

**QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.**

01. O estudo *Carga Global de Doença (GBD) 2015* para o Brasil analisou os indicadores de saúde, entre 1990 e 2015, que corresponde a grande parte do período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das melhorias importantes nas condições de saúde e na ampliação da vida saudável da população brasileira no período analisado, os principais desafios ainda a serem enfrentados pelo SUS são:

- a) A mortalidade materno-infantil, a magnitude da prevalência do tabagismo, das doenças imunopreveníveis e das doenças transmissíveis.
- b) O controle das doenças imunopreveníveis, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e do acesso a medicamentos.
- c) As novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência.
- d) A violência interpessoal e as doenças sexualmente transmissíveis, a expansão das ações de emergência e de promoção da saúde.

02. A Lei 8142/1990 define as instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a opção abaixo que enuncia corretamente a obrigatoriedade de existência dessas instâncias, segundo as esferas de gestão:

- a) Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas estadual e municipal.
- b) Conselho de Saúde e Conferência de Saúde nas três esferas de gestão.
- c) Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera federal.
- d) Conferência de Saúde na esfera federal e Conselhos de Saúde nas esferas estadual e municipal.

03. Em relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, pode-se afirmar que:

- a) Constitui a porta de entrada do sistema para os usuários, e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela atenção básica.
- b) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atendem em ambulatórios de especialidade mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).
- c) Constitui uma estratégia de garantia de acesso do usuário, no nível da Atenção Especializada para complementar as ações da Atenção Básica, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
- d) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de diferentes áreas para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/ 2010 são caracterizadas como:

- a) Arranjos organizativos de serviços de Atenção Básica, que integradas por contratualização com a rede de Atenção Especializada conveniada ao SUS, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- b) Conjunto das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, de diferentes densidades tecnológicas, hierarquizados verticalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que buscam garantir a universalidade do atendimento.
- c) Conjunto de serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde, coordenados pela Atenção Básica municipal e pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar estaduais, buscando garantir a equidade do acesso.
- d) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

05. As redes temáticas prioritárias pactuadas em 2011 e 2012 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir dos referenciais da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram:

- a) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Atenção à População em Situação de Rua, Rede de Saúde Bucal.
- b) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- d) Rede de Promoção da saúde, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Saúde bucal, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

06. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003) Essa transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, claramente manifestada no Brasil, faz-se de forma singular e muito acelerada. Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo:

- a) Infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco e, forte crescimento da violência e das causas externas.
- b) Causas maternas e perinatais; parte significativa das doenças infecciosas e, condições agudas, expressas nas doenças parasitárias.
- c) Doenças infecciosas e doenças crônicas; desnutrição e enfermidades emergentes e, doenças reemergentes, como a Dengue e Febre Amarela.
- d) Doenças do aparelho circulatório e neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e, doenças infecciosas e parasitárias, como HIV e Tuberculose.

07. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No componente da Atenção Básica em Saúde, estão incluídos os seguintes serviços/programas:

- a) UPA 24 horas; Leitos de saúde mental em hospital geral; Unidade de acolhimento e Samu 192.
- b) Serviços residenciais terapêuticos; Serviço de atenção em regime residencial; unidades básicas de saúde e Projeto olhar Brasil.
- c) Programa Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares; Centros de Atenção Psicossocial e Academias da Saúde.
- d) Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura.

08. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Esta importante política do SUS é orientada por seis princípios, dentre os quais se estaca o princípio de construção compartilhada do conhecimento, que consiste:

- a) No encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.
- b) Na ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.
- c) Em processos coletivos e compartilhados nos quais pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- d) Em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

3

09. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, a evolução das pesquisas e das tecnologias em saúde, implica no melhor monitoramento de doenças e agravos e integração de ações e serviços de saúde. No que se refere à Vigilância em Saúde, à luz dos determinantes sociais da saúde, podemos afirmar que:

- a) A estrutura e o funcionamento efetivo de um sistema de vigilância em saúde são irrelevantes para o pleno funcionamento do SUS.
- b) As vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, que compõe o sistema de Vigilância, devem atuar de forma independente, articulando-se com a Atenção Básica apenas em situação de emergência epidemiológica.
- c) A integração entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica estabelece processos de trabalho baseado na integralidade, numa atuação intra e intersetorial visando o planejamento e implementação de medidas de saúde pública promotora e protetora da saúde.
- d) A organização e coordenação das ações e serviços de vigilância em saúde são de competência da Atenção Básica.

