) A realização do teste independe tanto da habilidade quanto da força do terapeuta.
- (C) São considerados 3 critérios (arco de movimento, força da gravidade e força externa aplicada ao segmento a ser testado) na execução do teste.
- (D) A variabilidade das medidas é menor do que o dinamômetro manual, portanto, a confiabilidade é mais elevada.
- (E) Seus desfechos são mensurados em escala digital, o que confere à modalidade um alto grau de objetividade.

## 24

As alterações fisiológicas do envelhecimento levam à redução da reserva funcional de seus órgãos e sistemas. A hospitalização do paciente idoso, a inatividade e o tempo prolongado de permanência no leito resultam em

- (A) mineralização óssea.
- (B) aumento da circulação periférica.
- (C) melhora nos níveis de orientação têmporo-espaial decorrente da privação de sobrecarga sensorial.
- (D) aumento do apetite.
- (E) perda de força muscular e redução da capacidade de oxigenação.

## 25

A flexibilidade pode ser definida como a habilidade de mover uma articulação pela amplitude de movimento esperada sem causar estresse à unidade musculotendínea. Em relação à flexibilidade, é correto afirmar:

- (A) Depende da elasticidade muscular, capacidade de distensibilidade dos ligamentos e tendões, maleabilidade da pele e tolerância à dor.
- (B) Período do dia, temperatura ambiente, gênero e idade são fatores intrínsecos que não influenciam a flexibilidade.
- (C) A magnitude de flexibilidade não pode ser proporcional à idade de um indivíduo.
- (D) A perda da flexibilidade observada em indivíduos após a 2ª década de vida está associada à idade, rigidez e atrofia muscular, diminuição da elasticidade e redução do colágeno tipo I.
- (E) Realizar exercícios de alongamento muscular não é um objetivo terapêutico comum no tratamento de indivíduos idosos.

## 26

O exercício terapêutico é uma ferramenta que o fisioterapeuta usa para tratar as disfunções neuromusculoesqueléticas ou cardiopulmonares do paciente em qualquer idade. Em relação aos exercícios resistidos, é correto afirmar:

- (A) O treinamento deve ser regressivo para produzir aumentos substanciais na força e no volume muscular.
- (B) As mudanças na força muscular são mais acentuadas no final do treinamento, ocorrendo dentro das primeiras 2 a 3 semanas.
- (C) A intensidade e o volume podem ser manipulados pela variação da carga, do número de repetições, de séries e intervalo entre as séries.
- (D) Com a interrupção do treinamento de força, há um descondicionamento, ao reassumi-lo, o paciente continua a mostrar perdas de força muscular.
- (E) Melhoram a força muscular, mas não a potência muscular e a coordenação.

## 27

Dentre as doenças osteoarticulares mais prevalentes no idoso, a osteoporose é uma das que apresentam causa frequente de distúrbios de equilíbrio e instalação de incapacidades. Sobre a osteoporose, é correto afirmar:

- (A) É uma doença esquelética localizada.
- (B) Caracteriza-se por um aumento da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo.
- (C) Causa a diminuição da fragilidade esquelética.
- (D) Provoca susceptibilidade a fraturas.
- (E) Os aspectos preventivos fazem parte da lista de preocupações básicas de saúde.

## 28

A artéria cerebral média esquerda é uma das responsáveis pela irrigação de regiões do encéfalo. Quais as áreas irrigadas por essa artéria?

- (A) Pedúnculo cerebelar médio e superior, núcleos vestibulares e trato espinotalâmico.
- (B) Área motora e somática esquerda, área de Broca e córtex parieto-occipital esquerdo.
- (C) Área motora esquerda da perna e do braço e superfície média do lobo frontal posterior.
- (D) Córtex calcarino ou radiação óptica e lobo occipital bilateral.
- (E) Trato espinotalâmico, lemnisco medial, trato piramidal e espinocerebelar.

