

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



B B

Profissão 2: Educação Física



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

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: 2h. 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

01

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiram continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertezas de seus contornos. Há quem se interroga mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443.
Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

"A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias", explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de "causa" o trecho:

- (A) "Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024".
- (B) "Apesar de ambas as doenças serem virais".
- (C) "como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor".
- (D) "de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior".
- (E) "assim como dos vírus da Zika e Chikungunya".



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevalecimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrienal. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



EDUCAÇÃO FÍSICA**16**

Conforme Ramires et al. (2014), no artigo “Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática”, dentre várias ações, qual pode ter contribuído para a propagação dos métodos epidemiológicos na pesquisa em educação física?

- (A) A ampliação da Rede de Atenção Básica.
- (B) A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- (C) A inserção do Profissional de Educação Física na Unidade Básica de Saúde.
- (D) A disseminação das estratégias de inserção e promoção da atividade física.
- (E) O olhar direcionado às consequências do comportamento sedentário nas populações.

17

Loch et al. (2019), no artigo “Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio”, destacam aspectos a serem considerados na atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. Dentre eles, é correto citar:

- (A) Valorizar a utilização dos espaços privados.
- (B) Focar a atuação na prescrição individualizada.
- (C) Utilizar uma abordagem moralista quanto ao estilo de vida.
- (D) Reconhecer que a orientação da atividade física é exclusiva de uma única profissão.
- (E) Buscar atuação coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

18

Considerando o “(...) potencial impacto das Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) no desenvolvimento humano e sua contribuição para uma vida mais satisfatória e prazerosa”, como apresentado no artigo de Carvalho et. al. (2020), é correto afirmar:

- (A) As PCAF devem estar centradas exclusivamente na “protocolarização das práticas”, estando o foco mais no protocolo do que nas pessoas.
- (B) As PCAF devem estar centradas na assistência individual, curativista, biologicista, fragmentada, com olhar reducionista.
- (C) As PCAF podem contribuir no tratamento de algumas condições de saúde, o que está muito relacionado ao modo de inserção das PCAF na vida das pessoas.
- (D) A indicação das PCAF deve ser centrada apenas pela necessidade individual de sobrevivência.
- (E) As PCAF devem estar centradas exclusivamente no tratamento/terapêutica de DCNTs, com visão curativista.

19

No âmbito do SUS, as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) assumem caráter mais participativo e cooperativo e para uma melhor interlocução entre Cuidado e Promoção da Saúde. Nesse contexto, as atividades devem estar relacionadas

- (A) a sentimentos de exclusão e incapacidade.
- (B) a condição de “ter que fazer/ser obrigado a praticar”.
- (C) a competição e rendimento.
- (D) aos sentimentos positivos de valorização da vida.
- (E) a um cunho de oposição e a uma condição imperativa.

20

Na atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde, a estratégia de “(...)organizar e participar de atividades de educação em saúde, considerando a cultura dos sujeitos e comunidades e buscando estabelecer uma relação que respeite estes saberes”, segundo LOCH et al. (2019), é entendida da seguinte forma:

- (A) A comunidade tem uma participação meramente passiva neste processo.
- (B) Os profissionais de Educação Física devem limitar as ações de educação em saúde a “palestras”.
- (C) A relação deve ser vertical entre profissionais de saúde e comunidade.
- (D) É necessário superar a lógica em que os profissionais de saúde são os únicos “detentores” do conhecimento.
- (E) É suficiente informar que atividade física é benéfica para a saúde, para o conhecimento das pessoas.

21

As Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) podem ser entendidas como ação de Promoção da Saúde e de Cuidado. Isso permite pensar nessa ação de promoção como “campo-mãe das PCAF no SUS”, sendo correto afirmar que ela

- (A) pode ser direcionada para a vivência, fruição e usufruto das PCAF.
- (B) deve ser limitada à atenuação e controle de sinais e sintomas de doenças.
- (C) precisa se restringir a prevenção de doenças.
- (D) necessita ser medida pela efetividade das práticas, apenas pelo saber epidemiológico.
- (E) deve ser medida prioritariamente pelo desempenho das habilidades físicas.



