



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 2020

01/09/2019

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) 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: **3h00**. 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

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima apud Fortuna (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.

[...]

PEDUZZI, M. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". *Revista Saúde Pública*. 2001, vol. 35, n. 1, p. 103-109.
ISSN 0034-8910.

01

De acordo com o texto, o intenso processo de especialização na área da saúde tem como tendência a

- (A) generalização do conhecimento de uma área e a possibilidade de atuação em conjunto com outras áreas na saúde.
- (B) individualização da ação dos profissionais e a discussão sobre a articulação entre ações e saberes de diversas áreas da equipe.
- (C) diferenciação das ações entre as áreas de conhecimento e o detalhamento das possibilidades de elo entre os profissionais.
- (D) particularização de atividades na área da saúde e a consolidação de conhecimentos individualizados no trabalho.
- (E) discriminação de aspectos individualizados de profissionais da saúde e a relação de conhecimentos de diferentes áreas envolvidas na equipe.

02

O levantamento bibliográfico sobre equipe de saúde referido no texto

- (A) aborda a equipe multiprofissional e as relações entre as especialidades, observando a articulação entre os trabalhos especializados e suas tarefas e atividades dos profissionais.
- (B) evidencia uma abordagem que não problematiza a articulação entre as especialidades, privilegiando a concepção tecnicista de aglomerado de atribuições, tarefas ou atividades.
- (C) expõe uma noção a ser construída sobre a equipe multiprofissional, problematizando a atuação dos profissionais de diferentes áreas que atuam conjuntamente.
- (D) expressa os achados de um conjunto numeroso de definições de equipe, em que prevalecem concepções dialógicas sobre a atuação dos profissionais especializados.
- (E) manifesta a predominância de uma abordagem que discute a articulação entre as áreas profissionais, observando suas atuações para além da coexistência dessas áreas na equipe.

03

Sobre as concepções de trabalho em equipe citadas no texto, é correto afirmar que:

- (A) As concepções sobre o trabalho em equipe exploram os resultados, as relações e a interdisciplinaridade de forma conjunta.
- (B) As visões sobre o trabalho em equipe possuem focos diferentes, distinguindo-se pela observação dos resultados, das relações e da interdisciplinaridade.
- (C) A noção de trabalho em equipe como base da organização dos serviços de saúde tem como foco conceitos da psicologia e análises interpessoais.
- (D) O conceito de equipe como recurso para a produtividade e racionalização apoia-se na discussão sobre a articulação de saberes e divisão do trabalho.
- (E) A abordagem interdisciplinar de equipe traz para a discussão o aprofundamento vertical do conhecimento e a especialização das áreas de saúde.

05

Na PNA& realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26,9 milhões de pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica. A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autoclassificam seu estado de saúde como ruim, o que indica que indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica.

04

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011.

Ao tratar da prestação de serviços especializados no SUS, o texto enfoca, de modo mais evidente,

- (A) o acesso.
- (B) a qualidade.
- (C) o custo.
- (D) a técnica.
- (E) a precarização.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011. Adaptado.

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) As informações demonstram que a desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica está presente mesmo nos casos de transtornos graves de saúde.
- (B) Os dados apresentados no texto indicam que o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou de forma considerável após a criação do Sistema Único de Saúde.
- (C) Observa-se aumento de 174% no uso de serviços de saúde com a criação do SUS, superando países mais desenvolvidos, que apresentam taxas de 68% (EUA) e de 80% (Alemanha, França e Canadá).
- (D) Em 2008, 59% das pessoas de renda mais alta e 76% das pessoas de renda mais baixa afirmaram ter consultado um médico, o que mostra favorecimento aos usuários do SUS.
- (E) A desigualdade socioeconômica não existe no acesso à assistência médica, já que o SUS proporcionou um aumento de 174% no uso de serviços de saúde.

06

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de duas obras muito importantes de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter.

Van Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.

Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Especialização em Saúde da Família*. UNASUS, Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010.