10. Acerca do processo de organização do SUS, está estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a instituição de mecanismos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, através de:

- a) Porta de entrada única do SUS, por meio dos serviços de urgência/emergência.
- b) Atuação da população na regulação dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.
- c) Regiões de Saúde, que reúnem ações e serviços de saúde organizados em rede de atenção.
- d) Centrais de regulação em nível Estadual, pactuado e coordenado com os municípios.

11. A efetiva articulação interfederativo no SUS é considerada fundamental na Pactuação Intergestores e para promoção de equidade na saúde. Tendo como referência o no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) compete, entre outras:

- a) Pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde.
- b) Definir a composição da CIT e estabelecer normas de funcionamento.
- c) Identificar as necessidades de saúde locais e regionais.
- d) Estabelecer estratégias que incorporem da avaliação do usuário das ações e dos serviços.

12. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece seu processo de trabalho fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, as principais características do trabalho na PNAB são:

- a) Clientela específica, atendimento por demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e atendimento por especialidade médica.
- b) Acesso, integralidade, regionalização, hierarquização da assistência, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma e ecomapa.
- c) Acolhimento, classificação de risco, atendimento multiprofissional, Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação e Formação em Saúde.
- d) Territorialização, adscrição da clientela, vínculo, acesso, acolhimento, entrada preferencial ao SUS e responsabilização sanitária.

13. A participação paritária da comunidade na gestão do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada em outros dispositivos legais, é efetivada quando ocorre a:

- a) Organização de entidades para reivindicar melhorias para pacientes ou categorias profissionais.
- b) Participação dos representantes na definição dos gestores da saúde para ocupar cargos de comando no SUS.
- c) Atuação dos representantes nas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo.
- d) Coesão de movimentos populares de bairro com associações profissionais e sindicatos.

14. Os princípios e diretrizes da PNAB são elementos orientadores da organização das ações e dos serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito municipal. O significado de LONGITUDINALIDADE do cuidado, considerando sua definição na legislação:

- a) Consiste na utilização de diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, com construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.
- b) É o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de promover a participação da comunidade na gestão do SUS.
- c) É um elemento fundamental na coordenação do cuidado, por promover vínculo e responsabilidade entre usuários e profissionais de forma permanente.
- d) Trata-se do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e gestão das redes de ações e serviços de saúde.

15. A Constituição Federal de 1988 é uma conquista da população brasileira, garantidos pelo Estado direitos sociais fundamentais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e igualitária. Acerca do direito universal à saúde, podemos afirmar que:

- a) Abrange oferta de ações e serviços que promova, proteja e recupere a saúde da população, garantindo melhor qualidade de vida.
- b) Garante assistência básica, sendo vedados o acesso aos serviços de alta complexidade e alto custo.

- c) Trata-se da garantia de acesso a serviços de assistência médico-hospitalar para população de área urbana.  
 d) Garante assistência à saúde no território nacional e em outros países que tenham sistemas de saúde universais.

16. Considerando os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), correlacione as manchetes da Imprensa apresentadas na segunda coluna de acordo com a primeira.

(1) Universalidade	( ) Em dois anos, planos de saúde perdem 80 mil usuários no Estado. Crise econômica leva à redução de quase 3% do número de beneficiários no país. Como consequência, procura por serviços do SUS deve aumentar (ZH Notícias, 05 mar. 2017).
(2) Integralidade	( ) Em todo o país, a cada mil nascidos vivos, 15 morrem antes de completar 12 meses de vida. Maranhão é o último Estado do ranking, com 24,7/1000 mortos. E o Estado com a menor taxa é Santa Catarina, com mortalidade infantil de 10,1/1000. Diante destes fatos, o Ministério da Saúde deve empregar mais esforços e investimentos na política de nutrição e pré-natal, parto e puerpério no Estado do Maranhão. (Revista Exame.com, 12 mar. 2015)
(3) Equidade	( ) “Faz-se necessário um sistema de referência e contra referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.” (Repositório Institucional UNESP, 2010).

Assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento descendente dos parênteses.