## 29

Sabe-se que, após um acidente vascular cerebral (AVC), 58% dos pacientes recuperam a independência nas atividades de vida diária, 82% reaprendem a caminhar e cerca de 30 a 60% não apresentam função no membro superior. O retorno inicial do movimento do membro superior (MS) é um indicador da possibilidade de recuperação total do MS. O período que indica essa possibilidade de recuperação é de:

- (A) 15 dias.
- (B) 25 dias.
- (C) 30 dias.
- (D) 45 dias.
- (E) 60 dias.

## 30

No paciente hemiparético decorrente de AVC, o controle de tronco está afetado. O controle de tronco é dividido em três níveis de complexidade: 1º - habilidade de realizar os componentes básicos do movimento; 2º - relacionado aos seus movimentos e aos das extremidades superior e inferior; e 3º - libera a força e a estabilidade para a produção de potência para o braço ou perna. Ao sentar-se o movimento de tronco pode

ser iniciado pela parte superior ou inferior, indicando os padrões básicos de movimento que permitem ao corpo ser posicionado para a funcionalidade. O quadro a seguir contém as informações sobre o padrão de transferência de peso iniciado pela parte superior do tronco.

Transferência de peso	Padrão da coluna	Atividade muscular
Movimento anterior: abaixar até alcançar o chão	Flexiona	1
Posterior: voltar a sentar	Estende	2
Lateral: alcance de lado e para baixo à direita	Flexiona lateralmente com a concavidade à direita	3
Lateral: voltar ao centro	Coluna se move de volta à posição neutra	4

Assinale a alternativa que completa o quadro corretamente, indicando a atividade muscular representada pelos números 1, 2, 3 e 4.

- (A) 1- flexora concêntrica; 2- extensora concêntrica; 3- lateral concêntrica à esquerda; 4- lateral excêntrica à esquerda.
- (B) 1- flexora concêntrica; 2- flexora excêntrica; 3- lateral excêntrica à esquerda; 4- lateral concêntrica à esquerda.
- (C) 1- extensora excêntrica; 2- extensora concêntrica; 3- lateral excêntrica à esquerda; 4- lateral concêntrica à esquerda.
- (D) 1- extensora excêntrica; 2- extensora concêntrica; 3- lateral concêntrica à direita; 4- lateral excêntrica à direita.
- (E) 1- flexora concêntrica; 2- extensora concêntrica; 3- lateral concêntrica à direita; 4- lateral excêntrica à direita.

## 31

Márcio sofreu um trauma raquimedular decorrente de acidente automobilístico. Após a fase de choque medular, foi observada lesão medular completa com nível neurológico C7. Indique, respectivamente, o potencial que o paciente tem em relação a mobilidade no leito, transferência (cama e banheiro) e banhar-se (parte superior e inferior):

- (A) Auxílio mínimo a independente modificado; auxílio mínimo a moderado; auxílio mínimo a moderado.
- (B) Independente modificado; auxílio mínimo a moderado; auxílio mínimo a moderado.
- (C) Assistência máxima a dependente; assistência máxima a dependente; dependente.
- (D) Independente modificado; independente modificado; independente modificado.
- (E) Independente modificado; dependente; dependente.



### 32

O neurônio em repouso apresenta potencial elétrico negativo no interior da célula em relação ao meio exterior. Isso se denomina potencial de repouso, que é causado por uma concentração desigual de íons no interior da célula em comparação ao meio exterior. Assinale a alternativa que indica essa concentração iônica no neurônio em repouso.

- (A) Baixo nível de  $K^+$  no interior da célula e elevado nível de  $Na^+$  no exterior da célula.
- (B) Elevado nível  $Na^+$  no interior da célula e de  $K^+$  no exterior da célula.
- (C) Elevado nível de  $K^+$  no interior da célula e de  $Na^+$  no exterior da célula.
- (D) Baixo nível de  $Na^+$  no interior da célula e elevado nível de  $K^+$  no exterior da célula.
- (E) Elevado nível  $K^+$  no interior da célula e baixo nível de  $Na^+$  no exterior da célula.