A proposição de Van Potter anunciada no texto tem como base

- (A) a possibilidade de potencializar o desenvolvimento tecnológico.
- (B) o monitoramento do uso de material biológico em pesquisas científicas.
- (C) a discussão da relação entre o desenvolvimento científico e a vida.
- (D) o controle do desenvolvimento tecnológico e científico da humanidade.
- (E) a proibição de procedimentos invasivos em pesquisas com seres humanos.

07

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Deduz-se corretamente do texto que a clínica deve

- (A) possuir diagnósticos e intervenções com base em informações generalizáveis.
- (B) centrar-se na saúde para o alcance do tratamento dos pacientes.
- (C) considerar a multiplicidade de características dos usuários para a resolubilidade de seus casos.
- (D) observar os sujeitos tendo como referência as expressões das doenças de que são portadores.
- (E) interferir na baixa adesão a tratamentos e na dependência dos pacientes dos serviços de saúde.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços:

- (A) Atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária.
- (B) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; programa de imunização; atenção psicossocial; unidade coronariana.
- (C) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar.
- (D) Urgência e emergência; atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; sistema de informação em saúde; atenção hospitalar.
- (E) Prevenção e promoção da saúde; atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar; central de regulação de vagas.

09

Antônio tem um plano de saúde privado, benefício fornecido pela empresa na qual trabalha. A caminho do trabalho, Antônio é atropelado, sofrendo um grave acidente. Ele é resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e atendido no pronto-socorro de um hospital público mais próximo. Este atendimento é respaldado por qual princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (A) Equidade.
- (B) Integralidade.
- (C) Reciprocidade.
- (D) Universalidade.
- (E) Ressarcimento.

10

Atualizada em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece parâmetros mínimos de alcance, infraestrutura e funcionamento dos serviços. Acerca da PNAB, é correto afirmar:

- (A) A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- (B) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde.
- (C) As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar com carga horária mínima de 30 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana.
- (D) A população adscrita por equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve ser de 3.000 a 4.500 pessoas.
- (E) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são serviços com unidades físicas independentes e especiais, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

11

A Bioética (“ética da vida”) é um campo do conhecimento que aborda as possíveis implicações, positivas ou negativas, dos avanços da ciência, assim como trata dos limites e das finalidades da intervenção do homem sobre a vida. Qual das alternativas a seguir **NÃO** apresenta um fundamento ou um princípio da Bioética?

- (A) Beneficência.
- (B) Justiça.
- (C) Confidencialidade.
- (D) Autonomia.
- (E) Respeito pela pessoa humana.

12

Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, é correto afirmar:

- (A) Dentre os principais itens que compõem os gastos em saúde, a maior despesa pública federal com saúde refere-se à assistência farmacêutica.
- (B) Do total de gastos do sistema de saúde brasileiro, a soma de gastos públicos, considerando as três esferas do Sistema Único de Saúde - SUS (municípios, Estados e União), é menor que a soma de gastos privados (gastos com planos de saúde, compra de medicamentos e desembolso direto).
- (C) O financiamento do SUS melhorou significativamente a partir de 1997, quando foi criado um tributo especificamente para financiar a saúde (a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF), com destinação total para a expansão dos serviços públicos de saúde.
- (D) Os indivíduos e famílias são os maiores financiadores do mercado de planos e seguros de saúde privados no Brasil.
- (E) Por lei, para a Saúde, os municípios devem disponibilizar, obrigatoriamente, 12% de suas receitas (arrecadação de impostos), os Estados devem aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas, e a União deve destinar, no mínimo, 10% de sua Receita Corrente Bruta.

13

No Brasil, as mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade estão relacionadas, entre outros fatores, a transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Quais são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil, considerando taxas nacionais de mortalidade?

- (A) Doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas.
- (B) Câncer, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas.
- (C) Doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e homicídios.
- (D) Diabetes, hipertensão e câncer.
- (E) Doenças crônicas não transmissíveis, homicídios e Alzheimer e outras demências.