- a) 1; 2; 3  
 b) 2; 3; 1  
 c) 1; 3; 2  
 d) 3; 2; 1

17. A Lei nº 8080, que completou 29 anos no último dia 19 de setembro, regula as ações e serviços de saúde. Considerando os princípios e diretrizes do SUS apresentado na lei, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O acesso universal aos serviços de saúde fica assegurado se for respeitada porta de entrada pela Atenção Básica.
- b) A integralidade da assistência garante que os indivíduos e coletivos sejam atendidos com base em suas múltiplas demandas e considera os Determinantes Sociais da Saúde.
- c) A participação da comunidade é necessária e deverá ter instâncias organizadas e formais para ser assegurada.
- d) Reconhecer o direito à informação sobre a sua saúde, a toda e qualquer pessoa assistida nos serviços.

18. Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo as principais causas dessas doenças os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j). Sendo assim, a linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a de/da:

- a) Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.
- b) Pessoa com Doença Renal Crônica.
- c) Cuidado, prevenção e controle do câncer.
- d) Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

19. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Neste sentido, a PNPS tem por objetivo geral:

- a) Estimular a cooperação e a articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
- b) Apoiar a formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
- c) Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
- d) Organizar os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

20. O objetivo precípua das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual transição epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes, dentre os quais estão os sistemas logísticos, dos quais fazem parte:

- a) Os sistemas de governança; o centro de comunicação e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
- b) Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os modelos de atenção à saúde e os sistemas de informação em saúde.
- c) O registro eletrônico em saúde; os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.
- d) Os sistemas de teleassistência; os sistemas de assistência farmacêutica e os determinantes de vulnerabilidade social.

7

#### QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A insuficiência respiratória é uma condição grave que requer atenção imediata do fisioterapeuta. Assinale a alternativa correta:

- a) Shunt, desequilíbrio da relação ventilação-perfusão e comprometimento da difusão estão dentre as principais causas de hipoxemia.
- b) Insuficiência respiratória do tipo II é quando o paciente apresenta redução da eliminação de CO<sub>2</sub>, ou seja, PaCO<sub>2</sub> < 35mmHg.
- c) Uma PaO<sub>2</sub> < 80mmHg associada à desconforto respiratório caracteriza o quadro de insuficiência respiratória.
- d) Na insuficiência respiratória aguda hipercápnica o objetivo é manter o pH entre 7,20 e 7,35

22. A ventilação mecânica é um recurso fundamental para o tratamento da insuficiência respiratória aguda ou crônica. Quantos aos efeitos fisiológicos da ventilação mecânica analise as afirmativas abaixo e assinale a opção correta:

I – Ao contrário do que ocorre na ventilação espontânea, durante a ventilação mecânica com pressão positiva a pressão intrapleural fica menos negativa ou positiva durante a inspiração.

II – Seja em ventilação com pressão positiva ou em ventilação espontânea a pressão transpulmonar sempre aumenta para que ocorra a inspiração.

III – A pressão positiva ao final da expiração (PEEP) tem como possíveis efeitos benéficos: a redução do shunt, a redução do espaço morto alveolar e a redução da pressão média de vias aéreas.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

23. Quanto à ventilação mecânica mandatória contínua controlada por volume (VC-CMV), analise as afirmativas abaixo e assinale a opção correta:

I – O disparo do ventilador pode ser realizado por tempo, fluxo ou pressão.

II – A sensibilidade do ventilador ajustada em -3,5cmH<sub>2</sub>O impõe esforço respiratório excessivo ao paciente.

III – Nesta modalidade se houver aumento da complacência ou da resistência do sistema respiratório a pressão nas vias aéreas aumentará.

IV – A forma de onda de pressão inspiratória deve ser observada para ajustar o fluxo inspiratório e evitar assincronia ventilatória.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

- c) II, III e IV
- d) II e III

24. É contra indicação para o uso da pressão positiva contínuas nas vias aéreas:

- a) Edema pulmonar cardiogênico
- b) **Pneumotórax não tratado**
- c) Derrame pleural
- d) Redução da Capacidade Residual Funcional

8

25. Quanto à ventilação mecânica mandatória contínua controlada por pressão (PC-CMV), analise as afirmativas abaixo e assinale a opção correta:

I – A pressão de pico é mantida constante, mas o volume corrente pode variar de acordo com a mecânica respiratória do paciente.

