

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2021-2022

PROVA DE FISIOTERAPIA

INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

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

01. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou por mudanças importantes com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Considerando as alterações relacionadas à dimensão organizativa e funcional e de gestão, a alternativa que aponta mudanças trazidas pela política é:

- a) o modelo de Estratégia Saúde da Família se torna prioritário e exclusivo
- b) os profissionais podem se vincular em mais de uma equipe e ter carga horária de 10, 20 ou 30 horas semanais
- c) o tempo destinado à educação permanente foi garantido com o mínimo de 8h
- d) sem a definição clara de número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, as equipes podem funcionar tendo apenas um ACS

02. O financiamento é um desafio a todo o Sistema Único de Saúde, e não só à Atenção Básica. Considerando as alterações que o Previne Brasil imprime na forma de financiamento e nos efeitos que ela produz, pode-se afirmar que:

- a) a possibilidade de participação do setor privado através da contratação de serviços fica excluída
- b) os recursos financeiros da Atenção Básica passam a ser captados baseado no número de pessoas cadastradas e no pagamento por desempenho
- c) o PAB fixo é acrescentado da precificação dos serviços realizados
- d) a Carteira de Serviços da APS amplia e torna possíveis ações cada vez mais próximas do horizonte da integralidade

03. A Pandemia de Covid-19 impactou de modo importante serviços em todos os pontos de atenção das Redes de Saúde. A Atenção Primária à Saúde foi e tem sido crucial neste enfrentamento, o que exigiu a reorganização dos serviços. **NÃO** corresponde a eixo de intervenção da APS no curso da pandemia:

- a) vigilância em saúde nos territórios
- b) suporte social a grupos vulneráveis
- c) garantia de atenção cotidiana e capilarizada
- d) suspensão de atendimentos aos usuários com Covid-19

04. A partir do decreto 7508/2011, a organização do Sistema de saúde brasileiro tem um importante realinhamento, entre eles o estabelecimento da atenção à saúde em redes. A alternativa que contempla o que é definido no decreto é:

- a) rede de atenção à saúde compreende um conjunto de ações e serviços de saúde hierarquizados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde
- b) uma região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e vigilância em saúde
- c) o planejamento da saúde deverá ouvir os Conselhos de saúde - ser de modo ascendente e integrado - considerar a disponibilidade de recursos financeiros e ser obrigatório para os entes públicos
- d) a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde será pactuada pela CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais

05.A elegibilidade dos usuários para implementação da Atenção Domiciliar - AD segue critérios específicos que devem ser observados pela equipe de saúde. Dentre estes critérios, será considerado inelegível o usuário que apresentar a necessidade de pelo menos uma das seguintes situações:

- a) assistência contínua de enfermagem; aparelhos de monitorização contínua; intervenções cirúrgicas de urgência, sucessivos exames diagnósticos e propedêutica complementares, uso de ventilação mecânica não invasiva
- b) monitorização contínua, aparelhos de ventilação mecânica não invasiva, exames complementares contínuos, assistência contínua de enfermagem, propedêuticas complementares e vários procedimentos diagnósticos
- c) monitorização contínua, assistência contínua de enfermagem; propedêutica complementar, tratamento cirúrgico em caráter de urgência; uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento
- d) assistência de enfermagem contínua, exames diagnósticos e complementares contínuos de maior complexidade, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, ventilação mecânica invasiva, intervenções cirúrgicas de urgência e eletivas

2

06.A Educação Permanente segue princípios norteadores para a qualificação dos profissionais da RAS. Pela revisão de diretrizes da PNAB, a Educação Permanente é de responsabilidade:

- a) da esfera municipal e está circunscrita na ESF. No âmbito estadual, é executada nos ambulatórios especializados
- b) comum de todas as esferas de governo e está amparada pela PNAB
- c) comum aos Estados e Municípios, sendo operacionalizada pelo MS
- d) dos gestores estaduais, sendo oferecidas nas UBS

07.Nos últimos anos observa-se a implementação de ações e de atos legislativos que reordenam os repasses das transferências para o financiamento do SUS, o que acarreta uma ruptura do princípio da universalidade. Desta maneira, pode-se afirmar que o Previde Brasil:

- a) aponta uma mudança muito radical, extinguindo o PAB fixo – única transferência intergovernamental em saúde com base populacional – implicando no fim do financiamento universal da atenção básica
- b) não modifica profundamente a forma de transferência, acrescentando percentuais ao PAB fixo, o que dificulta a gestão dos recursos financeiros pelos gestores municipais e estaduais
- c) modifica parcialmente a gestão dos recursos financeiros, diminuindo os recursos advindos do PAB fixo – transferências intergovernamentais com base no cadastro da população adscrita
- d) propõe a diminuição dos repasses advindos do PAB fixo, que não está vinculada à base populacional, refletindo diretamente na gestão dos fundos de repasse intergovernamental diretos do MS

08.As regiões de Saúde são espaços geográficos nos quais as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde são implementadas de forma harmoniosa e pactuada entre os elementos federados. Com base nessa assertiva, pode-se afirmar que esses espaços:

- a) são organizados entre os gestores bipartites com coordenação central do MS
- b) obedecem apenas aos critérios de divisão por áreas programáticas dos Municípios
- c) poderão ser interestaduais, compostos por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios
- d) não estão vinculados ao ordenamento administrativo das áreas programáticas, obedecendo somente aos critérios de proximidade