14

A Atenção Primária em Saúde (APS) pressupõe:

- 1) o acompanhamento e a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente e consistente;
- 2) o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários, entre os diversos serviços, estruturas e pontos da rede de saúde, de forma contínua e integrada.

Assinale as diretrizes/atributos da APS correspondentes às descrições nos itens 1 e 2, respectivamente:

- (A) Horizontalidade (1) e Territorialização (2).
 - (B) Resolutividade (1) e Ordenação da Rede (2).
 - (C) Equidade (1) e Descentralização (2).
 - (D) Longitudinalidade (1) e Coordenação do Cuidado (2).
 - (E) Continuidade (1) e Integralidade (2).
-

15

No início do século XX, a Saúde Pública no Brasil foi marcada pelo combate a doenças e epidemias, com campanhas coercitivas que geravam descontentamento da população. Isso levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Essa campanha contestada era destinada a combater qual doença da época?

- (A) Peste bubônica.
- (B) Sarampo.
- (C) Varíola.
- (D) Rubéola.
- (E) Febre amarela.

FISIOTERAPIA**16**

A proporção de idosos que apresentam comprometimento na capacidade funcional aumenta com o avanço da idade. Pode-se afirmar que os fatores associados ao comprometimento na capacidade funcional em idosos são:

- (A) Idade avançada, gênero feminino, baixa renda e escolaridade, arranjo familiar multigeracional, hospitalização no último ano, visão ruim, declínio cognitivo, presença de depressão e de várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.
- (B) Idade avançada, gênero masculino, baixa renda e escolaridade, hospitalização no último ano, visão ruim, declínio cognitivo, presença de depressão e de várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.
- (C) Idade avançada, gênero masculino, baixa renda e escolaridade, arranjo familiar multigeracional, hospitalização no último ano, declínio cognitivo, presença de depressão e de várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.
- (D) Idade avançada, gênero feminino, baixa renda e escolaridade, arranjo familiar monoparental, hospitalização no último ano, declínio cognitivo, presença de depressão e de várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.
- (E) Idade avançada, gênero masculino, baixa renda e escolaridade, arranjo familiar monoparental, visão ruim, declínio cognitivo, presença de depressão e de várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.

17

Sobre o trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A multidisciplinaridade é considerada a organização de conteúdos de forma tradicional, sendo entendida como um trabalho conjunto realizado por profissionais de determinada equipe (representando as diferentes disciplinas), no qual cada um trata de um tema comum (o paciente, no caso de atenção à saúde) por sua própria ótica.
- (B) A interdisciplinaridade é a interação de mais de três disciplinas. Essas interações podem implicar transferência de leis de uma disciplina à outra, originando, em alguns casos, um novo corpo disciplinar.
- (C) As diferenças entre a prática multidisciplinar e a prática interdisciplinar consistem não só na forma de atuação, mas também na atitude entre os membros da equipe, na maneira como se estabelece o processo de comunicação e na troca efetiva de conhecimento, independentemente do campo de atuação de cada profissional.
- (D) Na multidisciplinaridade, os profissionais estudam próximos, mas não juntos, quase sempre num processo de comunicação informal. Tem-se a ideia de justaposição das disciplinas.
- (E) A importância do trabalho com a abordagem interdisciplinar na saúde é ressaltada pelo princípio da integralidade, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

18

Sobre os efeitos gerais dos exercícios resistidos nos idosos, pode-se afirmar:

- (A) As perdas, associadas à idade, na força e na massa muscular podem ser revertidas com o treinamento de força, obtendo-se ganhos acima de 30% nos primeiros dois meses de tratamento em homens e mulheres de 65 a 75 anos de idade.
- (B) O treinamento muscular intenso deve ser imediato em um programa de exercícios para produzir aumentos substanciais na força e no volume muscular.
- (C) Com a interrupção do treinamento de força, há um descondicionamento, ocorrendo, entre 8 e 10 semanas, uma redução na capacidade funcional; ao reassumi-lo, a pessoa continua a mostrar ganhos de força muscular.
- (D) Homens e mulheres que fazem exercícios de fortalecimento muscular podem aumentar a força em, pelo menos, 50%.
- (E) Depois de um longo período de treinamento, de 1 a 2 anos, há melhora da força muscular; essa melhora alcança um platô, não havendo, assim, possibilidades de ganhos maiores.