### 33

A medida da pressão arterial sistêmica é um procedimento fundamental na avaliação semiológica do sistema cardiovascular. A adequada quantificação dessa variável hemodinâmica pode ser obtida, no contexto clínico, mediante utilização de técnicas relativamente simples, que o fisioterapeuta utiliza como rotina na prática clínica. O quadro a seguir apresenta alguns dos valores de referência de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	(1)
Normal	(2)	<85
Limítrofe	(3)	85-89

Assinale a alternativa que completa corretamente as informações representadas no quadro pelos números (1), (2) e (3).

- (A) (1)- < 80; (2)- <130; (3)- 140 a 150.
- (B) (1)- < 90; (2)-< 125; (3)- 140 a 150.
- (C) (1)- < 90; (2)- 130; (3)- 130 a 139.
- (D) (1)- < 80; (2)- <130; (3)- 130 a 139.
- (E) (1)- <70; (2)- <125; (3)- 125-140.

### 34

A ausculta pulmonar é um procedimento utilizado na avaliação do paciente e na escolha de possíveis intervenções, por fisioterapeutas, em casos de afecções respiratórias. Ao auscultar o paciente, avalia-se o murmúrio vesicular e a presença de ruídos adventícios.

Tabela A	
1	Roncos
2	Sibilos
3	Estertores

Tabela B	
I	Aumento da resistência das vias aéreas por acúmulo de secreção.
II	Ruídos contínuos, agudos, localizados ou generalizados.
III	Ruídos finos, homogêneos, de mesmo timbre e intensidade.
IV	Intensidade pode ser aumentada por mudança de decúbito.
V	Maior intensidade na fase expiratória.
VI	Só na fase inspiratória.

Assinale a alternativa que relaciona corretamente a Tabela A (ruídos adventícios) e a Tabela B (características dos ruídos adventícios).

- (A) 1- I e V; 2- II e IV; 3- III e VI.
- (B) 1- I e IV; 2- II e V; 3- III e VI.
- (C) 1- I e VI; 2- III e IV; 3- II e V.
- (D) 1- I e IV, 2- III e V; 3- II e VI.
- (E) 1- I e V; 2- II e VI; 3- III e IV.

### 35

Os incentivadores respiratórios estimulam a realização de uma inspiração profunda. O objetivo desse incentivo é que se consiga um exercício realizado de forma adequada à orientação do fisioterapeuta, voltado à expansão máxima dos pulmões, mas que continue sendo essencialmente um exercício de respiração profunda. As contraindicações desse recurso, apesar de relativas, são:

- (A) Quadros restritivos por dor ou ausência de força muscular, pós-operatório de diversas cirurgias com risco de complicações pulmonares e idosos.
- (B) Idosos, pneumotórax hipertensivo ou não drenado, quadros restritivos por dor ou ausência de força muscular.
- (C) Pós-operatório de diversas cirurgias com risco de complicações pulmonares, nível de consciência insuficiente ou alteração cognitiva para realizar exercícios voluntários.
- (D) Pneumotórax hipertensivo ou não drenado, crise aguda de broncoespasmo, idosos, pós-operatório de diversas cirurgias com risco de complicações pulmonares.
- (E) Nível de consciência insuficiente ou alteração cognitiva para realizar exercícios voluntários, trauma facial, pneumotórax hipertensivo ou não drenado, crise aguda de broncoespasmo.

**36**

A pressão inspiratória máxima (PI<sub>máx</sub>) e pressão expiratória máxima (PE<sub>máx</sub>) possibilitam inferir a força muscular respiratória e a sua parametrização. Alterações dessas medidas indicam disfunção respiratória e biomecânica. O equipamento para mensurar a PI<sub>máx</sub> e a PE<sub>máx</sub> é:

- (A) Oxímetro.
- (B) Capnógrafo.
- (C) Manovacuômetro.
- (D) *Peak flow*.
- (E) Ventilômetro.