22

Segundo Carvalho et.al. (2020), “(...) até antes da aproximação da Educação Física (EF) com a epidemiologia, parece evidente que a aproximação desta área do conhecimento com a Saúde se dava fundamentalmente por seu viés biológico, amparada pelo papel das Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) nas situações de doenças”. Nesse contexto, é correto afirmar que a EF

- (A) já compreendia a complexidade relacionada às PCAF.
- (B) era baseada na política e planejamento, com olhar para as subjetividades.
- (C) era orientada nas relações entre as PCAF e os achados das áreas das ciências humanas e sociais.
- (D) era relacionada ao papel das PCAF aos indicadores de saúde.
- (E) sustentava-se na grande área da Saúde Coletiva em diferentes contextos.

23

No tocante à Educação Física na Atenção Primária, como o Profissional de Educação Física pode estimular o usuário a adotar e manter um determinado comportamento relacionado à saúde, sem desconsiderar os contextos, possibilidades e as condições de vida das pessoas e tornando agradável o ambiente das práticas corporais e atividades físicas?

- (A) Realizando o acolhimento na unidade de saúde, a visita domiciliar ou no estabelecimento do vínculo usuário com a equipe de saúde.
- (B) Evitando a formação de grupos de práticas corporais e atividades físicas no SUS, já que é um espaço para prevenção e tratamento de doenças.
- (C) Priorizando o atendimento individual em detrimento da formação de grupos.
- (D) Formando grupos que estimulam a competitividade e assim facilitar a participação de todos.
- (E) Sugerindo a utilização de espaços privados, devido à estrutura mais adequada para a prática das atividades.

24

Como citado em Guimarães et al. (2020), a intervenção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária precisa considerar “a concretude do contexto no qual a pessoa vive, seus interesses, desejos, crenças e limitações.” Nesse contexto, as estratégias a serem elaboradas independem

- (A) da condição financeira, pois a atividade oferecida é gratuita e um direito do cidadão.
- (B) do tempo disponível, já que a Unidade de Saúde oferece um amplo horário de atendimento.
- (C) do local onde vive, pois a atividade será oferecida na Unidade de Saúde.
- (D) do interesse do usuário, pois ele fará a atividade que estiver disponível.
- (E) das suas crenças e limitações, já que estão estabelecidos os benefícios da prática de atividades físicas.

25

Loch et.al. (2019) abordam a atuação dos Profissionais de Educação Física inseridos no contexto da Atenção Básica à Saúde e a prática de as atividades físicas. Sobre esse assunto, é preciso

- (A) controlar a contribuição para a mudança do modelo de atenção.
- (B) privilegiar um olhar ampliado de saúde, coerente com o princípio da integralidade.
- (C) direcionar somente à sua relação com as doenças e agravos crônicos de saúde.
- (D) evitar o aspecto cultural da atividade física.
- (E) reforçar o olhar biomédico, ainda hegemonicó.

26

Mendes (2012), *apud* Guimarães et.al.(2020), comenta que o SUS, buscando responder às demandas sociais de saúde passa a adotar uma abordagem diferente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Qual alternativa melhor descreve essa abordagem?

- (A) Supera o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNTs e não as relaciona com as doenças infecciosas persistentes.
- (B) Supera o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNTs e passa a ser promovida e articulada como cuidado das condições crônicas.
- (C) Mantém o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNTs e as relaciona com as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal.
- (D) Supera o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNTs e não inclui a atenção para os distúrbios mentais de longo prazo.
- (E) Mantém o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNTs e não abrange as deficiências físicas e estruturais contínuas.

27

De acordo com o documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2021), quais são os atributos para uma prática de atividade física ser considerada exitosa?

- (A) Controle Social; Educação Permanente em Saúde; Multiprofissionalidade e Visão Ampliada de Saúde.
- (B) Adoção; Alcance; Efetividade; Implementação e Manutenção.
- (C) Multiprofissionalidade; Interprofissionalidade; Intrasetorialidade e Intersetorialidade.
- (D) Avaliação; Implementação; Planejamento e Recontratualização.
- (E) Autonomia; Participação; Planejamento; Replicação e Sustentabilidade.



28

Visando à segurança durante a prática, recomenda-se que programas de exercícios físicos sejam elaborados levando em consideração o estado de saúde e o nível de atividade das pessoas. A autoavaliação é uma estratégia potencial para essas identificações. Qual instrumento de autoavaliação é sugerido pelo livro “ACSM's Complete Guide to Fitness & Health”?

