

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2024

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

F F

Profissão 6: Fisioterapia



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 Fisioterapia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul 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.



FISIOTERAPIA**16**

A ventilação não invasiva (VNI) com pressão positiva tem se mostrado um meio eficiente e seguro de suporte ventilatório para muitos pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica exacerbada. A seleção desses pacientes é fundamental para o sucesso desse procedimento e o conhecimento das indicações ao uso da VNI faz parte da avaliação. Além da exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), em quais outros casos é indicado o uso de VNI?

- (A) Rebaixamento do nível de consciência, infarto agudo do miocárdio, apneia.
- (B) Edema pulmonar cardiogênico, pós-operatório imediato de cirurgias abdominais e torácicas eletivas.
- (C) Necessidade imediata de intubação endotraqueal, obstrução de via aérea alta, hipersecreção pulmonar.
- (D) Em pacientes terminais, estratégia de desmame, pós-operatório de esofagectomia.
- (E) Apneia, obstrução de via aérea alta, estratégia de desmame.

17

O termo reexpansão pulmonar é comumente utilizado na prática fisioterapêutica para referenciar manobras e exercícios que visam à melhora da expansão pulmonar. A indicação mais importante é a hipoventilação pulmonar e várias técnicas podem ser eficientes na sua prevenção ou tratamento. Qual alternativa descreve corretamente a técnica e seus efeitos no sistema respiratório?

- (A) Reflexo miotático ou compressão e descompressão torácica ou descompressão torácica abrupta que é a compressão manual exercida no tórax durante a inspiração, seguida por descompressão abrupta ao final da expiração e início da inspiração. Seu efeito baseia-se na maior positividade da pressão pleural promovida pela compressão/descompressão abrupta com aumento do fluxo de ar para a região pulmonar que se pretende reexpandir.
- (B) Incentivadores respiratórios, também conhecidos como inspirômetros de incentivo, são equipamentos que promovem feedback visual do deslocamento do fluxo ou volume de ar feito pelo paciente. Os incentivadores respiratórios a volume impõem maior ativação de musculatura respiratória com obtenção de maior volume toracoabdominal comparado aos incentivadores a fluxo.
- (C) Exercícios com pressão positiva, nos quais se fornece uma pressão positiva inspiratória para criar o gradiente de pressão necessário para causar o fluxo de ar para dentro dos pulmões. A respiração com pressão positiva nas vias aéreas previne e trata atelectasias pulmonares, ajuda a mobilizar a secreção e melhora a complacência pulmonar em pacientes com ou sem risco de complicações pulmonares.
- (D) Soluços ou suspiros inspiratórios são volumes inspiratórios nasais longos e sucessivos até atingir a capacidade

inspiratória máxima, seguidos por expiração rápida. Espera-se que haja aumento no volume inspiratório e melhor distribuição da ventilação. As inspirações longas favorecem pequena variação pressórica intrapulmonar, permitindo ventilar unidades alveolares com constante de tempo elevado.

- (E) Sustentação máxima da inspiração ou exercício respiratório com inspiração máxima sustentada consiste em uma inspiração máxima bucal e rápida, sustentada por 3 segundos, seguida por expiração suave. A inspiração rápida aumenta a força de contração muscular e a pausa promove melhor distribuição.

18

A oxigenoterapia é frequentemente utilizada no cuidado do paciente hospitalizado, porém, se aplicada em altas doses, pode provocar toxicidade e causar complicações indesejáveis com consequências nocivas ao paciente, incluindo:

- (A) depressão da ventilação em pacientes retentores de dióxido de carbono (CO₂) em ar ambiente quando se fornece PaO₂ maior que 60 mmHg.
- (B) traqueobronquite, síndrome da angústia respiratória aguda e fibrose pulmonar intersticial em neonatos e prematuros expostos a altas concentrações de oxigênio.
- (C) retinopatia, doença pulmonar crônica e hemorragias intraventriculares que podem se desenvolver em indivíduos normais.
- (D) atelectasias por absorção em decorrência de depleção do gás hélio, aumento da atividade mucociliar e da atividade leucocitária.
- (E) oxigênio a 100% não pode ser tolerado de 24 a 48 horas com danos sérios ao tecido e a exposição mais prolongada pode causar danos definitivos.