19

Assinale a alternativa correta sobre os músculos respiratórios:

- (A) Quando o diafragma se contrai, o conteúdo abdominal é forçado para cima e para trás, diminuindo, por conseguinte, o diâmetro céfalo-caudal.
- (B) Os músculos intercostais internos e externos localizam-se entre as costelas. O músculo intercostal interno vai desde o esterno até o ângulo da costela e subdivide-se na sua porção intercondral (paraesternal) e interóssea.
- (C) Os músculos escalenos deprimem ou fixam as duas primeiras costelas. Eles são recrutados antes dos intercostais durante a expiração.
- (D) Durante a respiração basal, a expiração é comumente ativa. A contração ativa dos músculos inspiratórios leva à distensão dos tecidos elásticos dos pulmões e da parede torácica, com consequente armazenamento de energia potencial nesses tecidos.
- (E) Os músculos reto-abdominal, os oblíquos externo e interno e o transverso abdominal funcionam estritamente durante a inspiração.

20

Sobre as propriedades elásticas do Sistema Respiratório, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) A inclinação da curva-pressão ou a relação entre a variação do volume gasoso pulmonar e a pressão motriz do sistema é conhecida como complacência do sistema respiratório.
- (B) A pressão motriz é representada pela soma entre as pressões na abertura das vias aéreas e no ar ambiente.
- (C) As medidas da complacência estática devem ser realizadas na ausência de fluxo e necessitam de pacientes com musculatura relaxada.
- (D) A complacência dinâmica é avaliada com o indivíduo respirando espontaneamente, e são registrados o volume mobilizado e a pressão.
- (E) Em indivíduos hígidos respirando espontaneamente não há diferença apreciável entre as complacências estática e dinâmica.

21

Como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Sobre a ST, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) O campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência.
- (B) A abordagem deve ser inter(trans)disciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir, com o seu saber, para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade.
- (C) Os atores do campo da ST agem individualmente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho.
- (D) A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) ocupa papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST.
- (E) A Vigilância em Saúde do trabalhador (Visat) configura-se como uma estratégia no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora.

22

O sistema somatossensitivo, desde o mais baixo até o mais alto nível da hierarquia do sistema nervoso central, é fundamental para o controle do movimento. Os receptores musculares contribuem para esse controle por meio do fuso muscular e do órgão neurotendíneo de Golgi. Qual é a função de cada um desses receptores, respectivamente?

- (A) mudança do comprimento muscular no sentido do estiramento e velocidade dessa mudança; tensão muscular.
- (B) amplitude de movimento; tensão muscular.
- (C) tensão muscular; mudança do comprimento muscular no sentido da contração muscular e velocidade dessa mudança.
- (D) amplitude de movimento; velocidade de mudança do comprimento muscular.
- (E) tensão muscular; amplitude de movimento.

23

É possível afirmar que os fatores que influenciam a resistência das vias aéreas são:

- (A) Geometria da árvore traqueobrônquica, volume pulmonar, complacência das vias aéreas, densidade e viscosidade do gás inspirado e contração da musculatura lisa dos brônquios.
- (B) Geometria da árvore traqueobrônquica, complacência das vias aéreas, densidade e viscosidade do gás expirado e contração da musculatura lisa dos brônquios.
- (C) Geometria da árvore traqueobrônquica, capacidade vital, densidade e viscosidade do gás expirado e contração da musculatura lisa dos brônquios.
- (D) Geometria da árvore traqueobrônquica, volume pulmonar, complacência das vias aéreas e contração da musculatura estriada esquelética dos intercostais.
- (E) Geometria da árvore traqueobrônquica, volume pulmonar, complacência das vias aéreas e densidade e viscosidade do gás expirado e contração da musculatura estriada esquelética dos intercostais.