II – O fluxo inspiratório é variável, desacelerado e influenciado pelo esforço respiratório do paciente.

III – É um modo ciclado a tempo e limitado à pressão.

IV – O tempo inspiratório entre 0,8 a 1,8 segundos é uma recomendação geral para a fase inspiratória.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

26. Quanto à ventilação não-invasiva analise as afirmativas abaixo e assinale a opção correta:

I – Tem como três dos principais objetivos: evitar a intubação traqueal, reduzir a mortalidade e a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva.

II – Em modo com 2 níveis de pressão, se EPAP = 5cmH<sub>2</sub>O e IPAP = 15cmH<sub>2</sub>O significa que a pressão de suporte é igual a 10cmH<sub>2</sub>O.

III – A ventilação não-invasiva com dois níveis de pressão é contraindicada para pacientes com exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica pois provoca aumento da hiperinsuflação nestes pacientes.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

27. A técnica de expiração forçada é uma modificação da tosse dirigida e consiste de expirações forçadas:

- a) de médio a alto volume pulmonar
- b) **de médio a baixo volume pulmonar**
- c) seguidas de inspiração forçada
- d) seguidas de apneuse

28. A informação, obtida na espirometria, que distingue pacientes com obstrução de vias aéreas daqueles com alteração restritiva é a:

- a) **relação VEF<sub>1</sub>/CVF**
- b) capacidade residual funcional
- c) capacidade vital forçada

d) relação CVF/VEF<sub>1</sub>

29. Os principais sinais clínicos da atelectasia são:

- a) diminuição da frequência respiratória e presença de roncosp à ausculta
- b) diminuição da frequência respiratória e presença de crepitações à ausculta
- c) **aumento da frequência respiratória e presença de crepitações à ausculta**
- d) aumento da frequência respiratória e presença de roncosp à ausculta

30. A sequência correta de realizar a aspiração endotraqueal é:

- a) Pré oxigenar, aplicar sucção, inserir o cateter, re-oxigenar
- b) Hiperinsuflar, inserir o cateter, aplicar sucção, auscultar
- c) **Pré oxigenar, inserir o cateter, aplicar sucção, re-oxigenar**
- d) Hiperinsuflar, aplicar a sucção, inserir o cateter, auscultar

31. Para um paciente com diagnóstico de neuropatia periférica traumática do nervo fibular profundo direito com denervação parcial apresentando fraqueza muscular foi prescrita uma abordagem de facilitação neuromuscular proprioceptiva que deverá usar padrões de facilitação e sinergia empregando os movimentos de:

- a) **Flexão, adução e rotação lateral do quadril com dorsiflexão e inversão do tornozelo.**
- b) Flexão, adução e rotação lateral do quadril com plantiflexão e eversão do tornozelo.
- c) Extensão de joelho com plantiflexão e eversão do tornozelo.
- d) Flexão de joelho com plantiflexão e inversão de tornozelo.

32. Em casos de TCE recente, além dos testes neurológicos, alguns procedimentos diagnósticos podem ajudar o fisioterapeuta na seleção de estratégias de intervenção. A Escala de Coma Glasgow é um dos procedimentos mais comuns para avaliar e monitorar o nível de consciência, sendo os aspectos observados nesta escala:

- a) Abertura dos olhos, resposta sensitiva, melhor resposta motora e análise da reação pupilar.
- b) Abertura dos olhos, resposta sensitiva, melhor resposta motora e desempenho verbal.
- c) **Abertura dos olhos, melhor resposta motora, desempenho verbal e análise da reação pupilar.**
- d) Abertura dos olhos, resposta sensitiva, melhor resposta motora e reflexo óculo-vestibular.

33. A Esclerose Múltipla é uma das doenças degenerativas mais comuns em adultos jovens, de prognóstico variável de acordo com o padrão da doença. A diminuição da função muscular resultante de desuso e espasticidade pode ser tratada com diversos exercícios, **EXCETO** exercícios:

- a) resistidos.
- b) resistidos com sistema de polias.
- c) **de coordenação progressiva.**
- d) de facilitação neuromuscular.

