



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
HOSPITALAR – 2018

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO 001/2018

SELEÇÃO DE CANDIDATOS ÀS VAGAS DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO NA MODALIDADE DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE / EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE
HOSPITALAR PARA O PERÍODO LETIVO DE 2018

Data: 04 de fevereiro de 2018
Hora Inicial: 13:00 (Hora Local)
Tempo da Prova: 04 horas

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

FISIOTERAPIA

SÓ ABRA QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Verifique se este caderno contém um total de 20 questões de Políticas Públicas de Saúde e 20 questões de conhecimentos específicos.
2. Fique atento aos avisos a serem feitos pelo fiscal de sala.
3. Após ser autorizado, abra o caderno, verifique o seu conteúdo e solicite imediatamente a troca caso falem folhas ou existam falhas na impressão.
4. Transfira cada uma de suas respostas para a Folha de Respostas conforme as instruções lá contidas.
5. Para se dirigir aos fiscais, levante o braço e aguarde ser atendido.
6. O candidato que for flagrado com telefone celular ou outro aparelho eletrônico, “mesmo desligado”, terá a sua prova anulada. Não leve o celular ou outro aparelho eletrônico para o banheiro, pois o porte destes, nessa situação, também ocasionará a anulação da prova.

OBS.: os fiscais não estão autorizados a dar informações sobre esta prova.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

1. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde. Assinale a alternativa **incorreta**:

- a) Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado).
- b) Produção de subjetividades, ação e reflexão individualizada sobre os processos de trabalho.
- c) Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário.
- d) Uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.
- e) Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde.

2-Sobre a Promoção da Saúde:

I- Apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

II- Realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/ política, setor sanitário/ outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem.

III- É uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às

diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

IV- É avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores, e verificação de padrões de conformidade.

V - É a implementação de auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

Assinale a alternativa que contém as afirmativas corretas

- a) I e II
- b) I, II e III
- c) III e IV
- d) IV e V
- e) II e V

3. A participação social no SUS é um princípio doutrinário que está assegurado na Constituição, nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do pacto de gestão do SUS. Diante do exposto assinale a alternativa que **NÃO** corresponde às ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social.

- a) Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da Saúde, com vistas ao seu fortalecimento e a garantia do pleno exercício dos seus papéis
- b) Estimular a participação e a avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde
- c) Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS
- d) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS
- e) Estruturar a gestão do trabalho no SUS

4. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Reza no Art. 5º que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda por outros

membros, conforme as especificidades de cada região. Qual das alternativas abaixo NÃO corresponde:

- a) Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes.
- b) Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas.
- c) Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos.
- d) Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.
- e) Movimentos das Igrejas.

5. De acordo com AYRES (2009), entende-se por modelo de atenção à saúde:

- a) A convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações.
- b) A possibilidade de estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas capazes de compartilhar horizontes práticos de interesse comum
- c) A possibilidade de construir saberes compreensivos-interpretativo produtores de sínteses aplicadas
- d) O processo de passagem da Higiene para a Epidemiologia
- e) A construção de totalidade compreensiva

6. São objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde, EXCETO:

- a) Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica
- b) Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis
- c) Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.
- d) Incentivar a pesquisa em promoção da saúde avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.
- e) Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

7. O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Uma das prioridades

pactuadas é a Saúde do Idoso, que deve seguir as seguintes diretrizes:

- I - Implantação de serviços de atenção domiciliar.
- II - Fortalecimento da participação social.
- III - Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- IV - Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.
- V - Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

Assinale a alternativa que contém as afirmativas corretas

- a) I, II e III
- b) II e III
- c) IV e V
- d) I e II
- e) I e III

8. No tocante as responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria. Cabe ao município, EXCETO:

- a) Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- b) Implementar a auditoria sobre toda a produção dos serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
- c) Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- d) Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais.
- e) Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de saúde.

9- AYRES (2009) ao discorrer sobre algumas necessidades e possibilidades de construção de modelos de atenção à saúde, subdivide a análise em 3 planos relevantes e estreitamente ligados. São eles:

- I - O eixo das interações.
- II - A epidemiologia
- III - O núcleo do saber.
- IV - A aplicação da técnica.
- V - O aspecto da ética.

Assinale a alternativa que contém as afirmativas corretas

- a) I, III e V
- b) III, IV e V
- c) IV e V
- d) II e III
- e) I e III

10. O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar por meio de iniciativas que busquem:

I - A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS

II - A promoção de medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

III - A promoção da Cidadania, como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito.

IV - O financiamento, como a garantia de recursos de acordo com as necessidades do sistema.