19

A prevalência da asma vem aumentando nos últimos anos, principalmente entre crianças, devido ao aumento da sua exposição aos alérgenos e poluentes. O tratamento clínico e fisioterapêutico é fundamental para boa evolução e qualidade de vida dessas crianças e envolve um plano de educação que inclui orientação

- (A) quanto aos fatores desencadeantes, tais como manter a casa limpa para evitar o pó doméstico, alimentação adequada e higiene corporal para prevenção de infecções virais, e animais preferencialmente fora de casa.
- (B) para o uso dos broncodilatadores (ou de alívio) que são drogas usadas para o alívio dos sintomas e agem relaxando a musculatura brônquica, provocando a broncodilatação e tratando a causa da asma.
- (C) quanto ao uso adequado do aerossol dosificador (bombinha), pois permite que a droga, usada corretamente seja administrada diretamente no pulmão, porém, em crianças, não é necessário o uso de espaçador.
- (D) para o uso de broncodilatadores de forma regular, mesmo sem sintomas, ao contrário dos anti-inflamatórios que tratam a asma e devem ser usados quando os sintomas estiverem presentes.
- (E) quanto ao programa de treinamento físico que objetiva aumento da capacidade aeróbia e *endurance* muscular, sabendo-se que a natação possui benefícios maiores que os realizados fora da água devido ao relaxamento causado pelo cloro.

20

A fratura de quadril está entre as principais lesões provenientes da queda em idosos e é uma das condições de saúde que mais causam incapacidade. A fisioterapia tem papel fundamental na reabilitação desses pacientes, e um dos principais objetivos na recuperação pós fratura de quadril é

- (A) mobilizar assim que possível, durante a fase hospitalar, com exercícios que envolvem sobretudo atividades funcionais, como sentar e levantar da cama, além de gradativamente descarregar o peso no membro inferior operado.
- (B) treinar marcha assim que o paciente receber alta hospitalar, e o uso de dispositivos auxiliares deve ser adicionado ao protocolo de atendimento ambulatorial, para que o indivíduo ganhe mais confiança durante o período de adaptação.
- (C) diminuir a intensidade dos exercícios de fortalecimento à medida que a fratura vai se consolidando pois na fase subaguda, indica-se a aplicação de treino funcional e alongamentos.
- (D) administrar analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides no controle do quadro algico, já que a fisioterapia não deve ser realizada quando o paciente sente dor, pois comprometerá a confiança do indivíduo na evolução da recuperação.
- (E) treinar equilíbrio, que deve ser realizado no período pós agudo à fratura, pois é nessa fase que deve se intensificar a descarga de peso e transferência com o objetivo de prevenir as quedas.

21

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde divulgou, por meio da portaria 399, um documento de Promoção de Saúde (PS), chamado *Pacto pela Saúde*, o qual aprovou as seguintes diretrizes operacionais:

- (A) Elaborar e implementar uma política de PS, de responsabilidade intergestores bipartite com representação estadual e municipal.
- (B) Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e combate ao tabagismo.
- (C) Articular, promover e manter os diversos programas existentes, pois contemplam todos os aspectos necessários para o bem-estar dos idosos.
- (D) Desenvolver políticas de meio ambiente com ênfase no aspecto físico e que atendam às necessidades dos indivíduos, priorizando a desigualdade social.
- (E) Minimizar o potencial impacto negativo do envelhecimento populacional estabelecendo de mecanismos de inclusão social de idosos, por meio do direito à renda.

22

O conjunto de eventos cardíacos que ocorre entre o início de um batimento e o início do próximo é denominado ciclo cardíaco, que, por sua vez, é iniciado pela geração espontânea de um potencial de ação, que se localiza

- (A) na parte posterior do ventrículo direito, próximo à abertura da artéria pulmonar.
- (B) próximo à veia cava inferior, na parte anterior do ventrículo direito.
- (C) na região posterior do átrio direito, próximo à abertura da veia cava superior.
- (D) na região anterior do átrio esquerdo, próximo à abertura da veia cava superior.
- (E) próximo ao ventrículo esquerdo, na emergência do tronco pulmonar.

