



CONCURSO DE PROVAS ESPECIALMENTE ADEQUADAS, DESTINADAS A AVALIAR A CAPACIDADE PARA A FREQUÊNCIA DOS CURSOS SUPERIORES DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL, DOS MAIORES DE VINTE E TRÊS ANOS

**PROVA DE AVALIAÇÃO
DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS
PARA TODOS OS CURSOS DA ESS**

Nome do/a candidato/a: _____

13 de Junho de 2018

INSTRUÇÕES

A prova é individual, tem a duração máxima de **90 minutos** e está dividida em três partes.

Parte I – Análise e interpretação de dados (7,5 valores).

- a) Dispostos em gráficos (2,5 valores)
- b) Dispostos em tabela (5 valores)

A **PARTE I** é constituída por questões de resposta verdadeiro (**V**) ou falso (**F**), pelo que deverá indicar na folha do enunciado a alínea e a respetiva resposta que considera correta.

Cada resposta correta é classificada com 0,5 valores.

Cada resposta incorreta desconta 0,25 valores ao total das respostas corretas.

Parte II – Faça um resumo em português do texto apresentado (2,5 valores).

Parte III – Analise o texto apresentado, procurando (10 valores):

1. Salientar as ideias-chave
2. Apresentar uma reflexão pessoal sobre essas ideias
3. Referenciar outras leituras que tenha realizado

Responda a todas as questões nas **folhas de teste, excepto as da Parte I**, a que deverá responder no enunciado. Deverá utilizar apenas uma folha de teste (4 páginas), pelo que sugerimos uma gestão criteriosa do espaço disponível.

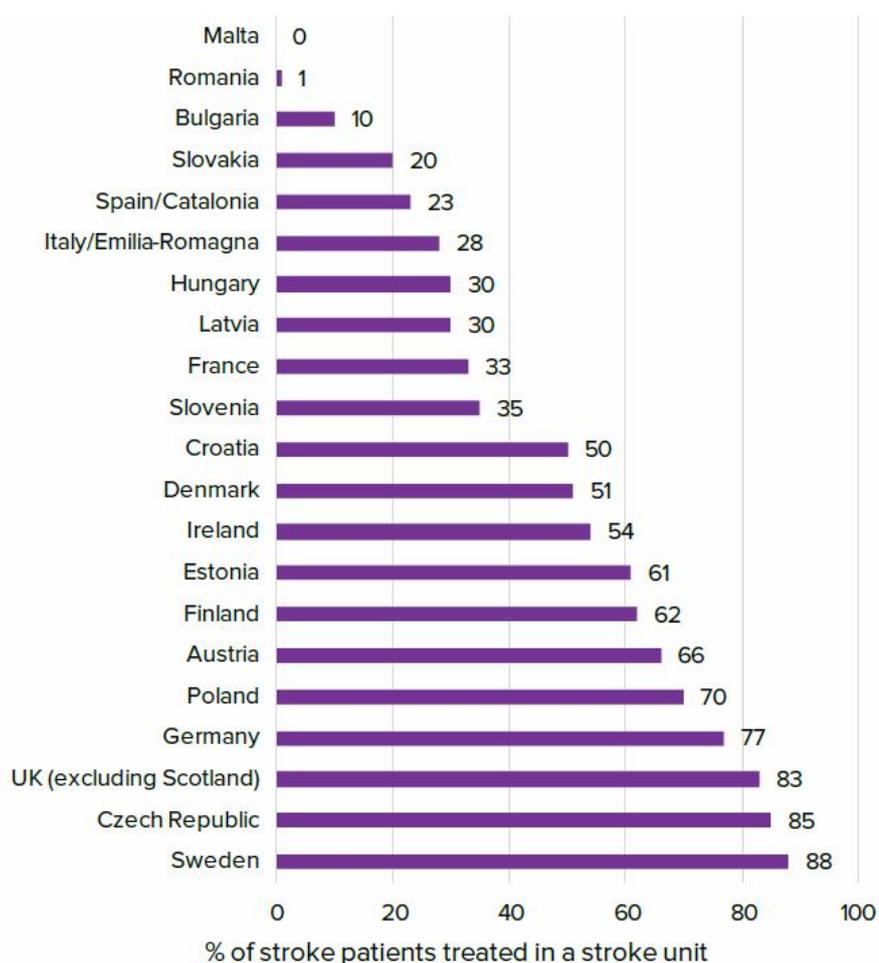
Este enunciado deve ser devolvido no final da prova, excepto a última página que poderá ser destacada e utilizada como papel de rascunho (página 7).