V - Ampliação e qualificação da estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Assinale a alternativa que contém as afirmativas corretas

- a) I e II
- b) III e IV
- c) I e V
- d) I, III e IV
- e) II e V

11. Em 2008, completaram-se trinta anos da realização da Conferência de Alma-Ata, que contou com a participação de 134 países. Essa Conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um nível de saúde melhor para todos. Para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”, proposta nessa conferência, a principal estratégia foi o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Com relação à APS, NÃO podemos afirmar que:

- a) Constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.
- b) A moderna concepção da APS surgiu em 1920, no Reino Unido, quando ocorreu a difusão da noção de atenção primária, por meio do

Relatório elaborado pelo Professor Abraham Flexner, que ressaltava a importância da reorganização e hierarquização dos cuidados de saúde.

- c) Tem como princípios ordenadores ou atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.
- d) No Brasil, a Atenção Básica de Saúde é uma denominação correspondente ao da literatura internacional para a APS.
- e) No Brasil, para a reconstrução da prática na APS, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), inspirado na experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde do estado do Ceará, que diminuiu drasticamente a mortalidade infantil daquele estado.

12. A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. De acordo com esse documento:

- a) O Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, não estando incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
- b) A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter substitutivo às ações e serviços de saúde prestados pelas instituições públicas.
- c) As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade decrescente.
- d) A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.

e) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Essas comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

13. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Sendo assim, com relação à Política Nacional de Humanização (PNH) marque F para as falsas e V para as verdadeiras e, em seguida, assinale a alternativa que contém a sequência correta.

() A humanização do SUS se operacionaliza por meio da construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos e com o trabalho em rede com equipes multiprofissionais.

() O apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos é um dos princípios norteadores da PNH.

() Para implementação da PNH se propõe, no eixo do financiamento, a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;

() Um dos objetivos do PNH é reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde

() A redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco, são alguns dos resultados esperados com a implementação da PNH.

- a) V-F-F-V-F
- b) V-V-V-V-V
- c) V-V-F-V-V
- d) V-F-F-F-V
- e) F-V-V-F-F

14. Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”, EXCETO:

- a) Acolhimento com classificação de risco
- b) Equipes de referência e de apoio matricial
- c) Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva
- d) Programa HIPERDIA
- e) Projetos de construção coletiva da ambiência

15. Com relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde, assinale a alternativa correta:

- a) Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Previdência Social, juntamente com a Seguridade e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.
- b) O Artigo 195 da Constituição Federal determina que a Seguridade Social será financiada apenas com os recursos provenientes dos orçamentos dos Estados e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.
- c) Nas esferas federal e estadual, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados.
- d) As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal não estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).
- e) O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

16. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Com relação a isso, assinale a alternativa incorreta:

- a) As iniquidades em saúde são consideradas aquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também inevitáveis, injustas e desnecessárias.
- b) Segundo Nancy Adler (2006), podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades.
- c) O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.
- d) O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.
- e) O modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde.

17. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), pode-se dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Esse modelo pedagógico hegemônico de ensino pode ser caracterizado pelos seguintes itens, EXCETO:

- a) Centralidade nos conteúdos, organizados de compartimentada e isolada.
- b) Fragmentação dos indivíduos em especialidades da clínica.

- c) Integração dos conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica
- d) Centralidade das oportunidades de aprendizagem nas unidades básicas de saúde.
- e) Adoção de sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada.

18. Aglutinador e vetor de reflexão e ação políticas (Escorel, 1998), o movimento sanitário, inicia os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade. Pode-se afirmar que esse movimento:

- a) Exclui a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos.
- b) Contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso
- c) Mantém a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, negando-lhe a possibilidade de interlocução e diálogo.
- d) Compreende a auto-identidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas fixas e pré-determinadas.
- e) Passa a ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores).

19. No que se refere às Redes de Atenção à Saúde (RASs), julgue as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. As RASs, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos sem a dispersão de serviços.
- II. A organização das RASs tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.
- III. Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede vertical de atenção à saúde.

- IV. As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento o que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde e a integralidade.
- V. As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

- a) II, IV e V estão corretas
 b) II, III, IV, V estão corretas
 c) I, IV, V estão corretas
 d) Apenas IV e V estão corretas.
 e) Todas estão corretas.

20. Sobre as Redes de Atenção à Saúde (RASs), não se pode afirmar que:

- a) O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.
- b) O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.
- c) A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.
- d) São funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde: resolubilidade, comunicação e responsabilização.
- e) As RASs determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de

territorialização. Conceitualmente, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RASs em que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção secundária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção terciária e, por essa razão, tendem a ser mais dispersos espacialmente.