23

O músculo cardíaco é constituído por dois sincícios, o atrial e o ventricular. Essa composição estratégica da massa muscular possibilita que

- (A) os ventrículos se contraíam antes dos átrios.
- (B) o ventrículo esquerdo se contraía antes do direito.
- (C) os átrios se contraíam um pouco antes dos ventrículos.
- (D) os átrios e ventrículos se contraíam simultaneamente.
- (E) o ventrículo direito termine sua contração antes do esquerdo.



24

Anatomicamente, uma artéria apresenta as seguintes camadas:

- (A) Túnica íntima, constituída por fibras elásticas; túnica média, constituída por tecido conjuntivo; e túnica adventícia, constituída por fibras musculares.
- (B) Túnica íntima, constituída por células endoteliais; túnica média, constituída por células musculares lisas; e túnica adventícia, constituída por fibras elásticas.
- (C) Túnica adventícia, constituída por musculatura lisa; camada média, constituída por fibras elásticas; e túnica íntima, constituída por células endoteliais.
- (D) Túnica interna, constituída por células endoteliais e músculo arteriolar; e camada média, constituída por tecido elástico.
- (E) Túnica média, constituída por células musculares; túnica adventícia, constituída por células endoteliais; e camada íntima, constituída por tecido conjuntivo.

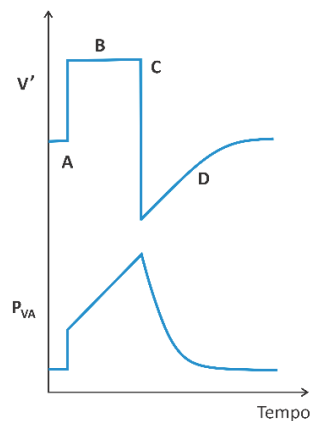
25

O processo de envelhecimento acarreta uma série de mudanças morfofuncionais que diminuem a capacidade do indivíduo de enfrentar a demanda necessária para manter a vida saudável. A limitação do desempenho funcional no idoso é multifatorial e baseia-se em alguns conceitos, a saber:

- (A) Restrições catastróficas que se instalam de forma gradual, ao longo do tempo, como osteoartrite, doença de Parkinson e doença de Alzheimer.
- (B) Restrições progressivas que se instalam de forma aguda e estão relacionadas a doenças e lesões, como fratura de quadril e acidente vascular encefálico.
- (C) Hierarquização das limitações com início das restrições nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e posteriormente nas Atividades Físicas ou Básicas de Vida Diária (ABVD).
- (D) Dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que são relacionadas ao comprometimento da memória, déficits sensoriais, má autoavaliação da saúde e baixa renda.
- (E) Dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são relacionadas à sobrevivência e ao autocuidado, essenciais para uma vida independente.

26

A figura a seguir ilustra o gráfico de fluxo e pressão de um ciclo ventilatório da ventilação mecânica.



Qual fase do ciclo está indicado pela letra C?

- (A) Disparo: término da fase expiratória e abertura da válvula inspiratória do ventilador, iniciando nova fase inspiratória.
- (B) Fase inspiratória: o ventilador mecânico mantém válvula inspiratória aberta e realiza a insuflação pulmonar conforme o modo ventilatório programado.
- (C) Fase expiratória: abertura da válvula expiratória, permitindo a desinsuflação pulmonar até ocorrer o equilíbrio entre a pressão do sistema respiratório e a pressão expiratória final determinada no ventilador.
- (D) Ciclagem: critério utilizado pelo ventilador para fechar a válvula inspiratória e realizar a transição da fase inspiratória para a expiratória.
- (E) Fase de pausa inspiratória, na qual há ausência de fluxo inspiratório com abertura de válvula inspiratória do ventilador.

27

A promoção da segurança do paciente pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) durante a internação é guiada por protocolos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde. Qual alternativa contém os itens de segurança?

