



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 2024

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 Educação Física), 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 ou preta**. 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.
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 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015. Adaptado.

01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



03

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

04

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

05

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

TEXTO PARA A QUESTÃO 06.

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto. “Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”. Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

06

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

TEXTO PARA A QUESTÃO 07.

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

07

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

09

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

10

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

11

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



12

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

13

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

14

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

15

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não suggestionar a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



EDUCAÇÃO FÍSICA**16**

Quais os principais resultados apresentados no artigo científico intitulado “Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática”?

- (A) Crescente publicação científica brasileira na área da epidemiologia da atividade física; maior foco na investigação dos “determinantes, níveis e tendências temporais” e “consequências à saúde”; e concentração das pesquisas nas regiões Sul e Sudeste.
- (B) Aumento do número de mulheres nas produções acadêmicas nacionais; maior foco na investigação das “intervenções em atividade física”; e aumento dos financiamentos para a produção acadêmica relacionada à atividade física.
- (C) Predominância de estudos longitudinais que investigaram as “consequências à saúde” relacionadas à atividade física; aumento do número de mulheres nas produções acadêmicas nacionais; e aumento do número de trabalhos com representatividade nacional.
- (D) Predominância de pesquisas com delineamento transversal e/ou descritivo; aumento do número de pesquisas realizadas por instituições privadas; e aumento do número de trabalhos que envolveram cidades de distintas regiões do país.
- (E) Estabilização da publicação científica brasileira na área da epidemiologia da atividade física; maior foco na investigação das “intervenções em atividade física”; e emergência das publicações realizadas por instituições situadas na região Norte do país.

17

O Programa Academia da Saúde, instituído em 2011, constituiu-se como uma importante estratégia para a ampliação do acesso e oferta das práticas corporais e atividades físicas no país. De acordo com Malta, no livro intitulado “Pesquisa de avaliação do Programa Academia da Saúde” (2020; p.34), quais os marcos teóricos do programa mencionado?

- (A) Lei Orgânica da Saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde; e Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil.
- (B) Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; Guia Alimentar para a População Brasileira; Guia de Atividade Física para a População Brasileira; e Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- (C) Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Atenção Básica; Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde; e

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

- (D) Política Nacional de Atenção Básica; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil; Guia Alimentar para a População Brasileira; e Guia de Atividade Física para a População Brasileira.
- (E) Lei Orgânica da Saúde; Guia Alimentar para a População Brasileira e Guia de Atividade Física para a População Brasileira; Política Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; e Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

18

O apoio matricial (ou matriciamento) representa uma estratégia inovadora de produzir saúde, em que duas ou mais equipes constroem, de forma compartilhada, uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Uma dessas equipes é a de apoio matricial, que envolve o especialista responsável pela retaguarda assistencial no atendimento ao usuário. A horizontalidade proposta pelo apoio matricial rompe com a lógica tradicional dos sistemas de saúde, verticalizada, hierárquica e com transferência de responsabilidade nos encaminhamentos. Qual alternativa indica instrumentos que podem ser utilizados no apoio matricial?

- (A) Encaminhamento e consulta com o especialista; Visita domiciliar; Educação Continuada em Saúde.
- (B) Abordagens individual e familiar; Grupos e Encaminhamento; e Consulta com o especialista.
- (C) Elaboração de Projeto Terapêutico Singular; Abordagem Individual; e Intervenção realizada pelo especialista.
- (D) Interconsulta; Educação Continuada em Saúde; e Elaboração de Projeto Terapêutico Singular.
- (E) Elaboração de Projeto Terapêutico Singular; Interconsulta; Grupos e Educação Permanente em Saúde.

19

No artigo intitulado “Programas de promoção da atividade física no Sistema único de Saúde brasileiro: revisão sistemática” (2016), Becker e colaboradores fazem um diagnóstico abrangente sobre o tema, indicando, por exemplo, os públicos atendidos, as disparidades regionais, profissionais envolvidos e as ações. Reconhecendo a importância dessa síntese para o estreitamento entre o debate acadêmico e a tomada de decisão, quais as principais ações destacadas pelos autores?