- (A) Escala de Atividade Física e Comportamento Sedentário da Organização Mundial da Saúde (*The World Health Organization Physical Activity and Sedentary Behaviour Scale*: WHO-S).
- (B) Questionário de Prontidão para Atividade Física (*The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone*: PAR-Q+).
- (C) Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (*The World Health Organization Quality of Life Questionnaire*: WHOQOL-100).
- (D) Escala de Percepção do Esforço de Borg (*The Borg Rating of Perceived Exertion*: RPE).
- (E) Escala de Segurança para Atividade Física do ACSM (*The ACSM's Safety Scale for Physical Activity*: ACSM-SSPA).

29

Considerando o artigo “Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio” (Loch et al., 2019), qual ação pode ser fortalecida por meio do aconselhamento para a atividade física?

- (A) Matriciamento.
- (B) Intrasetorialidade.
- (C) Intersetorialidade.
- (D) Prevenção de Doenças.
- (E) Promoção da Saúde.

30

No “ACSM's Complete Guide to Fitness & Health” (Bushman, 2017), indica-se que programas de exercícios físicos devem ser balanceados e robustos, envolvendo distintos componentes. Segundo o autor, quais os quatro componentes essenciais de um programa de exercícios?

- (A) Aptidão Aeróbica; Força Muscular; Potência e Resistência Muscular.
- (B) Aptidão Anaeróbica; Flexibilidade; Força e Potência.
- (C) Aptidão Aeróbica; Aptidão Muscular; Flexibilidade e Treinamento de Exercícios Neuromotores.
- (D) Agilidade; Aptidão Muscular; Coordenação e Treinamento de Exercícios Neuromotores.
- (E) Aptidão Física; Aptidão Cardiovascular; Periodização e Resistência.

31

Estudos mais recentes sugerem a participação efetiva de Profissionais de Educação Física no apoio matricial. Dessa forma, qual a definição de apoio matricial utilizada por Oliveira e Wachs (2019), no artigo “Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial” (2019)?

- (A) É o processo de reorganização das equipes de trabalho, hierarquizando os núcleos de formação de acordo com as necessidades e a situação de saúde das pessoas atendidas.
- (B) É uma estratégia de educação continuada, interprofissional, que visa ao fortalecimento dos grupos atendidos nas unidades de saúde e da tomada de decisão local.
- (C) É uma estratégia que preconiza a reorganização das ações assistenciais, sob as matrizes das especialidades e da experiência do gestor para a tomada de decisão.
- (D) É uma tecnologia em saúde que envolve um rearranjo organizacional da gestão do trabalho, por meio da relação entre equipe de referência e apoiado matricial.
- (E) É a reorganização da agenda de trabalho, de modo que profissionais dos núcleos matriciais possam estar presentes nas situações mais pontuais observadas no campo de atuação.

32

No artigo “Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde”, Carvalho et al. (2020) indicam que há uma falsa dicotomia entre “Cuidado” e “Promoção da Saúde”, que se alicerça, geralmente, na própria compartmentalização interna entre os temas. Quais as interseções indicadas pelos autores que podem superar a falsa dicotomia entre “Cuidado” e “Promoção da Saúde”?

- (A) Fortalecimento das ações, estratégias e políticas públicas intrasetoriais e intersetoriais, congregando esforços dos trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde.
- (B) Oferta de programas de Educação Continuada e de Educação Permanente em Saúde aos trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde.
- (C) Fortalecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde nos cursos superiores da área da saúde, preconizando o acúmulo de experiências nos campos de prática.
- (D) Ações na Redes de Atenção à Saúde e na articulação com setores que atuam nos determinantes e condicionantes da saúde.
- (E) Ações na Atenção Primária à Saúde, direcionadas a grupos vulneráveis e reconhecimento da singularidade dos territórios em que esses grupos são pertencentes.



33

De acordo com Knuth et al. (2018), no artigo “Promoção da saúde: um convite à releitura de imprecisões teóricas na área de Atividade Física e Saúde”, qual avanço se faz necessário para o desenvolvimento do tema “Promoção da Saúde” dentro da área de estudo intitulada “Atividade Física e Saúde”?