- (A) Identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão, segurança na prescrição e administração de medicamentos, higienização das mãos, prevenção de quedas.
- (B) Identificação do paciente, gestão de risco, gestão de pessoas, prevenção de quedas, higienização das mãos.
- (C) Higienização das mãos, gestão de risco, gestão de pessoas, prevenção de quedas, segurança na prescrição e administração de medicamentos.
- (D) Identificação do paciente, gestão de risco, segurança na prescrição e administração de medicamentos, higienização das mãos, prevenção de quedas.
- (E) Prevenção de úlceras por pressão, gestão de pessoas, gestão de equipamentos, prevenção de quedas, higienização das mãos.



28

Após um acidente vascular encefálico (AVE), as síndromes clínicas provenientes da oclusão ou hemorragia na circulação cerebral variam de parcial a total e dependem das estruturas anatômicas acometidas. Qual a associação correta entre a artéria envolvida no AVE e os sintomas clínicos correspondentes?

- (A) Artéria cerebral anterior: nistagmo, vertigem, náuseas, ataxia, dor e sensação térmica diminuídas no lado oposto.
- (B) Artéria cerebral média: paralisia e déficit sensorial contralaterais, deficiência motora da fala, negligência unilateral, apraxia.
- (C) Artéria cerebral posterior: coma, quadriplegia, paralisia pseudobulbar, anormalidades dos nervos cranianos.
- (D) Artéria cerebelar anteroinferior: sensibilidade preservada, ausência de espontaneidade, inatividade motora, ecolalia, perseveração.
- (E) Artéria basilar completa: hemianopsia, déficit de memória, hemiplegia contralateral, incontinência urinária, apraxia.

29

De acordo com Darcy Umphred (2009), a dor no membro superior do paciente com hemiplegia possui diferentes causas relacionadas aos sistemas musculoesquelético e neurológico. Com relação às causas de dor e respectivas abordagens terapêuticas, é correto afirmar:

- (A) A dor no ombro pode ser causada pela perda do ritmo escapuloumeral e pela rotação lateral do úmero insuficiente. Entre 60 e 90 graus de flexão anterior, pode ocorrer o pinçamento da cápsula que poderá causar dor na região superior da articulação do ombro. A abordagem adequada para se evitar a dor neste caso é a imobilização com tipoia.
- (B) Pode ocorrer dor muscular e tendinosa quando um músculo hipertônico ou encurtado é alongado muito rapidamente ou além de seu comprimento. Neste caso, deve-se manter o alongamento na mesma intensidade e, progressivamente, aumentar os graus na amplitude articular para que haja adaptação do tecido muscular.
- (C) As tendinites mais comuns são dos músculos bíceps braquial e flexor do punho, e a causa comum é o suporte de peso inadequado devido a um tronco inativo e um braço “pendente”. O tratamento da tendinite é a analgesia (por exemplo, calor, ultrassom, estimulação elétrica), seguida de movimentação ativo-assistida no exercício que causou a dor.
- (D) A síndrome ombro-mão apresenta desconforto ao toque, edema na mão e dor difusa, sensibilidade alterada no ombro e no braço. A intervenção inclui eliminar a dor, dessensibilizar o braço e a mão, eliminar o edema da mão, introduzir movimentos restabelecendo a mobilidade escapular e com amplitudes menores que 60 graus.
- (E) A subluxação inferior do ombro é a mais comum em pacientes com hemiplegia, e ocorre quando a cabeça umeral se acomoda por baixo do processo coracoide, na posição de rotação medial e pequena abdução. Todos os movimentos do úmero são acompanhados pela escápula causando dor, para a qual deve ser realizada analgesia com técnicas de crioterapia.

30

Quais os sintomas da Doença de Parkinson?

- (A) Rigidez, bradicinesia, acinesia e instabilidade postural.
- (B) Espasticidade, bradicinesia, tremor e déficit na atenção.
- (C) Espasticidade, bradicinesia, acinesia e tremor.
- (D) Rigidez, plegia, atonia, tremor e instabilidade postural.
- (E) Atonia, acinesia, tremor e instabilidade postural.