- (A) Programas comunitários e a prática de aconselhamento.
- (B) Abordagens multiprofissionais e grupos de caminhada.
- (C) Oferta de atividades práticas e realização periódica de grupos.
- (D) Grupos de caminhada e programas comunitários.
- (E) Abordagens multiprofissionais e realização periódica de grupos.



20

Enquanto área de estudo e produção científica, o debate sobre a atividade física galgou importantes avanços a partir da década de 2000, tornando-se, nos dias atuais, uma das pautas prioritárias da agenda mundial da saúde. Considerando tais avanços, qual a atual definição de “comportamento sedentário”, de acordo com Bull e colaboradores (2020)?

- (A) Atividades que implicam gasto energético igual ou inferior a 3,0 equivalentes metabólicos, com o corpo acordado, em atividades físicas leves, ou em postura sentada, reclinada ou deitada.
- (B) Atividades que implicam gasto energético entre 2,0 e 3,0 equivalentes metabólicos, também classificadas como atividades físicas leves, que não são incorporadas pelas recomendações internacionais.
- (C) Atividades que implicam gasto energético igual ou inferior a 3,5 equivalentes metabólicos, com o corpo acordado, em postura sentada, reclinada ou deitada.
- (D) Atividades que implicam gasto energético igual ou inferior a 2,5 equivalentes metabólicos, com o corpo acordado ou dormindo, em postura sentada, reclinada ou deitada.
- (E) Atividades que implicam gasto energético igual ou inferior a 1,5 equivalentes metabólicos, com o corpo acordado, em postura sentada, reclinada ou deitada.

21

Nahas e Garcia (2010) indicam que a saúde pública teve seu interesse despertado para a relação entre atividade física e saúde de forma mais acentuada em meados do século XX, a partir da publicação do estudo pioneiro de J. Morris e colaboradores (1953). Qual o principal achado desse estudo?

- (A) Os efeitos significantes do Método Pilates na recuperação de militares britânicos no pós-guerra, em comparação aos efeitos advindos do tratamento padrão.
- (B) As associações entre o nível de atividade física no trabalho e as doenças cardiovasculares, por meio da comparação entre profissionais de diferentes ocupações.
- (C) Identificação da aptidão cardiorrespiratória como fator de prevenção da doença arterial coronariana em adultos ativos (não-atletas).
- (D) As associações entre a aptidão física e melhorias no desempenho motor, com focos no desempenho esportivo e na preparação militar.
- (E) Os benefícios do método Aerobics para a redução do risco de doenças cardiovasculares em adultos, tendo como comparação pessoas inativas.

22

No livro “A inserção da atividade física na Atenção Básica à Saúde por meio da Extensão Universitária”, Guerra e colaboradores indicam que a intervenção do profissional de Educação Física nos cenários da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde ocorre majoritariamente por meio de “ações imateriais, que se fundamentam em importantes elementos, como acolhimento, vínculo e relacionamento com os usuários” (2020; p.154). De acordo com a classificação para as tecnologias do cuidado em saúde proposta pelo autor Emerson Merhy, essas ações majoritárias podem ser classificadas como:

- (A) Tecnologias Dura-Leves.
- (B) Tecnologias Leves.
- (C) Tecnologias Leve-Duras.
- (D) Tecnologias Empáticas.
- (E) Tecnologias Duras.

23

Guias e recomendações de atividade física constituem-se como uma das estratégias promissoras para a promoção da atividade física em nível global, indicando, para além das principais informações disponíveis, avanços para a área. Para os próximos anos, quais os avanços indicados nas mensagens-chave do documento “*World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour*”?

- (A) Mais ações permanentes de conscientização sobre os benefícios da atividade física em pessoas e grupos menos propensos à prática e mais pesquisas de base comunitária, conduzidas nos contextos dos sistemas de saúde.
- (B) Mais pesquisas sobre a relação dose-resposta entre volume e/ou intensidade de atividade física e desfechos de saúde, particularmente em pessoas com deficiência e mais evidências em comunidades de baixa e média renda, desfavorecidas ou carentes.
- (C) Mais pesquisas que avaliam riscos dos exercícios de alta intensidade, considerando a emergência de tais práticas e a elaboração de novos guias e recomendações nacionais, potencializando eventuais contextos e especificidades dos países.
- (D) Mais pesquisas de monitoramento e de avaliação das ações comunitárias de atividade física para a saúde e mais esforços combinados entre as instituições de pesquisa e agências (nacionais e supranacionais) de saúde voltadas à promoção da atividade física.
- (E) Mais pesquisas que dimensionam os reais impactos da atividade física no tratamento e/ou reabilitação da Covid-19 e mais pesquisas que aplicam técnicas motivacionais em pessoas/coletividades desinteressadas na prática de atividade física.