34. Em um paciente pós-AVE, apresentando hemiplegia bráquio-crural à direita com alterações do tônus postural e das reações de endireitamento, a primeira resposta de movimento automático ao ser colocado sentado levará ao seguinte posicionamento:

- a) Curvatura em “S”, transferindo o peso na região pélvica para o lado não afetado.
- b) **Curvatura em “C” com concavidade para o lado afetado, transferindo o peso para o lado não afetado.**
- c) Rotação de cintura escapular em sentido ântero posterior para o lado não afetado.
- d) inclinação lateral da cabeça para o lado não afetado com a face virada para o lado afetado

35. No pós-operatório imediato de Artroplastia Total de Quadril (ATQ) há muitos exercícios que podem ser realizados incluindo a ADM e força, observando as precauções determinadas pela abordagem cirúrgica. Em uma abordagem transtocantérica, para proteger a área cirúrgica pode-se utilizar com cautela:

- a) **Contrações isométricas submáximas de glúteo médio.**
- b) Contrações isotônicas máximas de glúteo máximo.
- c) Alongamento de glúteo médio e TFL.
- d) Alongamento de glúteo máximo e ísquios tibiais.

36. A artrite reumatoide contribui frequentemente para a deficiência de mobilidade. Quando há uma exacerbação aguda, com o paciente acamado, a conduta mais adequada será aplicação de:

- a) Exercícios de ADM passivo para grandes articulações e ativo para as pequenas articulações.
- b) Contrações isotônicas excêntricas em um único ângulo articular.
- c) Contrações isométricas de longa duração em um único ângulo articular.
- d) Alongamento passivo controlado com estabilização articular.

37. Paciente que sofreu fratura de platô tibial sendo tratado cirurgicamente deve iniciar tratamento o mais precoce possível para ADM e fortalecimento. O exercício realizado em DD de elevação do membro inferior com perna estendida tem por finalidade aumentar a:

- a) força do quadríceps, ísquios tibiais e aprimorar o controle da pelve.
- b) força do quadríceps, flexores do quadril e aprimorar o controle do joelho.
- c) ADM de coxo femoral e controle da pelve.
- d) circulação de retorno e o controle de toda a cadeia cinética.

38. As doenças neuromusculares mais comuns na infância possuem alguns elementos comuns a elas que são: etiologia geralmente genéticas/hereditárias; são progressivas; o comprometimento primário é a fraqueza muscular que culmina em perdas funcionais e complicações secundárias que resultam em alta comorbidade e mortalidade. A doença neuromuscular mais comum na infância é a distrofia muscular de Duchenne (DMD). Mediante o seu conhecimento em DMD, identifique as afirmativas corretas e assinale a alternativa certa.

- I. A distrofina é normalmente expressa na musculatura esquelética, musculatura lisa e no cérebro.
- II. Os primeiros sintomas de alerta que chama a atenção dos pais incluem a dificuldade de correr, saltar e subir escadas.
- III. A fraqueza dos músculos extensores e abdutores do quadril e o quadríceps femoral resulta na necessidade da manobra de Gowers.
- IV. Prolongar a capacidade de andar e o posicionamento de pé não interferem no desenvolvimento de contraturas e escoliose.
- V. O uso da ventilação mecânica não invasiva tem um impacto positivo sobre a expectativa de vida desses pacientes.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

39. A avaliação de grupos musculares fracos da criança com mielomeningocele norteia a intervenção da fisioterapia de forma adequada. É correto afirmar que lesões medulares em:

- a) L3 cursa com perda de flexão de joelho.
- b) L4 cursa com perda da extensão de quadril e flexão plantar.
- c) S1 cursa com perda da dorsiflexão de tibiotársica.
- d) T12 cursa com perda da flexão do quadril.

40. O desenvolvimento motor durante a primeira infância compreende o período em que a criança adquire habilidades que transformam seus controles até a aquisição da marcha, assim o primeiro ano de desenvolvimento é caracterizado por uma progressão de aquisições que podem ser divididas em quatro trimestres. Considerando as afirmativas abaixo, marque a opção que demonstra a ordem de progressão de habilidades do primeiro ao quarto trimestre:

- I. Controle de cabeça em prono e permanência sentada sem apoio;
- II. Alinhamento da cabeça e uso das mãos no centro do corpo;
- III. Intensa exploração do ambiente e tentativa de dominar as habilidades de pé.
- IV. Estabilidade sentada e iniciativa par movimentar-se em decúbito ventral;