FISIOTERAPIA

1. A Insuficiência respiratória é definida de maneira simplista pela tensão arterial de dióxido de carbono (PCO_2) > 50 mmHg ou tensão arterial de oxigênio ($PaCO_2$) no nível do mar $< 50-60$ mmHg. Sobre insuficiência respiratória analise as assertivas abaixo:

- I. O comprometimento isolado da difusão é a principal causa de hipoxemia.
- II. Em áreas de ventilação inadequada para determinado nível de perfusão (desequilíbrio V/Q), há diminuição relativa da PO_2 e da porcentagem de saturação de oxi-hemoglobina no sangue venoso pulmonar. O resultado é a diminuição da PaO_2 e aumento do gradiente A-a.
- III. Embora não seja uma causa primária de hipercapnia, a sobrecarga dos músculos respiratórios (por aumento do trabalho respiratório associado a distúrbio pulmonar grave ou fadiga) pode acarretar hipoventilação relativa em virtude da incapacidade de aumentar adequadamente a ventilação minuto.
- IV. No shunt direito-esquerdo, quando o sangue desviado se mistura ao restante do sangue arterial, há aumento do teor médio de O_2 e portanto, da $PaCO_2$ média. O gradiente A-a sempre está diminuída.

Estão corretas:

- a) II
 b) II e III
 c) IV
 d) I e II
 e) I, II, III, IV

2. A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio suplementar com intuito de elevar ou manter a saturação de oxigênio acima de 90%, corrigindo os danos da hipoxemia. Analise as assertivas abaixo:

I. A inspiração de níveis elevados de oxigênio depleta rapidamente os níveis de nitrogênio do organismo. Quando os níveis de nitrogênio no sangue diminuem, a pressão total dos gases venosos cai rapidamente.

II. Uma exposição de FiO_2 a 85% durante 7 dias provocará proliferação e hipertrofia de pneumócitos tipo II, edema mitocondrial, destruição e hipertrofia de células endoteliais.

III. Pacientes com hipercapnia crônica podem apresentar depressão ventilatória quando recebem concentrações altas de oxigênio. Nesses casos, a oferta adicional de O_2 deve ser rigorosamente controlada para corrigir a hipóxia sem, contudo, aumentar a hipercarbia.

IV. O sistema de baixo fluxo fornece oxigênio com fluxo menos que a demanda do paciente, com concentrações que variam de 24 a 60% (FiO_2).

Estão corretas:

- a) I e IV
- b) IV
- c) II e III
- d) III e IV
- e) I, II, III, IV

3. O desmame da ventilação invasiva é definido como o processo de transição entre a ventilação mecânica (VM) e a ventilação espontânea. Alguns índices fisiológicos são capazes de auxiliar significativamente a probabilidade de sucesso ou fracasso na retirada da VM. Analise as assertivas abaixo:

I. A capacidade vital é obtida com uma expiração máxima realizada após uma inspiração normal. Valores maiores que 10 ml/Kg são considerados aceitáveis e sugerem sucesso no desmame.

II. O volume corrente deve apresentar um valor > 5 ml/Kg como nível aceitável para o desmame e, valores de volume minuto $> 10-15$ l/min estão relacionados à Falha no procedimento de desmame.

III. O índice de ventilação rápida e superficial é avaliada pela relação f/VC , e realizado previamente a extubação, é capaz de identificar um padrão ventilatório rápido ($f > 30$ irpm) e superficial ($\text{VC} < 0,3$ l).

IV. O índice de CROP avalia os dados da complacência pulmonar e frequência respiratória. Valores maiores que 12 ml/irpm são considerados preditivos de sucesso no desmame.

Estão corretas:

- a) I e II
- b) II e III
- c) III e IV
- d) I e IV
- e) I, II, III, IV

4. Cargas respiratórias internas, induzidas por doenças do sistema respiratório, também podem alterar o padrão respiratório. Sobre os padrões respiratórios patológicos analise as assertivas abaixo:

I. Pacientes com fraqueza ou paralisia do músculo escaleno, disponível para estabilização do tórax, podem apresentar depressão da região torácica superior quando o diafragma se contrai. Esse tipo de respiração pode ocorrer em pacientes com lesão medular e em recém-nascidos.

II. Em pacientes portadores de DPOC, devido ao reposicionamento das fibras musculares, a contração diafragmática produz redução do diâmetro transversal do tórax, processo denominado sinal de Hoover.

III. Na respiração de Sheyne-Stokes ocorre alteração crescente e decrescente da amplitude respiratória com intervalos de hipopneia. Pode ser encontrado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.

IV. A respiração assincrônica é caracterizada pelo padrão anormal de recrutamento do músculo diafragma, favorecendo o aparecimento de um intervalo de tempo entre os movimentos do tórax e abdome.