24

Heath e colaboradores (2012), no artigo “Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world”, indicam abordagens efetivas para o aumento dos níveis de atividades físicas. Qual alternativa indica duas das abordagens recomendadas pelos autores?

- (A) Abordagens psicossociais e de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.
- (B) Abordagens culturais e construtivistas, introduzindo diferentes oportunidades de práticas.
- (C) Abordagens individuais e baseadas em tecnologias, introduzindo o domínio digital para promoção da saúde.
- (D) Abordagens comportamentais e sociais, introduzindo apoio social para atividade física.
- (E) Abordagens que preconizam atividades físicas de alta intensidade e de aptidão física.

25

Sendo o profissional de Educação Física o mais relacionado ao tema “atividade física e saúde”, qual é a instituição que tem como objetivo central desenvolver e aprimorar a formação inicial e continuada do profissional de Educação Física com ênfase em saúde?

- (A) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).
- (B) Conselho Federal de Educação Física (CONFEF).
- (C) Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS).
- (D) Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS).
- (E) Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE).

26

A criação do Programa Academia da Saúde tomou como base algumas experiências exitosas locais e regionais. Qual alternativa destaca essas experiências?

- (A) Serviço de Orientação ao Exercício e Programa Academias da Comunidade.
- (B) Programa Saúde Ativa e Programa Academias ao Ar Livre
- (C) Programa Curitiba Ativa e Núcleos Ampliados de Saúde da Família.
- (D) Programa Academia da Cidade e Programa Academia das Cidades.
- (E) Programa Agita São Paulo e Saúde a partir de atividades físicas exitosas.

27

Hoehner e colaboradores (2008) trazem como uma das justificativas do seu estudo a substituição gradual das “doenças infecciosas e parasitárias” pelas “doenças não transmissíveis”, nos padrões de morbidade, invalidez e morte na maioria dos países de baixa e média renda. Qual a adequada terminologia dessa substituição?

- (A) Transição epidemiológica.
- (B) Transição demográfica.
- (C) Transição causal.
- (D) Transição do modelo saúde-doença.
- (E) Transição nutricional.

28

Considerando a população adulta, quais as atuais recomendações de atividades físicas moderadas e vigorosas para a obtenção de benefícios à saúde preconizadas pela Organização Mundial da Saúde?

- (A) Pelo menos entre 300 e 500 minutos semanais de atividades físicas de intensidade moderada, ou pelo menos entre 150 e 300 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana.
- (B) Pelo menos entre 150 e 300 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou pelo menos entre 75 e 150 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana.
- (C) Pelo menos entre 100 e 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidade moderada, ou pelo menos entre 50 e 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana.
- (D) Pelo menos entre 150 e 210 minutos semanais de atividades físicas de intensidade moderada, ou pelo menos entre 50 e 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana.
- (E) Pelo menos entre 350 e 420 minutos semanais de atividades físicas de intensidade moderada, ou pelo menos entre 150 e 210 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana.



29

A adaptação fisiológica do músculo ao treinamento físico é evidenciada por melhorias na força muscular, resistência, flexibilidade e resistência a lesões. Força e resistência muscular são componentes de condicionamento físico que podem melhorar ou manter outras características importantes do condicionamento físico, a saber:

- (A) Massa óssea, que está relacionada à osteoporose; massa muscular, relacionada à caquexia; tolerância à insulina, que é pertinente no estado pré-diabético; integridade músculo-tendinosa, relacionada ao menor risco de lesão; e taxa metabólica de esforço, relacionada ao controle de massa corporal.
- (B) Massa óssea, que está relacionada à osteomielite; massa muscular, relacionada à sarcopenia; tolerância à insulina, que é pertinente nos estados pré-diabético e diabético; integridade músculo-ligamentar, relacionada ao maior risco de lesão; e taxa metabólica de repouso, relacionada ao controle de massa corporal.
- (C) Massa óssea, que está relacionada à osteomielite; massa muscular, relacionada à sarcopenia; tolerância à glicose, que é pertinente no estado pré-diabético; integridade músculo-tendinosa, relacionada ao maior risco de lesão; e taxa metabólica de esforço, relacionada ao controle de massa corporal.
- (D) Massa óssea, que está relacionada à osteoporose; massa muscular, relacionada à sarcopenia; tolerância à glicose, que é pertinente nos estados pré-diabético e diabético; integridade músculo-tendinosa, relacionada ao menor risco de lesão; e taxa metabólica de repouso, relacionada ao controle de massa corporal.
- (E) Massa óssea, que está relacionada ao osteócito; massa muscular, relacionada à sarcopenia; tolerância à insulina, que é pertinente no estado diabético; integridade músculo-ligamentar, relacionada ao menor risco de lesão; e taxa metabólica de repouso, relacionada ao controle de massa corporal.

30

Os ligamentos, a fáscia e a estrutura óssea de uma articulação são importantes para a estabilidade articular. Outros dois fatores também relevantes para essa estabilidade são:

- (A) Músculos esqueléticos e tendões que abrangem a articulação, particularmente quando a estrutura óssea contribui com pouca estabilidade; e a temperatura ambiente.
- (B) Músculos esqueléticos e tendões que abrangem a articulação, particularmente quando a estrutura óssea contribui com pouca estabilidade; e a pressão atmosférica.
- (C) Músculos estriados e tendões que abrangem a articulação, particularmente quando a estrutura óssea contribui com muita estabilidade; e a pressão atmosférica.
- (D) Músculos estriados e tendões que abrangem a articulação, particularmente quando a estrutura óssea contribui com pouca estabilidade; e a pressão atmosférica.

- (E) Músculos e tendões que abrangem a articulação, particularmente quando a estrutura óssea contribui com muita estabilidade; e a temperatura ambiente.

31

Muito além do gasto energético, a atividade física é uma expressão da organização social e dos modos de vida das comunidades. Desta forma, é correto afirmar sobre a atividade física:

- (A) A atividade física está dissociada dos valores, significados e símbolos que impregnam todo o escopo do comportamento humano.
- (B) A atividade física se expressa por meio da prática livre de qualquer ação e sem definição de tempo e local.
- (C) Quando a atividade física é abordada como um construto multidimensional, presume-se que essas várias dimensões sejam independentes.
- (D) É possível uma compreensão holística da atividade física e sua relação com a saúde se uma dimensão da atividade física for analisada e compreendida.
- (E) Uma noção mais ampla de saúde pode reforçar a importância dos significados e padrões de prática de atividade física.

32

Um ponto-chave do programa Academia das Cidades é a redução das desigualdades na prática de atividade física. Qual informação é correta sobre esse programa?

- (A) Pesquisas mostram que mulheres são mais ativas que homens.
- (B) Pesquisas no Brasil mostram que a educação é inversamente relacionada à maior prática de atividade física no tempo livre.
- (C) Pesquisas mostram que indivíduos com menor renda são mais ativos no tempo livre.
- (D) Esse programa atrai para as suas atividades mais mulheres do que homens, indivíduos com menor renda e adultos de meia idade.
- (E) Em longo prazo, a consolidação do programa vai eliminar as desigualdades na prática de atividade física no lazer.

33

Silva e colaboradores (2017) sugerem dois caminhos aos modos de se debater e promover a atividade física no nível populacional. São eles:

- (A) Disseminação em larga escala das principais recomendações e benefícios da atividade física, fomentando a perspectiva de conscientização; e o desenvolvimento de ações, estratégias e políticas públicas voltadas ao enfrentamento das barreiras individuais para a prática de atividade física no tempo livre.
- (B) A compreensão de que toda atividade física conta para a manutenção da saúde, independente do domínio onde ela é realizada; e a elaboração de guias e protocolos de apoio para que profissionais de Educação Física possam



desenvolver seu trabalho de promoção da atividade física com base no conhecimento disponível.