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

41. LPS, nascida prematura de 34 com 1200 g, recebeu alta hospitalar após 21 dias, sendo 10 destes em ventilação mecânica. Durante a permanência na UTI, evidenciou hemorragia intracraniana grau III, ultrassom transfontanela com imagem sugestiva de diminuição de sulcos e giros cerebrais. Aos sete meses de idade cronológica foi encaminhada para avaliação fisioterapêutica com diagnóstico de paralisia cerebral. Ao exame fisioterapêutico observou-se importante atraso no desenvolvimento e alterações motoras compatíveis com uma quadriplegia atetóide. Os sinais motores característicos desta classificação são:

- a) Hipotonia global, flutuações tônicas com grande amplitude de movimentos, prejuízos para inibição recíproca, para graduar e manter a atividade muscular**
- b) Hipertonia maior em extremidades, hipotonia no eixo corporal, propriocepção e cinestesia diminuídas, acentuação das respostas extensoras de membros inferiores
- c) Rigidez muscular aumentada, hipotonia global de toda a musculatura, força diminuída, amplitude de movimento aumentada, movimento iniciado em ímpetus fásicos.
- d) Hipotonia moderada a leve, dificuldades para iniciar o movimento, tremores evidentes durante a tentativa de movimento, grave insegurança postural, propriocepção diminuída.

42. A permanência de crianças prematuras por longos períodos em UTIs neonatais, imprime restrições ao desenvolvimento e experimentação motora que podem ser minimizados pela intervenção precoce. Considerando as características motoras expressadas pelas crianças prematuras e a intervenção indicada, correlacione as lacunas abaixo e escolha a opção de resposta **CORRETA**.

A. Hiperextensão da cabeça e do tronco	( ) Em supino, deprimir os ombros, levando as mãos na direção do quadril.
B. Elevação dos ombros	( ) Posicionar em decúbito lateral e facilitar o encontro das mãos na linha média do corpo
C. Abandono em extensão dos membros superiores	( ) Em supino realizar suave flexão dos quadris e joelhos, evitando a hiperflexão cervical;

- a) B, C e A**
- b) C, B e A

- c) A, B e C  
d) A, C e B

43. FM, com 9 semanas de idade cronológica, foi encaminhado a fisioterapia para avaliar possíveis alterações no seu desenvolvimento. A mãe observa que a criança mantém a cabeça inclinada para a esquerda, e se interessa mais pelos objetos quando eles são oferecidos a direita, usando a mão direita com maior frequência. Ao exame foi identificado, dificuldade para o alongamento do Esternocleidomastóideo esquerdo, e dificuldade para realizar a rotação cervical passiva para esquerda. FM tem bom interesse pelos objetos e os acompanha em todas as direções. Apesar da iniciativa maior para o uso da mão direita, alcança com facilidade os objetos com a mão esquerda. Evidencia ainda uma assimetria facial a esquerda. Não há evidência de alterações do tônus. Os sinais evidenciados são compatíveis com:

- a) Hemiplegia a esquerda e plagiocefalia  
b) Torcicolo muscular congênito a direita e monoparesia a direita  
c) Hemiplegia direita e plagiocefalia  
d) Torcicolo muscular congênito a esquerda e plagiocefalia;

44. A anátomo-fisiologia do recém-nascido têm particularidades importantes que norteiam a prática fisioterapêutica nas UTI neonatais. Sobre a mecânica respiratória aplicada ao neonato, correlacione as colunas abaixo e assinale a resposta correta:

a) Trabalho respiratório	(I) Sua síntese é estimulada a cada ciclo respiratório.
b) Interdependência	(II) relação entre variação de volume por unidade de pressão ( $\Delta V/\Delta P$ ).
c) Resistência de vias aéreas	(III) resultado do produto da pressão gerada e o volume corrente gerado durante cada ciclo respiratório.
d) Complacência	(IV) Propriedade conferida pela organização geométrica de fibras colágenas e elásticas que agem de forma sinérgica a cada ciclo respiratório.
e) Surfactante pulmonar	(V) Pode ser calculada pela Lei de Poiseuille e o principal parâmetro que interfere em sua magnitude é o raio das vias aéreas.