Estão corretas:

- a) I
- b) II e III
- c) I e III
- d) I e II
- e) I, II, III, IV

5. A reabilitação cardíaca na Fase I geralmente inicia-se após 12 a 24 horas de IAM não complicado. Sobre a reabilitação cardíaca nessa fase, analise as assertivas abaixo:

I. Nos dois primeiros dias de permanência na UTI/UCO, as atividades são restritas a apenas 2 METS.

II. Os exercícios que envolvam contrações isométricas devem ser evitados e são contraindicados nessa fase.

III. O aumento da intensidade de exercícios, de um dia para outro, é baseado na progressão do programa de STEPS.

IV. A presença de sinais e sintomas, tais como fadiga, náusea, sudorese, dor no peito e elevação da frequência cardíaca (FC) acima de 20 bpm em relação à FC de repouso, indica intolerância ao exercício.

Estão corretas:

- a) I e II
- b) I e IV
- c) II
- d) II e III
- e) I, II, III, IV

6. Define-se ventilação não-invasiva- VNI como suporte ventilatório administrado sem a presença de cânula endotraqueal. Sobre os efeitos da VNI em algumas patologias analise as assertivas abaixo:

I. A aplicação de CPAP no edema agudo de pulmão associado a medicação convencional, leva a correção mais rápida das trocas gasosas, com efeitos discutíveis na redução da mortalidade.

II. Na insuficiência respiratória hipoxêmica grave, a protelação da intubação está associado ao aumento substancial na morbidade e mortalidade. Nesta situação, a VNI apresenta uma alta incidência de falha, e sua utilização está restrita ao ambiente de terapia intensiva ou sala de emergência, sob estrita vigilância.

III. A aplicação da VNI na asma na atual fase do conhecimento seria justificável, em pacientes que aparentemente tenham resistência inicial aos broncodilatadores, sem necessidade imediata de intubação orotraqueal.

IV. No paciente com DPOC, a VNI desde que respeitada as contraindicações, é o tratamento de escolha para agudização da DPOC, em virtude de reduzir o tempo de intubação, tempo de hospitalização, custos e mortalidade hospitalar quando comparado a ventilação convencional.

Estão corretas:

- a) I e III
- b) II e III
- c) III e IV
- d) I e IV
- e) I, II, III, IV

7. A ventilação artificial é um dos meios de suporte que objetiva essencialmente manter o processo de respiração celular e a sobrevivência do paciente. Compreender seu funcionamento, sua aplicação e seus riscos é essencial para poder oferecer um melhor tratamento. Analise as assertivas abaixo:

I. No disparo a fluxo, o paciente realiza a negatificação da pressão, ocasionando geração de fluxo respiratório contra o fluxo básico do aparelho. A identificação na mudança de fluxo, abrirá a válvula inspiratória.

II. Na ciclagem a tempo, o aparelho cessa a inspiração após o volume predeterminado.

III. O modo ventilação mandatória intermitente sincronizada – SIMV, pode ser ciclado a volume e pressão (o chamado SIMV-P é apenas controlado a pressão, mas ciclado a volume).

IV. O modo ventilatório volume controlado – VCV, pode ser disparado pelo paciente (fluxo ou volume), sendo ciclado a tempo.

Está correta (s):

- a) I
- b) I e III
- c) II e IV
- d) III e IV
- e) III

8. Segundo a I Recomendação Brasileira de Fisioterapia Respiratória em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (2012), a(s) técnica(s) que não são indicadas para a desobstrução das vias aéreas em crianças são:

- a) A percussão torácica imediatamente após extubação, pois pode aumentar a pressão intratorácica e a hipoxemia, sendo esta última não relevante quando a técnica é realizada em períodos menores que 30 segundos.
- b) A tapotagem e percussão pulmonar pois pode aumentar e resultar em quadros convulsivos e hipertensivos, sendo este último não relevante quando a técnica é realizada em períodos menores que 50 segundos.

- c) A percussão torácica aplicada em RNs imediatamente após mudança de decúbito, pois pode proporcionar quadros de hipertensão pulmonar, displasia Broncopulmonar e pneumonia.
- d) A tapotagem, vibração torácica e a AFE imediatamente após cirurgia vascular pois podem aumentar parâmetros ventilatórios e ocasionar quadros hipertensivos..
- e) A tapotagem, a vibração torácica e a manobra de Bag Squeezing em neonatos pois podem aumentar parâmetros ventilatórios e quadros hipertensivos.

9. A tosse desempenha como papel principal o descolamento e a mobilização do material contido nas vias aéreas durante a fase expulsiva. Identifique abaixo em que situações a tosse assistida é indicada.