Desejamos-lhe uma boa prova!

PARTE 1 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS (7,5 valores)

1. Com base na análise do gráfico seguinte, assinale se são verdadeiras (V) ou Falsas (F) as afirmações que se seguem. (2,5 valores).

Figura 1 - Dados de alguns países Europeus sobre o número de utentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) assistidos numa unidade hospitalar especializada (dados em percentagem).



1. A percentagem de utentes do Reino Unido assistidos em unidades hospitalares de AVC situa-se acima dos 80% tal como se verifica na Irlanda e República Checa.

2. Dos utentes assistidos em unidades hospitalares de AVC, a diferença registada de entre a Polónia e a Alemanha é superior à diferença entre Itália e Eslovénia.

3. A Suécia apresenta uma taxa de utentes assistidos superior ao conjunto dos países formados pela Espanha, Bulgária, Eslováquia e França

4. A soma das percentagens dos países como Hungria e Letónia é superior ao que se verifica na Áustria

5. De todos os utentes registados na Dinamarca, apenas 49% não foram assistidos em unidades hospitalares de AVC.

2. Considere os dados da tabela seguinte e assinale se são verdadeiras (V) ou Falsas (F) as afirmações que se seguem (5 valores)

TABELA 1 INDICADORES DE MORTALIDADE POR AVC HEMORRÁGICO E ISQUÉMICO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2013 A 2015

	AVC hemorrágico			AVC isquémico		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Homens						
Número de óbitos	922	976	960	2.468	1.947	1.780
Taxa de mortalidade	19,5	20,8	20,5	52,2	41,4	38,1
Taxa de mortalidade padronizada	12,8	13,5	13,1	30,6	23,5	20,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,2	6,4	6,6	5,8	4,1	3,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	100,7	107,5	99,3	359,2	280,9	249,1
Mulheres						
Número de óbitos	851	964	874	3.631	2.891	2.818
Taxa de mortalidade	16,3	18,6	16,9	69,6	55,6	54,4
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	8,5	7,5	24,7	18,9	17,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3	3,5	3,1	2,7	1,7	1,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	66,6	75	65,5	317,9	247,5	235,7

Nota: CID 10: I60-I66. Taxas: por 100 000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

1. Em 2013 a diferença entre os óbitos masculinos com AVC hemorrágico e AVC isquémico foi inferior a 50%

2. Quer nos homens quer nas mulheres, o maior número de óbitos registou-se em 2013.

3. No que diz respeito ao AVC hemorrágico nas mulheres, o número de óbitos registados em 2015 é 10% superior ao número registado em 2013.

4. Em 2014, na população masculina, o número de óbitos por AVC hemorrágico foi 6% superior aos registados em 2013.

5. Entre 2014 e 2015 assistiu-se a uma diminuição de 5% do número de óbitos nas mulheres por AVC isquémico.

6. Entre 2013 e 2014 a taxa de mortalidade nos homens por AVC isquémico diminuiu cerca de 30%.

7. Nos homens, verificou-se uma diminuição superior a 20% no número de óbitos por AVC isquémico entre 2013 e 2014.

8. Nas mulheres, o total de óbitos entre 2013 e 2015 por AVC hemorrágico é inferior ao número de óbitos por AVC isquémico registados em 2013.