- (C) Elaboração de ações institucionais fundamentadas nos distintos fatores socioculturais que estão atrelados à prática da atividade física; e reconhecimento do ambiente construído, no sentido de fomentar políticas públicas intersetoriais para adequação e/ou melhoria das cidades à prática de atividade física.
- (D) Fortalecimento das estratégias de promoção da atividade física na primeira infância, reconhecendo como um período crítico do desenvolvimento humano; e maior inserção da atividade física nas atividades interdisciplinares, destacando o potencial dos contextos escolar e comunitário.
- (E) A compreensão da atividade física como um fenômeno ampliado; e a compreensão holística de que a atividade física e sua relação com a saúde não são possíveis sem considerar valores, significados e símbolos que permeiam o comportamento humano vinculado aos modos de vida de uma determinada população.

34

A valorização da atividade física na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde deveu-se

- (A) à grande adesão da população a esta ação.
- (B) às informações advindas de revisões sistemáticas com metanálise sobre fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- (C) à grande adesão das escolas públicas a esta ação.
- (D) às informações advindas do censo demográfico de 2010 sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
- (E) à grande adesão dos municípios a esta ação.

35

A atividade física é um componente essencial para Promoção de Saúde, que concentra suas ações na rede básica de saúde e na comunidade, com objetivos de

- (A) mapear e apoiar as ações de atividade física nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família.
- (B) avaliar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde na lógica da eficiência do serviço público.
- (C) estimular as atividades específicas para pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas.
- (D) hierarquizar, com os gestores do SUS e outros setores, nos três níveis de gestão, as ações para aumentar os níveis populacionais de atividade física.
- (E) delimitar articulações intersetoriais para melhorar a gestão de espaços públicos para a realização de atividades físicas.

36

Os sistemas de atenção à saúde devem ser estruturados para estabelecer uma sintonia com a situação de saúde da população. É correto afirmar sobre os sistemas de atenção à saúde:

- (A) O Sistema Único de Saúde (SUS) está voltado a atender condições e eventos crônicos, pois a saúde da população apresenta predominância de condições crônicas.
- (B) O Sistema Único de Saúde (SUS) está voltado a atender condições e eventos agudos, pois a saúde da população apresenta predominância de condições agudas.
- (C) Existe a crença de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas.
- (D) O apoio à Atenção Primária à Saúde teve origem na crescente percepção entre gestores e formuladores de políticas de saúde de que ela contribui para detecção de condições crônicas da população.
- (E) Gestores e formuladores de políticas de saúde perceberam que a prestação de cuidados convencionais é eficaz para tratar os eventos agudos de saúde.

37

Desde 2001, os currículos da área da saúde devem buscar uma articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de diversificar os cenários de aprendizagem, utilizar uma concepção ampliada de saúde, indicada pelo próprio sistema de saúde vigente e incluir a dimensão do cuidado na prática profissional, além das dimensões ética, humanista e crítico-reflexiva. É correto afirmar que a integralidade

- (A) passou a ter importância secundária, pois não contempla a dimensão cuidadora dentro da realidade de cada comunidade ou usuário.
- (B) propicia menor comprometimento dos profissionais de saúde com o seu trabalho e com sua equipe.
- (C) dá maior responsabilidade pelos resultados das práticas de atenção junto à equipe e incorpora o usuário como participante deste processo.
- (D) individualiza os saberes dos diversos atores da saúde.
- (E) ignora o desenvolvimento de competências gerais dadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde.



38

De acordo com Benedetti e colaboradores (2014), qual afirmação sobre a educação interprofissional está correta?

- (A) A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde.
- (B) A prática clínica ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base em suas competências específicas.
- (C) São benefícios educacionais as aulas conceituais e a possibilidade de resolução de problemas teóricos de cada área de conhecimento.
- (D) São problemas para as políticas de saúde a melhoria das práticas e a produtividade no ambiente de trabalho
- (E) São problemas para as políticas de saúde a falta de confiança em alunos-estagiários da saúde na segurança dos pacientes.

39

A aderência à prática da atividade física está associada a qual fator?

- (A) Apoio social, que é o acesso às instalações, clima, ambiente da vizinhança ou onde o exercício ocorre.
- (B) Barreira percebida, que é quanto o indivíduo valoriza o resultado esperado.
- (C) Autorregulação, que é a confiança do indivíduo para concluir com sucesso o exercício
- (D) Motivação, que é o conjunto de fatores que limitam a crença dos indivíduos para se exercitar
- (E) Autovalorização, que é a satisfação que a pessoa tem consigo mesma.