- a) Recomenda-se apenas para crianças com doenças neurológicas que cursem com atraso no DNPMN, cujos principais efeitos adversos encontrados distensão abdominal, aumento do refluxo gastroesofágico e dificuldades motoras e auditivas.
- b) Recomenda-se para crianças com doenças neuromusculares e doenças respiratórias agudas que cursem com pouca secreção nas vias aéreas e doenças pulmonares crônicas, cujos principais efeitos adversos encontrados distensão abdominal, aumento do refluxo gastroesofágico, desconforto respiratório, alterações cardiovasculares (como vasculite) e pneumonia.
- c) Recomenda-se apenas para crianças e prematuros com doenças genéticas que cursem com doenças pulmonares e diminuição do pico de fluxo expiratório (PFI), cujos principais efeitos adversos encontrados distensão abdominal, aumento do refluxo gastroesofágico, diminuição da FR, aumento da FC, SPO2.
- d) Recomenda-se para crianças com doenças neuromusculares e doenças respiratórias agudas ou crônicas que cursem com excesso de secreção nas vias aéreas de difícil expectoração e/ou atelectasias pulmonares e/ou pico de fluxo expiratório (PFE), cujos principais efeitos adversos encontrados distensão abdominal, aumento do refluxo gastroesofágico, hemoptise, desconforto torácico e/ou abdominal, alterações cardiovasculares agudas (como bradicardia) e pneumotórax.

e) Recomenda-se para crianças com doenças metabólicas e doenças respiratórias crônicas que cursem com excesso de secreção nas vias aéreas de difícil expectoração e/ou atelectasias pulmonares e/ou pico de fluxo expiratório (PFE), cujos principais efeitos adversos encontrados distensão abdominal, aumento do refluxo gastroesofágico, hemoptise, desconforto respiratório, bradicardia e alterações cardiovasculares agudas (como vasculite) e pneumonia.

10. Quanto a modalidade ventilatória a VENTILAÇÃO DE SUPORTE (VS):

- a) É uma ventilação controlada por pressão e de modo espontâneo, o qual permite ao paciente manter apenas um controle do ciclo ventilatório, ou seja, o disparo é realizado pelo paciente.
- b) É uma ventilação com pressão de suporte, com modo controlado, o qual permite ao respirador manter o controle do ciclo ventilatório, ou seja, tanto o disparo como a ciclagem são realizados pelo respirador.
- c) É uma ventilação com pressão de suporte, modo espontâneo, o qual permite ao paciente manter o controle do ciclo ventilatório, ou seja, o disparo e a ciclagem são realizados pelo paciente.
- d) É uma ventilação controlada por pressão, com modo intermitente, o qual permite ao paciente manter o controle do ciclo ventilatório, essencialmente no momento da ciclagem.
- e) É uma ventilação com pressão de suporte, com modo intermitente ciclada a tempo, o qual permite ao paciente manter o controle do ciclo ventilatório e pré determinar os picos de pressão inspiratória que varia ciclo a ciclo.

11. Segundo Poustiaux, (2004), a Desobstrução Rinofaringea (DRR) com instilação:

- a) É uma manobra de expiração lenta e forçada que tem como objetivo remover secreções da rinofaringe aplicada em crianças acima de 7 anos e pode ser realizada posicionando a cabeça em ligeira hiperextensão e rodando a cabeça para o lado da narina a ser instilada

b) É uma manobra de inspiração forçada que tem como objetivo remover secreções da rinofaringe e pulmão, direcionada a crianças acima de 24 meses podendo ser realizada posicionando a cabeça em ligeira extensão rodando a cabeça para o lado contralateral da narina a ser instilada

c) É uma manobra de inspiração forçada com a glote aberta que tem como objetivo remover secreções da rinofaringe e pulmão e pode ser realizada posicionando a cabeça em ligeira flexão rodando a cabeça para o lado contralateral da narina a ser instilada.

d) É uma manobra de expiração lenta e desinsuflação pulmonar que tem como objetivo remover secreções da nasofaringe, direcionada à criança pequena com menos de 24 meses e pode ser realizada posicionando a cabeça em ligeira flexão e rodando a cabeça para o lado contralateral da narina a ser instilada.

e) É uma manobra de inspiração forçada destinada à desobstrução da rinofaringe, direcionada à criança pequena com menos de 24 meses. A cabeça em ligeira hiperextensão girada para o lado da narina que deverá ser instilada com soro fisiológico, garante a penetração mais profunda possível da substância.