- (A) Desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da atividade física a partir do que é preconizado pela Lei Orgânica da Saúde.
- (B) Reconhecimento das situações e contextos em que as ações de promoção da atividade física podem ser servir à promoção da saúde ou à prevenção de doenças.
- (C) Fortalecimento do tema atividade física nas políticas nacionais de saúde, destacando a potencialidade do Sistema Único de Saúde.
- (D) Aproximação entre pesquisadores, trabalhadores e tomadores de decisão, a fim de ressignificar os caminhos para a promoção da saúde no contexto comunitário.
- (E) Superação da abordagem dura em direção aos indivíduos e pouco crítica aos contextos e às condições de vida.

34

Reconhecendo-se que quanto maior a divulgação e alcance aos usuários maiores as chances de participação nas ações relacionadas à atividade física, quais são as estratégias indicadas pelo documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2021) para a divulgação das ações realizadas?

- (A) “Confecção de mural na unidade de saúde”; “Distribuição de panfletos” e “Inserções em organizações comunitárias”.
- (B) “Aproximações com rádios comunitárias”; “Criação de redes sociais”; “Representatividade nos espaços coletivos” e “Parceria com lideranças comunitárias”.
- (C) “Agentes Comunitários de Saúde”; “Boca-a-boca”; “Distribuição de cartazes” e “Divulgação nas equipes de saúde”.
- (D) “Gestão participativa”; “Grupos da unidade de saúde”; “Reuniões abertas da equipe de saúde” e “Visitas domiciliares”.
- (E) “Atuação em escolas”; “Estratégias de comunicação social” e “Realização de mutirões de saúde”.

35

A avaliação dos programas de atividade física é essencial para a identificação das populações atendidas, abordagens implementadas e impactos na população em geral. Dessa forma, no artigo “Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo” (Silva et al., 2021), quais os grupos vulneráveis que apresentam maior participação nas atividades desenvolvidas nos polos dos Programa Academia da Saúde e Programa Academia da Cidade?

- (A) Imigrantes e Migrantes.
- (B) Negros e Pessoas com deficiência.
- (C) Pessoas com doenças crônicas e Ribeirinhos.
- (D) Indígenas e Idosos.
- (E) Pessoas em situação de rua e Pessoas de baixa renda.

36

Promover a clínica ampliada é uma das atitudes indicadas pelo artigo “Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial” (Oliveira; Wachs, 2019) para a prática do apoio matricial. Preconizando elementos como a elaboração de um Projeto Terapêutico específico para cada caso e a criação de vínculo com as pessoas atendidas, a clínica ampliada se constitui como diretriz da Política Nacional

- (A) de Humanização - PNH.
- (B) do Cuidado Integral - PNCI.
- (C) de Promoção da Saúde - PNPS.
- (D) de Assistência à Saúde - PNAS.
- (E) de Atenção Básica - PNAB.

37

No artigo “Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo” (Silva et al., 2021), em qual domínio de avaliação indica-se que os Programas Academia da Saúde e Academia da Cidade são espaços favoráveis para a formação multiprofissional?

- (A) Avaliação de sustentabilidade.
- (B) Avaliação de processo.
- (C) Avaliação de resultado.
- (D) Avaliação de alcance.
- (E) Avaliação de implementação.

38

De acordo com o “Guia de atividade física para a população brasileira” (Brasil, 2021), qual a recomendação mínima de atividades físicas moderadas para a saúde entre adultos?

- (A) 300 minutos por semana.
- (B) 75 minutos por semana.
- (C) 100 minutos por semana.
- (D) 200 minutos por semana.
- (E) 150 minutos por semana.



39

Ao identificar as evidências de estudos de diversas partes do mundo, qual o principal resultado do artigo “Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão” (Bueno et al., 2016)?