31

Para o encaminhamento de recém-nascidos à intervenção pela fisioterapia, são considerados indicadores de risco para alterações do neurodesenvolvimento:

- (A) Peso ao nascimento menor que 2.500g, idade gestacional igual ou maior que 36 semanas, exposição pré-natal a álcool/drogas, necessidade de ventilação mecânica por 36 horas ou mais.
- (B) Peso ao nascimento maior que 2.500g, idade gestacional igual ou menor que 36 semanas, icterícia neonatal, alto risco social (por exemplo, idade dos pais acima de 17 anos).
- (C) Peso ao nascimento menor que 1.500g, idade gestacional igual ou menor que 32 semanas, exposição pré-natal a álcool/drogas, alto risco social (por exemplo, idade dos pais abaixo de 17 anos).
- (D) Peso ao nascimento maior que 1.500g, idade gestacional igual ou menor que 32 semanas, asfixia, alto risco social (por exemplo, idade dos pais acima de 17 anos).
- (E) Peso ao nascimento menor que 1.500g, idade gestacional igual ou maior que 32 semanas, necessidade de ventilação mecânica ao nascimento, icterícia neonatal.

32

Darcy Umphred (2009), em seu capítulo sobre Tratamento de crianças com Paralisia Cerebral, afirma que, em épocas anteriores, havia poucas pesquisas sobre abordagens e protocolos de tratamentos pediátricos que suportassem o rigor da investigação científica. Atualmente, há alguns métodos começando a ser submetidos a investigações sistemáticas, sendo correto afirmar:

- (A) A Terapia de Restrição e Indução ao Movimento foi adaptada a pacientes adultos após acidente vascular cerebral. Entretanto, não há evidências até o momento de melhoras significativas na quantidade e qualidade do movimento em crianças com lesões neurológicas.
- (B) O treino locomotor em esteira móvel em crianças com Paralisia Cerebral apresenta resultados promissores, com melhora no padrão de marcha, diminuição da coativação da musculatura das extremidades inferiores e melhora na estabilização do gasto calórico.
- (C) O treino locomotor em esteira móvel pode ser usado em crianças e adolescentes desde que sejam maiores de 5 anos de idade, pois, até o momento, não existem adaptações para corpos menores ou equipamentos para auxiliar na sustentação do peso corporal.
- (D) O treinamento de marcha apresenta pouca eficácia na presença de espasticidade, uma vez não há estudos



demonstrando melhoras na força e no desempenho funcional.

- (E) O treinamento de força na presença de espasticidade em adultos pode melhorar o condicionamento e o bem-estar psicológico. Entretanto, não há efeitos sobre a amplitude de movimento e sobre a espasticidade, sendo, portanto, contraindicado em crianças.

33

O reflexo espinal mais estudado, e provavelmente um dos mais importantes, é o reflexo de estiramento. Com relação ao mecanismo do reflexo de estiramento, é correto afirmar:

- (A) O estímulo é o alongamento muscular, enquanto o receptor é o órgão tendinoso de Golgi, innervado pelo axônio tipo Ib, que faz conexões inibitórias diretas com os neurônios motores.
- (B) O estímulo é a contração muscular, enquanto o receptor é o órgão tendinoso de Golgi, innervado pelo axônio tipo Ia, que faz conexões excitatórias indiretas com os neurônios motores.
- (C) O estímulo é o alongamento muscular, enquanto o receptor é o fuso neuromuscular, innervado pelo axônio tipo Ib, que faz conexões excitatórias indiretas com os neurônios motores.
- (D) O estímulo é a contração muscular, enquanto o receptor é o fuso neuromuscular, innervado pelo axônio tipo Ia, que faz conexões inibitórias indiretas com os neurônios motores.
- (E) O estímulo é o alongamento muscular, enquanto o receptor é o fuso neuromuscular, innervado pelo axônio tipo Ia, que faz conexões excitatórias diretas com os neurônios motores.

34

De acordo com William E. Prentice & Michael L. Voight, (2003), durante o processo de cicatrização de uma lesão musculoesquelética, o que é correto afirmar sobre os efeitos das técnicas de mobilidade?