12. Na Ventilação Não Invasiva com Pressão Positiva (VNIPP) na modalidade CPAP nasal em neonatologia (Andrade 2011) :

a) Esta modalidade de VNIPP é muito conhecida, embora com poucos benefícios quando aplicada no paciente com desconforto respiratório e síndrome de aspiração de mecônio em decorrência de problemas clínicos relacionados e da fibrose pulmonar instalada.

b) Este recurso é antigo e por não auxiliar nos problemas clínicos relacionados em pediatria é apontada em vários estudos como uma modalidade sem benefícios na ausência de movimentos respiratórios e doenças metabólicas.

c) A falta de consenso na literatura sobre esta modalidade torna essa estratégia um pouco subjetiva, embora venha sendo utilizada como um método de intervenção não invasiva na apnéia da prematuridade, principalmente na modalidade CPAP nasal em neonatologia.

d) A falta de consenso na literatura sobre esta modalidade torna essa estratégia um pouco subjetiva, sendo este o principal motivo de não utilizar nas UTIs pediátricas, em doenças

respiratórias graves como a Fibrose pulmonar e atelectasia.

e) Este recurso não auxilia nos problemas clínicos relacionados em neonatologia e é apontada em vários estudos como uma modalidade sem benefícios tanto para a apnéia da prematuridade como para a Insuficiência respiratória grave e fibrose pulmonar.

Considerando as alternativas desta questão:

a) Apenas a alternativa a está correta

b) Apenas a alternativa b está correta

c) Só a alternativa c está correta

d) Apenas a alternativa d está correta

e) Todas as alternativas estão corretas

13. Conforme Guy Postiaux (2007), os exercícios de fluxo inspiratório controlado (**EDIC**), consistem:

a) Consistem de manobras inspiratórias lentas e profundas executadas em decúbito lateral, colocando-se a região que será tratada em supralateral. São realizadas com ajuda de exercitadores inspiratórios utilizados na espirometria de incentivo.

b) Consistem de manobras inspiratórias lentas e profundas executadas em decúbito dorsal, colocando-se a região que será tratada para cima. São realizadas com ajuda de exercitadores inspiratórios utilizados na espirometria de incentivo.

c) Consistem de manobras inspiratórias lentas e profundas executadas em decúbito lateral, colocando-se a região que será tratada em infralateral. São realizadas com ajuda de exercitadores inspiratórios utilizados na espirometria de incentivo.

d) Consistem de manobras inspiratórias rápidas e profundas executadas em decúbito lateral, colocando-se a região que será tratada em infralateral. São realizadas com ajuda de exercitadores inspiratórios utilizados na espirometria de incentivo.

e) Consistem de manobras inspiratórias rápidas e profundas executadas em decúbito dorsal, colocando-se a região que será tratada em supralateral. São realizadas com ajuda de exercitadores inspiratórios utilizados na espirometria de incentivo.

14. Sobre a Glossopulsão Retrógrada (GPR):

- a) É uma manobra aplicada na criança pequena, que não consegue expectorar. Tem como objetivo conduzir as expectorações expulsas pela tosse desde o fundo da cavidade bucal, onde elas aparecem, até a comissura labial, onde podem ser coletadas. É realizada após a tosse e permite ao fisioterapeuta apreciação da coloração da secreção.
- b) Trata-se de uma técnica de higiene brônquica e expansão pulmonar, especialmente adaptada aos pacientes acometidos por doenças respiratórias crônicas. Como todas as técnicas de expiração lenta, ela é particularmente indicada em pacientes broncorreativos, podendo ser aplicada a partir de 5 ou 6 anos de idade após um período de treinamento suficiente.
- c) Trata-se de uma técnica de Reexpansão pulmonar, especialmente adaptada aos pacientes acometidos por doenças respiratórias crônicas. Como todas as técnicas de expiração rápida, ela é particularmente indicada em pacientes pouco reativos, podendo ser aplicada apenas em adultos.
- d) Trata-se de uma técnica de higiene brônquica, especialmente adaptada aos pacientes acometidos por doenças respiratórias agudas. Como todas as técnicas de inspiração lenta e rápida, ela é particularmente indicada em pacientes broncorreativos, podendo ser aplicada a partir de 10 anos de idade após um período de treinamento suficiente.
- e) Trata-se de uma técnica de reexpansão pulmonar, especialmente adaptada aos pacientes acometidos por doenças respiratórias crônicas. Como todas as técnicas de expiração lenta e inspiração forçada, ela é particularmente indicada em pacientes broncorreativos, podendo ser aplicada a partir de 18 anos de idade.

15. O posição prona no RN:

- a) Melhora o sincronismo toracoabdominal, favorece a postura flexora das extremidades, O RN permanece mais tempo em sono profundo, com menor frequência de choro e desorganização, auxilia no movimento antigravitacional do extensores de cabeça. Facilita o acesso da mão á boca.
- b) Melhora o sincronismo toracoabdominal, favorece a postura extensora das extremidades, O RN permanece mais tempo em sono profundo, com menor frequência de choro e desorganização, auxilia no movimento

antigravitacional do extensores de cabeça. Facilita o acesso da mão á boca.