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

45. O posicionamento no leito é bastante utilizado no cuidado ao neonato nas unidades de terapia intensiva. Entretanto, é necessário observar o correto posicionamento do recém-nascido para que os objetivos funcionais pretendidos sejam alcançados. Sobre o correto manejo do posicionamento de prematuros nas unidades neonatais, é **CORRETO** afirmar:

- a) Deve-se promover o máximo de abdução possível nos membros inferiores para auxiliar no bom desenvolvimento acetabular do recém-nascido.  
b) Deve-se utilizar rolos e coxins para a promoção da flexão fisiológica e diversificar o posicionamento ao longo do dia.

- c) Em qualquer uma das posturas utilizadas, a cabeça deve estar lateralizada sempre para esquerda, e os membros superiores com cotovelos fletidos ao lado do corpo.
- d) Deve-se conter o recém-nascido com faixas e lençóis para evitar sua movimentação durante o período de repouso.

46. Ao elaborar a prescrição de exercícios em programa de reabilitação cardíaca deve-se ter conhecimento de medicações que interferem na resposta cardiovascular, respiratória e metabólica da atividade física. Dentre as alternativas abaixo, marque a alternativa incorreta:

- a) Durante o exercício, a frequência cardíaca de pacientes que utilizam betabloqueadores pode não refletir precisamente o estresse ao exercício imposto pela carga de trabalho.
- b) Os betabloqueadores reduzem a frequência cardíaca e pressão sanguínea gerando uma menor demanda de oxigênio miocárdica, permitindo que o paciente, durante o exercício, alcance um maior pico de carga de trabalho.
- c) A escala de esforço percebido e/ou frequência respiratória são formas alternativas de monitorização.
- d) A hipotensão pode ocorrer em pacientes sob uso de nitratos caso cessem os exercícios abruptamente.

47. Em relação aos efeitos do posicionamento e da mobilização no transporte de oxigênio na disfunção cardiopulmonar, podemos destacar:

- a) Dentre os efeitos agudos temos o aumento do diâmetro lateral da caixa torácica e abdômen e pressão venosa central.
- b) Como efeitos crônicos observa-se o aumento da vascularidade do miocárdio e redução das enzimas oxidativa no músculo.
- c) Dentre os efeitos agudos destaca-se aumento da complacência pulmonar, redução do volume de ejeção e frequência cardíaca.
- d) Como efeitos crônicos observa-se bradicardia induzida pelo exercício, redução da ventilação minuto submáxima e hipertrofia cardíaca.

48. A Ventilação não invasiva tem recomendação forte no tratamento do edema agudo de pulmão cardiogênico, com melhora importante do quadro de dispneia. Isso se deve ao fato de a ventilação não invasiva:

- a) Reduzir a pré e a pós carga do ventrículo esquerdo, facilitando a sístole ventricular;
- b) Aumentar a pré carga e a pós carga do ventrículo esquerdo, facilitando a sístole ventricular;
- c) Reduzir a pré carga e aumenta a pós carga do ventrículo esquerdo, facilitando a sístole ventricular;
- d) Aumentar a pré carga e reduz a pós carga do ventrículo esquerdo, facilitando a sístole ventricular.

49. A fase II do programa de Reabilitação cardíaca consiste na fase ambulatorial. Esta fase inicia-se no momento da alta hospitalar e geralmente perdura por 6 a 8 semanas. A abordagem fisioterapêutica na fase II baseia-se em um programa de condicionamento físico onde a intensidade, frequência e duração do treinamento são prescritos de acordo com testes para avaliação da capacidade funcional do indivíduo. É teste de capacidade funcional descrito na literatura como padrão ouro para a prescrição de exercícios e para a avaliação de pacientes cardiopatas:

- a) de Esforço máximo;
- b) Cardiopulmonar ou Ergoespirometria;
- c) de Caminhada de seis minutos;
- d) Shuttle Walking Test.

50. As fases do Programa de Reabilitação Cardíaca são:

- a) Fase I – hospitalar; Fase II – ambulatorial supervisionada; Fase III – ambulatorial não supervisionada;
- b) Fase I – hospitalar; Fase II – ambulatorial supervisionada; Fase III – ambulatorial pós fase II supervisionada;

- c) Fase I – pacientes ainda em ventilação mecânica; Fase II – hospitalar supervisionada; Fase III – ambulatorial não supervisionada.
- d) Fase I – hospitalar; Fase II – ambulatorial supervisionada; Fase III – ambulatorial pós fase II, supervisionada; Fase IV – supervisionada ou não e objetiva manutenção da aptidão física;