24

Assinale a alternativa correta sobre os volumes pulmonares:

- (A) A medida dos volumes pulmonares pelo espirômetro é simples, de baixo custo e permite inferir sobre à ação muscular na respiração.
- (B) A contração dos músculos respiratórios gera pressão negativa intratorácica, resultando em diminuição de volume pulmonar.
- (C) Se a retração elástica for normal e a capacidade pulmonar total ou a capacidade vital se encontrarem aumentadas, há forte sugestão de fraqueza dos músculos respiratórios.
- (D) O aumento da capacidade vital em $\frac{1}{4}$ do previsto é considerado um fator agravante da insuficiência ventilatória.
- (E) Na posição supina, há diminuição da capacidade vital, do volume de reserva inspiratório e da complacência estática.

25

Sobre as variações na ventilação alveolar total, pode-se afirmar:

- (A) Quando há um equilíbrio entre o ar alveolar e os capilares sanguíneos, as mudanças nas PaCO_2 (pressão parcial de dióxido de carbono no alvéolo) e PAO_2 (pressão parcial de oxigênio no alvéolo) também estarão presentes no sangue enquanto este deixa o alvéolo.
- (B) O aumento da PaCO_2 (pressão parcial de dióxido de carbono no alvéolo) causa decréscimo do CO_2 sanguíneo (PaCO_2).
- (C) O decréscimo da PAO_2 (pressão parcial de oxigênio no alvéolo) apresenta diminuição proporcional de PaO_2 sanguíneo.
- (D) O resultado da queda da ventilação alveolar é representado por diminuição da PaCO_2 (pressão parcial de CO_2 sanguíneo) e acréscimo da saturação de oxigênio no sangue arterial (SO_2).
- (E) O aumento na ventilação alveolar aumenta a PaCO_2 (pressão parcial de dióxido de carbono no alvéolo) e a PAO_2 (pressão parcial de oxigênio no alvéolo).

26

Em relação à Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiências, Incapacidade e Saúde (CIF), é possível afirmar:

- (A) É um modelo médico-social que conceitua a incapacidade por meio de um processo sequencial composto de 4 estágios: patologia (1º estágio), que leva ao estágio de degeneração fisiológica (2º estágio), que limita a habilidade individual e leva à limitação funcional (3º estágio) e à incapacidade (4º estágio).
- (B) A função e a incapacidade são vistas como uma complexa relação entre as condições de saúde e os fatores ambientais e pessoais (fatores contextuais).
- (C) O processo de incapacidade é uma sequência progressiva de forma irreversível.
- (D) É um modelo médico-social que conceitua a incapacidade através de um processo sequencial composto de 4 estágios: enfermidade (1º estágio), que leva ao estágio de deficiência (2º estágio), que limita a habilidade individual e leva à incapacidade (3º estágio) e à invalidez (4º estágio).
- (E) É um modelo médico-social que conceitua a incapacidade através de um processo composto de 4 estágios: patologia ativa (1º estágio), que leva ao estágio de deficiência (2º estágio), que leva à limitação funcional (3º estágio) e à incapacidade (4º estágio).

27

Sobre as doenças osteoarticulares no idoso, pode-se afirmar:

- (A) A articulação do tornozelo está entre as mais acometidas, juntamente com as do quadril e da coluna vertebral.
- (B) Os aspectos preventivos fazem parte da lista de preocupações básicas de saúde, visto que 60% desse contingente realizam alguma terapia preventiva.
- (C) A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença reumática inflamatória sistêmica crônica, que produz degeneração do sistema musculoesquelético e acometimento articular unilateral.
- (D) A doença osteoarticular crônica menos prevalente na população idosa é a osteoartrite.
- (E) 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.