40

Na cidade A, a maior parte dos deslocamentos é feita a pé e de bicicleta, principalmente porque as pessoas valorizam o deslocamento como uma oportunidade de encontrar e conversar com vizinhos e amigos, discutir questões da cidade e movimentar o corpo. Como as pessoas se encontram com frequência e pessoalmente no dia a dia e estão mais cientes das instalações de seu bairro, elas agendam esportes coletivos em espaços públicos regularmente. Na cidade B, as pessoas também se deslocam a pé e de bicicleta, embora esta seja uma atividade física não desejada, refletindo a pobreza e a falta de um sistema de transporte público equitativo e bem estruturado. Ao comparar essas duas cidades com níveis semelhantes de atividade física, é correto afirmar:

- (A) A definição de atividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto de energia” é suficiente para construir um estilo de vida ativo.
- (B) A compreensão do tempo, interação social e percepção do ambiente pode explicar como as pessoas nestas duas cidades cumprem a obrigação de manter um estilo de vida ativo.

- (C) Os tipos de atividade física vinculados ao deslocamento nessas duas cidades são diferentes porque têm causas diferentes.
- (D) A compreensão da atividade física como gasto energético e sua relação com a saúde é a melhor abordagem para entender as diferenças de deslocamento dessas cidades.
- (E) Atividade física é um comportamento simples e secundário para a vida humana.



ESTUDO DE CASO

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

Seu Francisco e Dona Irene têm 68 e 66 anos de idade, respectivamente, e vivem em uma cidade do interior.

Aos 60 anos de idade, seu Francisco foi aposentado por invalidez de uma metalúrgica em função de uma lesão na articulação do ombro causada pelos movimentos repetitivos manuseando materiais de peso elevado. Dona Irene nunca teve um emprego formal, mas, no bairro, ela é conhecida pela produção de quitutes e consertos de roupas.

Nos últimos anos, seu Francisco passa a maior parte dos seus dias no bar da esquina, jogando cartas e dominó com os amigos, consumindo bebidas alcoólicas e alimentos fritos. Recentemente, recebeu diagnóstico de hipertensão arterial e, ainda que ciente das consequências da doença, ele julga saber se controlar, tomando os remédios receitados apenas quando se sente “mais cansado” ou quando sente a “cabeça latejar”.

O território dispõe de algumas oportunidades gratuitas de atividade física, como os grupos de alongamento, ginástica e caminhada da Unidade Básica de Saúde (UBS) e a academia ao ar livre do bairro.

Justificando que já fez muito esforço na vida, seu Francisco não pratica atividades físicas. Dona Irene, por sua vez, faz as entregas caminhando e, percebendo alguns benefícios nas últimas semanas – como melhor disposição para as atividades, melhor sono e redução do peso – está motivada para se engajar mais em atividades físicas, visando reduzir seu sobrepeso. Contudo, ela tem receio de que as práticas possam piorar sua dor “nas juntas”. Por não ter proximidade com participantes e por considerar que não tem um “físico” adequado, dona Irene nunca participou dos grupos ofertados na UBS.

Sobre a saúde, de maneira geral, eles não querem ser um “problema” para os filhos, adultos, que moram longe e trabalham muito. Em uma consulta de rotina na UBS, entre os assuntos abordados, Dr. Jonas, Médico Generalista, aconselha que a atividade física pode ser uma boa estratégia para o controle e redução da hipertensão e do sobrepeso, respectivamente.

Tendo recebido o matriciamento da Professora Samara, Profissional de Educação Física da UBS, Dr. Jonas conversa sobre os benefícios percebidos pela dona Irene e os aconselha que a prática regular de atividade física no tempo livre é benéfica para o desenvolvimento humano. Ao seu Francisco, indica que a prática frequente de caminhada pode controlar a sua hipertensão.