9. Tanto nos homens, como nas mulheres, a taxa de mortalidade por AVC hemorrágico foi sempre decrescente desde 2013 a 2015

10. Em 2015, na população feminina, o número de óbitos por AVC hemorrágico foi 8% superior aos registados em 2013.

PARTE II – RESUMO EM PORTUGUÊS DO TEXTO APRESENTADO (2,5 Valores).

A. Faça um resumo em português do texto apresentado

Stroke is a preventable and treatable disease. It can present with the sudden onset of any neurological disturbance, including limb weakness or numbness, speech disturbance, visual loss or disturbance of balance.

Over the last two decades, a growing body of evidence has overturned the traditional perception that stroke is simply a consequence of aging which inevitably results in death or severe disability.

Evidence is accumulating for more effective primary and secondary prevention strategies, better recognition of people at highest risk and thus most in need of active intervention, interventions that are effective soon after the onset of symptoms, and an understanding of the processes of care that contribute to a better outcome. In addition, there is now good evidence to support interventions and care processes in stroke rehabilitation.

In the UK, the National Sentinel Stroke Audits have documented changes in secondary care provision over the last 10 years, with increasing numbers of patients being treated in stroke units, more evidence-based practice, and reductions in mortality and length of stay.

National guidelines provide clinicians, managers and service users with summaries of evidence and recommendations for clinical practice. Implementation of guidelines in practice, supported by regular audit, improves the processes of care and clinical outcome.

Fonte: National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK) (2008). Stroke: National Clinical Guideline for Diagnosis and Initial Management of Acute Stroke and Transient Ischaemic Attack (TIA). *NICE Clinical Guidelines*, nº. 68. London: Royal College of Physicians (UK).

PARTE III - ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE UM TEXTO (10 valores)

Leia atentamente o texto que se segue e analise-o, procurando:

1. Salientar as ideias-chave;
2. Apresentar uma reflexão pessoal sobre essas ideias, relacionando-as com as temáticas da saúde e doenças cérebro-cardiovasculares;
3. Referenciar outras leituras que tenha realizado.

A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da união Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010, abrangendo um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a doença isquémica cardíaca e as doenças cerebrovasculares (DGS, 2017). É no contexto das doenças cérebro-vasculares que encontramos a etiologia mais comum da afasia e de outras perturbações da comunicação no adulto, especialmente o Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que 1/3 das pessoas após AVC ficam com uma deficiência da comunicação (RCSLT, 2014).

Em Portugal, por hora, três portugueses sofrem um AVC, dos quais sobrevivem 2/3. Destes sobreviventes, metade poderão ficar com afasia para toda a vida. Embora não existam dados estatísticos oficiais relativos à afasia, calcula-se que surjam todos os anos cerca de 8000 casos novos no nosso país (SPAVC, 2016).

Lapointe, em 2005, define afasia como uma perturbação adquirida da comunicação, causada por uma lesão cerebral, provocando dificuldades de compreensão, produção e utilização da linguagem.

Quando um paciente com AVC, e conseqüente afasia, é admitido numa estrutura hospitalar, poderemos ficar, logo à partida, perante um processo negativo de exclusão social.

Devido à sua afasia, este poderá ser incapaz de partilhar a informação necessária e/ou de participar de forma ativa nos processos de decisão relacionados com os seus cuidados, tratamento e reabilitação, dificultando a obtenção de cuidados atempados. Por outro lado, os profissionais de saúde poderão sentir-se frustrados por não conseguirem avaliar e compreender as necessidades do seu paciente, assim como planificar e providenciar uma intervenção individualizada adequada (Jensen et al., 2015).

Apesar dos serviços de reabilitação recebidos numa fase precoce, as pessoas com afasia retornam muitas vezes à comunidade com diversas barreiras de comunicação.

Adaptado de: Fonseca, J. (coord). (2018). *Afasia e comunicação após lesão cerebral. Definição, classificação e Reabilitação*. Lisboa: Papa-Letras.

FOLHA DE RASCUNHO