- (A) Reduzem a formação de cicatriz, a revascularização e a regeneração muscular, além da reorientação das fibras musculares.
- (B) Facilitam o processo de cicatrização se iniciadas imediatamente após a lesão, na fase de resposta inflamatória.
- (C) Devem ser evitadas na fase de reparação tecidual, pois prejudicam o ganho de flexibilidade e de força muscular.
- (D) Devem ter intensidade controlada na fase de remodelação para facilitar a remodelação e o realinhamento tecidual.
- (E) Podem provocar dor, edema ou outros sintomas clínicos, indicando que a intensidade do exercício está adequada.

35

Os músculos que estendem e rodam a coluna vertebral podem ser classificados como superficiais ou profundos. Quais músculos se enquadram nessa categoria?

- (A) Eretores da espinha, interespinal e multifídeos.
- (B) Eretores da espinha, multifídeos e supraespinal.
- (C) Multifídeos, iliopsoas e reto femoral.
- (D) Interespinal, supraespinal e retofemoral.
- (E) Eretores da espinha, iliopsoas e supraespinal.

36

O músculo estriado esquelético é responsável pelo movimento das "alavancas" ósseas. Sobre a organização anatômica e funcional do músculo esquelético, é correto afirmar:

- (A) O ventre do músculo é composto por fibras elásticas separadas e paralelas chamadas miofilamentos.
- (B) Os miofilamentos são compostos por milhares de pequenos sarcômeros, que são as unidades funcionais do músculo.
- (C) As miofibrilas são pequenos elementos contráteis de proteína no interior do sarcômero.
- (D) Existem dois tipos de miofibrilas: a miosina, mais delgada e a actina, mais espessa.
- (E) As pontes cruzadas conectam a actina e a miosina e, na contração muscular, as tracionam de modo a aproximá-las.

37

Segundo Jackson Filho et al. (2018), as ações para a saúde do trabalhador, visando à prevenção de agravos e acidentes, têm como objeto:

- (A) A visão unicausal ou multicausal do adoecimento e dos "fatores de risco" considerados, sendo principal componente na avaliação antropométrica e postural do indivíduo.
- (B) A análise de riscos detectáveis pelos especialistas geralmente associados ao ambiente (físico, químico ou biológico), aos equipamentos e ao posto de trabalho.
- (C) A compreensão das atividades de trabalho e seus determinantes, tanto os proximais quanto os associados à organização do trabalho e aos modos de gestão, e até os externos às empresas.
- (D) A prevenção de lesões por esforço repetitivo com enfoque no controle do ambiente, por exemplo, por meio da adaptação ergonômica do posto de trabalho.
- (E) A prática baseada em evidência, fomentando, na pesquisa científica especializada, os melhores métodos e técnicas de tratamento fisioterapêutico ao indivíduo.



38

De acordo com Mendes (2011), os atributos de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) explicitados pelo Ministério da Saúde são:

- (A) Trabalhar com a população e o território indefinidos, com oferta de serviços de saúde baseados nas necessidades e preferências gerais da população, independentemente das particularidades culturais e de gênero.
- (B) Preconizar um número reduzido de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.
- (C) Atenção Primária à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado.
- (D) Preconizar prestação de todos os serviços especializados em um mesmo lugar da rede, sem a necessidade de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial.
- (E) Articular as políticas institucionais e delegar a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações ao poder executivo.

39

De acordo com o Capítulo II do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, são responsabilidades fundamentais do fisioterapeuta:

- (A) Prestar assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, podendo discriminar a população atendida de acordo com critérios culturais e de gênero.
- (B) Aceitar atribuição ou assumir encargo quando necessário e urgente para o cliente/paciente/usuário, em respeito aos direitos humanos, independentemente de sua capacidade técnica e das recomendações relativas à capacitação e à titulação.
- (C) Compartilhar, com seus superiores, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, desde que solicite sigilo também das demais partes envolvidas.
- (D) Recomendar, prescrever e executar tratamento ou nele colaborar, independentemente do consentimento formal do cliente/paciente/usuário ou de seu representante legal ou responsável, quando se tratar de menor ou incapaz.
- (E) Atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, amparando-se nos princípios da beneficência e da não maleficência, no desenvolvimento de sua profissão, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente.