28

Na avaliação fisioterapêutica do indivíduo com doença osteoarticular, **NÃO** é mandatório:

- (A) Histórico da doença atual, diagnóstico clínico e exames radiográficos.
- (B) Inspeção local dos segmentos articulares acometidos e constatação do lado afetado.
- (C) Avaliação da amplitude de movimento articular (ADM) pelo eletrogoniômetro.
- (D) Avaliação do desempenho muscular pelo teste muscular manual (TMM).
- (E) Avaliação Funcional e da Qualidade de Vida.

29

O modelo de conduta com paciente/cliente é o modelo de tomada de decisão clínica utilizado no *The guide to physical therapist practice*, que se baseia na incapacidade do paciente/cliente, descrevendo os efeitos da doença e da lesão no âmbito pessoal e social, assim como suas consequências funcionais. Quais são os componentes desse modelo?

- (A) Exame sistemático, testes, mensurações e intervenção.
- (B) Exame, avaliação, diagnóstico, prognóstico e intervenção.
- (C) Anamnese, avaliação e intervenção.
- (D) Avaliação e intervenção.
- (E) Anamnese, diagnóstico e intervenção.

30

A subluxação de ombro ocorre quando algum fator biomecânico que contribui para a estabilidade da articulação glenoumeral é interrompida. Em indivíduos com hemiplegia, a subluxação está relacionada à alteração no ângulo da fossa glenoide que ocorre devido à fraqueza muscular. A subluxação anterior ocorre no momento em que a escápula roda para

- (A) cima, eleva-se e inclina-se na direção da caixa torácica e o úmero se hiperestende em rotação externa.
- (B) baixo, eleva-se e inclina-se na direção da caixa torácica e o úmero se hiperestende em rotação externa.
- (C) baixo, eleva-se e inclina-se na direção da caixa torácica e o úmero se hiperestende em rotação interna.
- (D) cima, abaixa-se e inclina-se na direção da caixa torácica e o úmero se hiperestende em rotação interna.
- (E) cima, abaixa-se e inclina-se na direção da caixa torácica e o úmero se hiperestende em rotação externa.

31

Joaquim, 34 anos, teve uma entorse de tornozelo com ruptura parcial dos ligamentos da região lateral do tornozelo. Foi tratado conservadoramente. Nesse caso, a cicatrização ocorre por formação de tecido

- (A) cartilaginoso, com menor formação de cicatriz, sem instabilidade articular.
- (B) fibroso, que diminui o tamanho longitudinal e aumenta o transversal do ligamento, sem instabilidade articular.
- (C) fibroso, que aumenta o tamanho longitudinal do ligamento e produz certo grau de instabilidade articular.
- (D) cartilaginoso, com maior formação de cicatriz e sem instabilidade articular.
- (E) fibroso, que diminui o tamanho longitudinal do ligamento e não produz instabilidade articular.

32

Lúcio é um paciente que apresenta baixo risco para eventos cardíacos durante a atividade física de reabilitação cardíaca. As condições que indicam baixo risco são:

- (A) Presença de angina ou outros sinais e sintomas de isquemia em atividades ≥ 7 METS.
- (B) Presença de arritmias ventriculares durante atividade física ou recuperação.
- (C) Pós-infarto agudo do miocárdio, revascularização, angioplastia transcoronariana de evolução não complicada.
- (D) Leve a moderada isquemia silenciosa durante teste ergométrico ou recuperação.
- (E) Presença de angina ou outros sinais e sintomas de isquemia em atividades < 5 METS.

33

Os exercícios de estabilização central para o tronco e coluna ajudam a minimizar os efeitos cumulativos do microtrauma repetitivo. Estabilizar a coluna vertebral não significa manter uma posição estática, mas sim manter amplitude de movimento controlada, que varia de acordo com a posição e atividade a ser realizada. O treinamento de estabilização central envolve

- (A) aprender a manter a pelve em qualquer posição e controlar a musculatura extensora da coluna lombar.
- (B) manter a pelve inclinada anteriormente e controlar a co-contração entre musculatura abdominal e extensores da coluna lombar.
- (C) controlar a pelve em qualquer posição e controlar a musculatura abdominal e extensores da coluna lombar.
- (D) aprender a manter a pelve com inclinação posterior, controlar a musculatura abdominal e manter co-contração dos músculos abdominais e extensores da coluna lombar.
- (E) aprender a manter a pelve na posição neutra, controlar a musculatura abdominal e manter a co-contração dos músculos abdominais e extensores da coluna lombar.