- c) Melhora o sincronismo toracoabdominal, favorece a postura flexora das extremidades, O RN permanece mais tempo em sono REM, com maior frequência de choro e desorganização, auxilia no movimento antigravitacional do extensores de cabeça. Facilita o acesso da mão á boca
- d) Melhora o sincronismo toracoabdominal, favorece a postura extensora das extremidades, O RN permanece mais tempo em sono profundo, com menor frequência de choro e desorganização, auxilia no movimento antigravitacional do extensores de cabeça. Facilita o acesso da mão á boca.
- e) Melhora o sincronismo toracoabdominal, favorece a postura extensora das extremidades, O RN permanece mais tempo em sono REM, com maior frequência de choro e desorganização, auxilia no movimento antigravitacional do extensores de cabeça. Facilita o acesso da mão á boca.

16. Os achados mais marcantes na Demência de Alzheimer, em cérebros de pacientes acometidos pela doença, são as placas senis, os emaranhados neurofibrilares e a extensa perda neuronal. Reflita sobre as assertivas abaixo:

I - A demência de Alzheimer caracteriza-se, histopatologicamente, pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral e o hipocampo, em decorrência do acúmulo de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares, além do aumento da micróglia que estimula a ação inflamatória através da liberação de citocinas.

II - O principal constituinte da placa senil é um peptídeo de 42 aminoácidos depositado na forma de polímeros que adquirem as características físico-químicas de amilóide. Este peptídeo é um fragmento de uma proteína maior, denominada proteína precursora do amilóide (APP, do inglês amyloid precursor protein), que será clivada pelas caspases e transformada no peptídeo beta-amiloide, promovendo efeitos tóxicos sobre as sinapses.

III - Cérebros de pacientes portadores da demência de Alzheimer mostraram grande degeneração dos neurônios colinérgicos, ocorrendo também uma redução dos marcadores colinérgicos. Observa-se que a colina-acetiltransferase e a acetilcolinesterase

tiveram sua atividade reduzida exclusivamente no córtex cerebral, acarretando em prejuízo apenas na motricidade.

IV - Os emaranhados neurofibrilares consistem em filamentos helicoidais procedentes da hiperfosforilação do citoesqueleto da proteína tau, tendo com principal fator percussor a presença do Amyloid Precursor Protein.

Estão corretas as assertivas:

- a) I e II
- b) I e III
- c) I, III e IV
- d) I, II e IV
- e) II, III e IV

17. No início da década de 90, surgiu o termo sarcopenia, que se refere ao declínio em força e massa muscular relacionado à idade (EVANS, 1995). Entretanto, após esses anos persiste a ausência de um consenso em que defina a sarcopenia como uma doença ou um processo de envelhecimento normativo. Sobre as medidas para controle da sarcopenia e prevenção de dependência, leia atentamente as afirmações abaixo:

I – A perda da massa muscular acontece até mesmo durante o envelhecimento saudável; portanto, a sarcopenia deve ser considerada uma doença, somente quando induzir à inaptidão funcional.

II- Podemos avaliar a sarcopenia de maneira fidedigna através do Timed Get up and Go Test e pelas Provas de Função Muscular segundo a escala de Kendall.

III - Medidas terapêuticas efetivas incluem programa de exercícios físicos resistidos, para o ganho de massa muscular, e exercícios aeróbicos, para a melhora da eficiência metabólica muscular.

IV - Com o envelhecimento, postula-se que ocorra redução ou resistência às substâncias anabólicas no músculo esquelético, principalmente em decorrência das quedas de estrogênio, dos androgênios e dos níveis séricos de IL-1, IL-6 e TNF-alfa.

V - A redução da ingestão alimentar, a “anorexia do envelhecimento”, parece não ter interferência direta sobre o desenvolvimento e progressão da sarcopenia, embora possa estar associada a outras co-morbidades.

Podem ser consideradas verdadeiras, as assertivas que estão em qual alternativa?

- a) I, III e IV.
- b) II, III e V.
- c) I, II e IV.
- d) I, IV e V.
- e) II, III e IV.

18. As disfunções reumáticas apresentam alta prevalência na população idosa, levando a uma série de complicações que impactam a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso. Ciente dessa realidade, leia, com atenção, as afirmativas descritas abaixo e depois, assinale a alternativa CORRETA.

I) A rigidez matinal presente na osteoartrose costuma apresentar-se de forma mais duradoura do que a da artrite reumatoide, sendo que, no primeiro caso, a duração costuma exceder os 60 minutos e, no segundo caso, dificilmente, excede os trinta minutos.

II) O calor profundo é uma modalidade inadequada para o tratamento das sinovites secundárias presentes na osteoartrose, porque elevadas temperaturas aumentam a atividade enzimática das metaloproteases tipo condroitases que, por sua vez, fazem parte do mecanismo patogênico desta patologia.

III) Na artrite reumatoide, o uso de salicilato, por meio da iontoforese galvânica, exerce efeito analgésico e anti-inflamatório, sendo aplicado, por 20 minutos, na articulação acometida abaixo do eletrodo positivo.