- (A) Mesmo que a promoção da atividade física ainda seja incipiente na perspectiva sistêmica, as estratégias disponíveis indicam que as ações, estratégias e políticas públicas acarretaram, em curto prazo, na redução de custos aos sistemas nacionais de saúde.
- (B) Sistemas nacionais de saúde que investem na promoção da atividade física conseguem gerar, em médio prazo, uma economia financeira que pode ser sustentável e aplicada em outros temas relacionados à saúde.
- (C) A inatividade física representa a principal fonte de gastos públicos no âmbito da assistência à saúde, em particular na situação de saúde das populações mais vulneráveis.
- (D) A atividade física é uma variável importante para a economia de recursos financeiros em saúde pública, por estar inversamente associada aos custos com procedimentos de saúde, medicamentos e controle de doenças crônicas.
- (E) Com a economia dos gastos atribuídos à inatividade física, os sistemas nacionais de saúde poderiam contratar mais profissionais relacionados ao tema, expandindo a oferta e o acesso às atividades físicas.

40

Quais as capacidades físicas abordadas pelo “Guia de atividade física para a população brasileira” (Brasil, 2021)?

- (A) Composição corporal; Equilíbrio; Força e resistência muscular
- (B) Aptidão cardiorrespiratória; Equilíbrio; Flexibilidade e Força.
- (C) Força e resistência muscular; Potência; Resistência cardiorrespiratória.
- (D) Composição corporal; Controle da tensão; Flexibilidade; Força e resistência muscular.
- (E) Agilidade; Coordenação motora; Equilíbrio postural; Força e resistência muscular.



ESTUDO DE CASO

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

O professor de Educação Física Alex desempenha um trabalho de referência no setor de reabilitação do hospital. Em sua rotina, ele está inserido em distintas formas de atendimento, incluindo a prática do aconselhamento e a oferta de exercícios físicos para pessoas com distintas condições de saúde.

Mais especificamente, ele avalia que os atendimentos em grupo, realizados nas instalações do setor de reabilitação, são sua principal frente de intervenção, pois, para além dos benefícios físicos, a lógica da coletividade fortalece outros domínios do bem-estar, como a socialização e a saúde mental.

Por exemplo, um dos grupos atendidos pelo professor Alex é composto por seis adultos (homens e mulheres) que sofreram episódios recentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Felizmente, as pessoas do grupo não foram acometidas por sequelas mais graves e, no presente momento, elas se encontram em um estágio mais avançado do programa de reabilitação, que também conta com os cuidados de profissionais de outros núcleos de formação.

Animados com os avanços, os participantes procuram saber mais sobre o programa de exercícios e questionam se eles poderiam se envolver em outras atividades, além do programa que é oferecido no setor de referência. Também sugerem ao professor Alex se eles poderiam experimentar, nos encontros futuros, a prática de exercícios de força mais intensos, muito por conta da tendência do treinamento intervalado de alta intensidade (popularmente conhecidos como HIIT – *high intensity interval training*).

Atento às demandas dos seus alunos e tendendo a aceitá-las, professor Alex faz as seguintes reflexões sobre a conjuntura:

- I. É necessário pensar em atividades adaptadas que sejam atraentes e inclusivas, pois se trata de um grupo de risco, que fora recentemente impactado por um AVC e;
- II. A oferta e a vivência de distintas atividades, mesmo que adaptadas e adequadas às condições de saúde das pessoas do grupo, podem se configurar como um estímulo para que os participantes do grupo possam se manter engajados em atividades físicas / exercícios físicos após o término do programa de reabilitação.

Questão 01

Reconhecendo a dificuldade de engajamento de pessoas pós-AVC em atividades físicas / exercícios físicos, professor Alex traz consigo a preocupação em oferecer atividades atraentes e inclusivas, que, de alguma forma, possam motivar seus alunos a seguirem praticando atividades físicas / exercícios físicos para além do programa de reabilitação. Visando aproximar as perspectivas do cuidado e da promoção da saúde em sua prática, quais potencialidades são indicadas por Carvalho et al. (2020), no artigo “Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde”?



Questão 02

No que se refere ao treinamento intervalado de alta intensidade, citado no caso apresentado, quais estratégias poderiam ser utilizadas para que a atividade fosse mais atraente e inclusiva?

Questão 03

Além do treinamento intervalado de alta intensidade, quais outras estratégias poderiam ser utilizadas para que houvesse adesão e aderência às atividades físicas de forma prazerosa, sem a “obrigatoriedade em participar”, respeitando as características individuais, vivências e experiências motoras, valorizando o sentido e significado que as atividades possam ter para o participante?



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1^a Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1
1/100