34

O ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho atua em conjunto com a musculatura da coxa, especialmente com os músculos isquiotibiais, na estabilização do joelho. O papel do LCA é

- (A) evitar a rotação interna excessiva e a hiperextensão, orientar o joelho na flexão e atuar como um obstáculo durante a fase de deslizamento inicial da flexão.
- (B) evitar que o fêmur se move posteriormente durante a sustentação de peso, estabilizar o joelho na extensão total e evitar a hiperextensão, estabilizar a tibia contra a rotação interna excessiva.
- (C) inserir o menisco medial ao fêmur e permitir que a tibia se move sobre o menisco medial no sentido inferior.
- (D) suportar a pressão constante no compartimento articular, ficar tenso durante a extensão e relaxar durante a flexão.
- (E) melhorar a estabilidade do joelho, aumentar a absorção de impacto e distribuir o peso sobre uma superfície maior.

35

A medida da concentração arterial de lactato é de grande relevância clínica pelo fato de a hiperlactatemia poder tanto ser um sinal de perfusão tecidual inadequada quanto um preditor de mau prognóstico de pacientes em estados de choque, sendo resultado de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio pelos tecidos. No caso de essa situação ocorrer devido a um choque séptico, a fisiopatologia é:

- (A) Débito cardíaco aumentado com hipoperfusão de diferentes tecidos e diminuição da capacidade de extração de oxigênio.
- (B) Hipoperfusão generalizada com aumento da produção de lactato associado à diminuição da sua remoção.
- (C) Associada à acidose láctica pelo aumento do trabalho da musculatura respiratória.
- (D) Aumento da demanda de oxigênio.
- (E) Débito cardíaco diminuído com hipoperfusão de diferentes tecidos e diminuição da capacidade de extração de oxigênio.

36

Manter a estabilidade, ao mesmo tempo em que as articulações do complexo do ombro permitem graus de mobilidade, é primordial no funcionamento normal desse complexo articular. Essa estabilidade é mantida por ação coordenada e sincronizada dos estabilizadores dinâmicos e estáticos. Os músculos do manguito rotador juntamente com a cabeça longa do bíceps proporcionam a estabilidade dinâmica. Quais músculos compõem o manguito rotador?

- (A) Subescapular, supraespinhal, infraespinhal e redondo maior.
- (B) Subescapular, supraespinhal, redondo menor e redondo maior.
- (C) Subescapular, infraespinhal, redondo menor e redondo maior.
- (D) Subescapular, supraespinhal, infraespinhal e redondo menor.
- (E) Supraespinhal, infraespinhal, redondo maior e redondo menor.

37

Muitos pacientes internados nas UTIs, que adquirem fraqueza muscular, não conseguem realizar mudanças de decúbito, ajustes posturais ou se manter na posição de sedestação ou ortostatismo. Uma alternativa para o tratamento destes pacientes é o uso da prancha ortostática, que possibilita a vivência e o treino em diferentes posições. O paciente deve ser posicionado de que maneira na prancha ortostática?

- (A) Apoio dos membros superiores e da cabeça, sendo este mais utilizado para pacientes com disfunção neuromuscular difusa, que estão impossibilitados de se manter na posição ereta.
- (B) Apoio dos membros superiores, que é normalmente utilizado para pacientes que têm controle de tronco suficiente para se manter na posição ereta, mas não para realizar a marcha.
- (C) Apoio dos membros superiores e da cabeça, sendo este apoio mais utilizado para pacientes cardiopatas.
- (D) Sem apoio dos membros superiores, que é normalmente utilizado em pacientes com disfunção neuromuscular difusa, que estão impossibilitados de se manterem na posição ereta.
- (E) Apoio dos membros superiores, sendo este mais utilizado para pacientes com disfunção neuromuscular difusa, que estão impossibilitados de se manterem na posição ereta.