**37**

Maria Augusta, 62 anos, sedentária e tabagista há 40 anos, foi levada ao hospital, pois referiu dor no peito e no braço esquerdo. Após atendimento emergencial na urgência, foi diagnosticado infarto agudo do miocárdio. Nos dias seguintes, ela iniciou a reabilitação cardiovascular. Essa fase da reabilitação é denominada fase I e é composta de exercícios

- (A) respiratórios e movimentos das articulações distais, com duração de 10 a 20 minutos, 2 a 4 vezes ao dia.
- (B) respiratórios e movimentos das articulações proximais com duração de 10 a 20 minutos, 2 a 4 vezes ao dia.
- (C) respiratórios com duração de 5 a 10 minutos, 1 a 2 vezes ao dia.
- (D) respiratórios e movimentos das articulações distais com duração de 5 minutos, 2 a 3 vezes ao dia.
- (E) respiratórios com duração de 8 minutos, 2 a 3 vezes ao dia.

**38**

Na distrofia muscular de Duchenne, a estabilidade da cintura escapular é um aspecto importante a ser avaliado. O teste clássico para avaliar a estabilidade escapular é:

- (A) Sinal de Gowers.
- (B) Sinal de Meyron.
- (C) Sinal de Canivete.
- (D) Sinal de Roda denteadada.
- (E) Sinal de Tinel.

**39**

Rafaela, 10 anos, tem mielomeningocele (nível neurológico L3) e apresentou, nos últimos dias, os seguintes sinais e sintomas: deterioração no desempenho escolar, cefaleia, vômito e alteração do apetite, início ou agravamento da incontinência urinária e início de espasticidade. Esses sinais e sintomas são indicativos de:

- (A) Síndrome da medula presa.
- (B) Disfunção vesical.
- (C) Síndrome do intestino irritado.
- (D) Síndrome espástica.
- (E) Disfunção da derivação ventriculoperitoneal.

**40**

O paciente com doença de Parkinson comporta-se como se um programa motor precisasse ser executado até o final para que um novo programa seja iniciado, e não existe planejamento para o próximo movimento enquanto o primeiro ainda está em execução. Essa descrição refere-se a quais características do paciente com Parkinson?

- (A) Tremor e acinesia.
- (B) Rigidez e acinesia.
- (C) Bradicinesia e rigidez.
- (D) Bradicinesia e acinesia.
- (E) Rigidez e tremor.

## ESTUDO DE CASO

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

Paciente J.A.R., 8 anos de idade, do sexo feminino, apresenta diparesia espástica. Realiza fisioterapia e terapia ocupacional desde 1 ano de idade. Apresenta hipertonia em: flexores de punho e dedos (grau 2), e na musculatura extensora, adutora e rotadora medial de quadril, extensores de joelho e flexores plantares de tornozelo (grau 3). Associado à hipertonia, apresenta encurtamento muscular de flexores, adutores e rotadores mediais de quadril, flexores de joelhos e tríceps sural bilateralmente. Verifica-se fraqueza dos músculos abdominais, principalmente abdome inferior, extensores de tronco, extensores de quadril e joelhos, dorsiflexores de tornozelo, abdutores e adutores de quadril. Deambula com órteses anti-equino (AFO) e com muletas canadenses, mantendo 20° de flexão de quadril e joelhos. Fica em pé sem apoio para realizar as AVD, mas apresenta deficiência nos ajustes posturais e mantém 20° de flexão de quadril e joelhos. Em casa, prefere engatinhar a deambular. Na posição sentada, mantém-se sem apoio com retroversão da pelve e uma leve flexão da coluna lombar.

### 01

A partir do caso clínico, defina Paralisia Cerebral e indique o tipo de hipertonia dessa criança. Explique o que significa a classificação diparética ou diparesia.

RASCUNO

## 02

Em relação à avaliação de crianças com Paralisia Cerebral, descreva como é realizada a avaliação do tônus muscular e explique como é possível diferenciar o encurtamento muscular e a hipertonia muscular.

## 03

A partir da descrição das características da movimentação apresentada por J.A.R., indique os benefícios que o treino de marcha em esteira podem trazer a essa criança e explique como a falta de alinhamento da pelve e coluna lombar interfere em seus ajustes posturais. Ao traçar o plano terapêutico para uma criança com Paralisia Cerebral espástica, o maior foco da estratégia terapêutica para essa criança dever ser na mobilidade ou na estabilidade? Justifique.