40

São consideradas infrações ao Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia:

- (A) Divulgar, para fins de autopromoção, declaração, atestado, imagem ou carta de agradecimento emitida por cliente/paciente/usuário ou familiar deste, em razão de serviço profissional prestado.
- (B) Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal compatível com o princípio de bioética de justiça.
- (C) Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência, cumprindo os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo COFFITO.
- (D) Negar a utilização, mesmo a título gratuito, de seu nome ou de sociedade que seja sócio, para atos que impliquem na mercantilização da saúde e da Fisioterapia em detrimento da responsabilidade social e socioambiental.
- (E) Proteger o cliente/paciente/usuário e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde, advertindo o profissional faltoso.



ESTUDO DE CASO

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

A.D.F., 34 anos, vítima de colisão moto x auto, com capacete, socorrido pelo Águia (transporte aéreo), com prancha rígida e colar cervical, $\Delta t = 30$ min, Escala de Coma de Glasgow (ECG) 3, realizada intubação orotraqueal (IOT) na cena, fratura exposta de fêmur à direita (D).

No pronto-socorro foi feita a avaliação ABCDE de acordo com as diretrizes do Advanced Trauma Life Support (ATLS): A) Via aérea pérvia, IOT (cânula n. 8,0; rima labial 24), com colar cervical; B) Murmúrio vesicular presente bilateral (MV+), expansibilidade simétrica, saturação periférica de O_2 (SpO_2) 96%; C) pressão arterial (PA) 90 x 55, frequência cardíaca (FC) 135, abdome flácido, ultrassonografia FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) negativa, pelve estável, diurese clara, toque retal normal; D) eletrocardiograma (ECG) 3T, anisocoria ($D > E$); E) fratura exposta de fêmur D, ferimento corticocontuso em região temporoparietal D. Foi feita expansão volêmica com cristaloides.

Foi realizada tomografia computadorizada de corpo inteiro: 1) Segmento craniocervical: hematoma subdural temporoparietal D; hemorragia subaracnóidea; hemoventrículo; apagamento difuso dos sulcos corticais; desvio importante das estruturas da linha mediana; múltiplas fraturas de face (ossos nasais, maxila D, parede lateral e inferior de órbita D); artérias carótidas e vertebrais de aspecto preservado; não foram identificadas lesões na coluna vertebral cervical. 2) Segmentos toracoabdominal e pélvico: opacidades em vidro fosco nas bases pulmonares, provavelmente relacionadas a processo aspirativo; não foram observadas lesões de vísceras abdominais e pélvicas; ausência de fraturas em pelve; fratura de fêmur D.

Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi abordado pelas equipes da neurocirurgia e ortopedia. Realizada craniotomia descompressiva com drenagem de hematoma subdural temporoparietal D, passagem de derivação ventricular externa (DVE) e cateter para monitoração da pressão intracraniana (PIC). Também foram realizadas limpeza cirúrgica e fixação externa do fêmur D. O paciente recebeu no intraoperatório três unidades de concentrado de hemácias e 1 de plasma, 1.000 mL de cristaloides e apresentou 450 mL de diurese. Os procedimentos cirúrgicos foram realizados sem intercorrência. O paciente foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório imediato, sedado com 25 mL/h de propofol e 2 mL/h de fentanil, Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) - 5, pupilas isomióticas, PIC 16, com 15 mL/h de noradrenalina, pressão arterial média (PAM) 98, FC 86, sob IOT + ventilação mecânica (VM,) SpO_2 99%.

01

Analisando o caso clínico apresentado, quais são as estratégias de neuroproteção que o fisioterapeuta pode realizar considerando seus procedimentos de rotina?



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



02

De acordo com Prentice & Voight, capítulo 29 - Reabilitação da virilha, do quadril e da coxa, como deve ser a reabilitação da lesão traumática do fêmur?

03

De acordo com o exposto por Umphred, no capítulo 17 - Lesão Cerebral Traumática, faça uma lista dos problemas mais comuns que podem ocorrer após uma lesão cerebral traumática.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



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

0/0

1

1/100