38

A fraqueza muscular de pacientes internados nas UTIs está diretamente relacionada à síndrome do imobilismo. Esta é definida pelo estado em que o indivíduo vivencia limitações ao movimento, decorrentes de um desequilíbrio entre o repouso e a atividade física. Os efeitos do imobilismo apresentam-se nos diferentes sistemas. Em relação ao sistema cardiovascular, podem-se encontrar:

- (A) Intolerância ortostática, aumento da resposta cardíaca à estimulação do seio carotídeo e aumento do débito cardíaco.
- (B) Intolerância ortostática e diminuição do débito cardíaco, volume sistólico e resistência vascular periférica.
- (C) Intolerância ortostática e aumento do débito cardíaco, volume sistólico e resistência vascular periférica.
- (D) Aumento da resposta cardíaca à estimulação do seio carotídeo e aumento do débito cardíaco, volume sistólico e resistência vascular periférica.
- (E) Comprometimento da função microvascular e aumento da resposta cardíaca à estimulação do seio carotídeo.

39

No contexto de serviços de saúde, a beneficência impõe uma obrigação de promover a saúde e o bem-estar dos pacientes e evitar doença, lesão, dor e sofrimento. Nesse sentido, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Beneficência conota bondade, caridade e fazer o bem.
- (B) Os valores dos pacientes não entram em conflito com os valores médicos tradicionais de cura e tratamento.
- (C) Pode existir uma opinião diferente entre pacientes, familiares e profissionais sobre o que deveria ser considerado o melhor interesse dos pacientes.
- (D) Conciliar muitos interesses diferentes dentro de uma base moral pode apresentar dificuldades.
- (E) Beneficência inclui a obrigação de equilibrar benefícios e prejuízos, benefícios e benefícios alternativos, prejuízos e prejuízos alternativos.

40

O exame neurológico oferece a oportunidade de identificar tanto os prejuízos neurológicos a serem atacados, quanto as capacidades residuais a serem trabalhadas para maximizar o resultado funcional do paciente. Nesse sentido, relate a avaliação do tônus muscular com a patologia:

- (A) Tônus flutuante com Doença de Parkinson.
- (B) Hipotonía com Doença de Parkinson.
- (C) Tônus flutuante com acidente vascular encefálico.
- (D) Hipertonia elástica com acidente vascular encefálico.
- (E) Hipertonia plástica com acidente vascular encefálico.

ESTUDO DE CASO

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

Paciente do sexo feminino, de 75 anos, com história de queda por pisar em falso e com fratura de colo do fêmur à direita (fratura transtrocantérica). Foi indicada a cirurgia após avaliação de risco perioperatório. A paciente apresenta os seguintes antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Vale ressaltar que a paciente é ex-tabagista e também apresenta a Síndrome de Fragilidade.

A paciente foi submetida à cirurgia, ficou na UTI no 1º dia pós-operatório. Em seguida, foi transferida para a enfermaria, dando sequência ao tratamento fisioterapêutico. Após dois dias, recebeu alta e foi encaminhada e orientada a continuar o tratamento fisioterapêutico.

01

Comente sobre as características da Síndrome de Fragilidade e a atuação da fisioterapia nos exercícios físicos.

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

02

Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), responda:

- a) Qual a característica fisiopatológica da DPOC e de que forma ela ocorre?
- b) Qual o melhor teste e que medida é utilizada para estimar a gravidade da doença?
- c) Quais são as condições clínicas indicativas de DPOC?

03

Em relação ao equilíbrio da paciente, responda:

- a) Quais as características dos ajustes antecipatórios no idoso a partir dos 70 anos?
- b) A fim de melhorar a função do equilíbrio, os idosos podem ser submetidos a programas de retreinamento do equilíbrio. Esse programa deverá conter quais tipos de exercícios?