Percebendo o entusiasmo da dona Irene, Dr. Jonas sugeriu que o casal procurasse a Professora Samara, para conhecer melhor as atividades físicas ofertadas. O casal a encontrou ao término de uma sessão de alongamento em grupo:

Professora Samara iniciou a conversa: - *Que bom conhecê-los, como vocês estão?*

Seu Francisco e Dona Irene responderam: - *Estamos bem, nos cuidando aos poucos, né...*

Professora Samara: *“Que bom! Vejam só... todas as quartas-feiras de tarde temos a turma de ginástica e depois a turma de alongamento, tudo aqui mesmo, nesta sala... o grupo é muito bom, acolhedor... vocês praticam alguma atividade física?”*

Dona Irene: *“Eu não vou na academia, mas sou quituteira e costureira e faço minhas entregas caminhando... como me sinto melhor nas últimas semanas, queria fazer uma atividade mais frequente, sabe, com apoio e orientação de um profissional.”*

Seu Francisco: *“Não faço muita coisa, mas sou forte... joguei futebol e trabalhei na metalúrgica por muitos anos...”*

Professora Samara: *“que interessante... nós temos uma turma de caminhada, nas quartas-feiras de manhã, às oito e meia.”*

Dona Irene: *“Ah! Já me falaram sobre esse grupo de caminhada, mas é uma turma que já está há bastante tempo né ... eles têm bom físico e aguentam, eu tenho mais peso e umas dores nas juntas... vou atrapalhar...”*

Professora Samara: *“Dona Irene, algumas pessoas entraram recentemente... com perfil parecido com o da senhora e estão muito felizes com o resultado... o importante é gostar de caminhar e fazer parte... nossos percursos são mais aqui, pelo bairro...”*

Dona Irene: *“Ô Chico, a gente poderia ver como é né... Professora... ele passa o dia todo sentado no bar e tem pressão alta.”*

Seu Francisco: *“Rêne...eu sei me cuidar... e me desculpe a sinceridade, essa caminhada é coisa pra mulher né...”*

Professora Samara: *“Não, Seu Francisco... temos dois homens no grupo... por que o senhor não vem conhecer? – É só uma horinha de atividade, às vezes até menos... se vocês se sentirem muito cansados, fazemos paradas para beber água...”*

Dona Irene: *“Mas e as minhas dores nas juntas, será que piora?”*

Professora Samara: *“Dona Irene, nosso objetivo é o bem estar... Que a senhora possa fazer e terminar a atividade se sentindo melhor e mais próxima de pessoas que também têm objetivo de caminhar. Inclusive... algumas pessoas do grupo se organizam para caminhar em outros horários. Não há que ter o receio de piorar suas dores, vocês são meus convidados.”*

Dona Irene: *“Oh Chico, vai fazer bem pra você”.*

Seu Francisco: *“Ah Rêne... ah Rêne... vamos ver, você sabe da minha situação. Professora, há uma década fui aposentado por invalidez, o trabalho físico na metalúrgica deu um problema no meu ombro.”*



Professora Samara: *“Seu Francisco, como disse, não é nosso objetivo promover o esforço excessivo. Nossa prática está relacionada à saúde, ao lazer, a apreciação da vida, perto de pessoas que têm o objetivo comum de praticar a caminhada... e como falei, eu vou junto, temos os estagiários e, se, por acaso, vocês não se sentirem bem, estarei na supervisão.”*

Seu Francisco e Dona Irene: *“Tá bom... semana que vem nós viremos”.*

Professora Samara: *“Levem esse panfleto, elaborado pelos estagiários: traz informações importantes para que vocês possam se sentir bem durante a atividade, como trazer uma garrafinha de água e fazer uso de roupas leves e boné durante os encontros. Espero vocês na semana que vem!”*

Seu Francisco e Dona Irene: *“Até mais, professora, muito obrigado pelo convite. Pode deixar que nós viremos”.*

01

Na perspectiva da clínica ampliada, quais benefícios, para além dos relacionados ao domínio físico, podem ser considerados pela Professora Samara na prática da caminhada?



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



02

Identifique e discuta os potenciais riscos éticos profissionais nas abordagens de cada profissional envolvido nesse caso.

03

Com base nas atuais recomendações para a redução do risco de problemas cardiovasculares, elabore os princípios gerais para avaliação e prescrição de exercícios para Seu Francisco e Dona Irene.



Residência Profissional 2024
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