IV) Nos programas para aumento da resistência muscular, as cargas de trabalho são aumentadas de forma progressiva, de acordo com a mudança da resistência máxima do paciente.

V) O aumento da massa muscular não é uma medida preditiva em programas de treinamento de força para idosos. Porém, a força de contração isométrica em esforço submáximo pode apresentar aumento na força e na capacidade contrátil.

De acordo com as assertivas acima expostas, marque a alternativa correta:

- a) As alternativas II, III e IV são verdadeiras.
- b) Apenas as alternativas II e V são verdadeiras.
- c) Apenas as alternativas IV e V são verdadeiras.
- d) Apenas a alternativa IV é falsa.
- e) I, II, III e IV são verdadeiras.

19. Um Fisioterapeuta de um programa de atendimento domiciliar privado identificou, em avaliação a uma paciente de 78 anos com história de queda há aproximadamente 05 semanas, acamada, com sinais e sintomas de fratura do quadril direito, queixa de dor local à palpação e à movimentação passiva, além de evidências de ptofobia. Apesar de um quadro de fragilidade física, caracterizado por perda de peso não intencional, fadiga auto-relatada e diminuição da força de preensão da mão dominante, a paciente apresentava condições cognitivas preservadas. Dadas as condições apresentadas pela paciente, marque a alternativa que contém a tomada de decisão fisioterapêutica mais coerente com o quadro clínico apresentado?

- a) Orientar os familiares da paciente sobre posicionamento no leito, colocação de compressas úmidas quentes no local da dor e exercícios passivos nos membros inferiores.
- b) Incentivar a compra de uma cadeira de rodas enquanto espera o resultado da aplicação do programa de exercícios terapêuticos.
- c) Estabelecer um protocolo de exercícios terapêuticos baseado em movimentos passivos e ativo-assistidos para ser realizado diariamente durante 30 dias, para prevenção da Síndrome da Imobilidade ao Leito.
- d) Estabelecer um protocolo de cinesioterapia ativo-assistida, associada a treino funcional em leito que estimule precocemente a sedestação e a bipedestação, além de orientação aos familiares e à equipe quanto a medidas de prevenção da Síndrome da Imobilidade ao Leito.
- e) Encaminhar o caso para o serviço de assistência social do município, bem como para acompanhamento psicológico uma vez que se trata de um caso de negligência por parte da família associado ao medo de cair.

20. Sabe-se que um dos comprometimentos mais evidentes no envelhecimento refere-se à marcha do idoso. Acerca dos itens que o fisioterapeuta deve considerar ao avaliar um paciente nestas condições, analise.

I. A visão também engloba a marcha para monitorar a velocidade do movimento, direção, mantendo também o equilíbrio e fornecendo informações proprioceptivas aos músculos, articulações e pele. Basicamente, a marcha é o

processo de transferência do centro de gravidade de um pé para outro, em sucessivas perdas de equilíbrio.

II. As modificações apresentadas são diminuição da rotação pélvica e do joelho, devido à diminuição da flexibilidade, e perda do balanço normal dos membros superiores, com isso esses indivíduos apresentam passos mais largos e curtos, usam por menos tempo o apoio unipodal, andam com a pelve rodada anteriormente, os pés se apresentam rodados para fora. É comum, também, nessa faixa etária, a cifose torácica. Na fase final de apoio dos pés, a flexão plantar sofre diminuição.

III. Uma hipótese sugestiva é que os idosos não aumentam o comprimento de suas passadas porque eles apresentam-se menos flexíveis, ou pelo fato de seu equilíbrio estar de alguma maneira comprometido. Aumentar o comprimento da passada exige um equilíbrio maior, pois diminuiu o tempo de apoio duplo dos pés. Pode-se dizer, também, que os indivíduos idosos adotam os passos mais curtos, pois a resistência dos músculos mais fracos nos membros inferiores é maximizada com esses passos e, praticamente, não apresentam custo de energia.

Após a reflexões sobre as afirmativas acima, responda: Qual das alternativas abaixo apresenta-se coerente com os conceitos de Senescência e Senilidades?

- a) No item III fica evidente os aspectos que definem a condição de senilidade do idoso.
- b) A afirmativa I apresenta uma situação de acordo com o processo de senescência sofrido pelos idosos.
- c) Os itens II e III apresentam condições relacionadas ao passar dos anos, ou seja, fazem parte da senescência.
- d) Os itens I, II e III descrevem eventos patológicos da velhice, ou seja, são conhecidos como eventos da senescência.
- e) A avaliação fisioterapêutica geriátrica não deve ser pautada em senescência e senilidade, pois esses termos são semelhantes e complementares.