09. Considerada a Constituição Cidadã, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é a lei fundamental e suprema do país, que recuperou e implementou direitos fundamentais de cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um desses direitos humanos fundamentais, sendo um de seus princípios, o direito universal à saúde, o qual deve:

- a) priorizar a assistência médica aos trabalhadores rurais
- b) ampliar a cobertura da população pela rede privada
- c) ser garantido a todos pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas
- d) considerar extratos econômicos e sociais para garantir acesso

10. Entre os aprendizados da Pandemia pelo Covid-19, podemos afirmar que houve um reconhecimento da atuação ampliada do SUS para além das fronteiras da assistência à saúde. Esses atributos estão previstos no art. 200 da Constituição Federal, como:

- a) “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos”
- b) “participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho”
- c) “os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”
- d) “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”

11. A Promoção da Saúde se trata de uma importante estratégia para o enfrentamento de problemas de saúde que afetam a população e os seus determinantes. Essa estratégia pressupõe a:

- a) introdução de valores como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação
- b) formação de redes hierarquizada de serviços de saúde
- c) instalação de consórcios inter federativos de saúde
- d) organização dos serviços de saúde com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação

12. A gestão do Sistema Único de Saúde é hierarquizada, com direção única em cada esfera de gestão. Os consórcios Inter federativos são arranjos colaborativos entre entes federados dos diferentes níveis, com objetivo de:

- a) desenvolver as regiões de saúde e ampliar serviços de alta complexidade
- b) desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde, de caráter solidário
- c) agregar serviços da rede privada no atendimento à população
- d) definir as regiões de saúde de forma autônoma

13. O movimento das cidades saudáveis, surgido no ano de 1986, propõe uma reestruturação do sistema de saúde e de sua articulação com os outros sistemas, na conformação de políticas e programas integrados para o desenvolvimento humano e o bem-estar. A construção do programa inclui quatro fases: Início com determinação de prioridades; preparação de um plano de ação; unificação dos comitês organizadores e a execução de atividades, e ainda:

- a) ampliação da capacidade comunitária por meio da troca de experiências interdisciplinares
- b) elaboração de inovações tecnológicas digitais para o monitoramento das iniciativas
- c) criação de sistemas de informação para o monitoramento e avaliação das iniciativas
- d) mediação da população com o poder público para a capacitação em gestão pública

14. A “Carta de Curitiba” documento resultado da 22ª Conferência Global de Promoção da Saúde da União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), ocorrida em 2016, reafirmou:

- a) a articulação intra e intersetoriais na busca da produção do cuidado e autonomia dos indivíduos e comunidade
- b) a necessidade de novos paradigmas sobre a compreensão das práticas educativas em saúde
- c) a articulação de ações de proteção às vítimas entre os setores da saúde e redes de atenção às pessoas em situação de violência
- d) a necessidade de intervir nos determinantes e condicionantes socioambientais para a Promoção da Saúde, tendo a equidade como um ponto central

15. **NÃO** corresponde ao rol de atribuições competentes ao Sistema Único de Saúde, assegurados no artigo 200 da Constituição da República Federativa do Brasil (1986):

- a) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde
- b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador
- c) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico
- d) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos

4

16. Segundo artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1986, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado seguindo diretrizes. **NÃO** corresponde às diretrizes citadas:

- a) descentralização, com direção única em cada esfera do governo
- b) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho
- c) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
- d) participação da comunidade

17. O papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde se sustenta no entendimento de um amplo espectro de fatores como alimentação, habitação e saneamento; condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados de saúde. Este entendimento surgiu formalmente no Canadá, em 1974, com a divulgação do documento conhecido como Informe Lalonde. Sobre este documento, leia e analise as afirmações a seguir e, em seguida, assinale a alternativa que contém apenas a(s) afirmativa(s) que está(ão) **CORRETA(S)**:

- I. O documento apresenta o conceito de campo da saúde, que contempla quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde.
- II. A motivação central do documento se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, cujos resultados eram pouco significativos.
- III. O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde concentravam-se nas principais causas das enfermidades e mortes.

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

18. Ao longo dos últimos 34 anos, foram realizadas nove Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, das quais a primeira, realizada em 1986, em Otawa, que a definiu como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo participação no controle deste processo. O documento final desta Conferência, que ficou conhecido como Carta de Otawa, propôs cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Todas as demais Conferências também produziram documentos finais com fortes recomendações políticas voltadas para a promoção da saúde. Em relação a tais documentos, correlacione a Coluna 2 com a Coluna 1 e assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento em ordem descendente dos parênteses:

COLUNA 1	COLUNA 2
(1) Adelaide (1988)	() reforçou cinco prioridades entre elas: promover a responsabilidade social com a saúde, inclusive por meio do setor privado e investimentos no setor saúde de forma articulada com as áreas de educação, habitação e sociais.
(2) Jacarta (1997)	() realizou um “chamado à ação” para que os compromissos assumidos acelerem a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por meio do compromisso político e do investimento financeiro na promoção da saúde.
(3) Bangkok (2005)	() reiterou a necessidade da participação ativa da sociedade civil para o alcance da “Saúde para Todos” e solicitou às Organizações das Nações Unidas que avaliassem os benefícios de estabelecer um Tratado Global para a Saúde.
(4) Xangai (2016)	() estabeleceu que os países desenvolvidos têm obrigação de assegurar que suas políticas públicas resultem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento.

- a) (2) - (4) - (3) - (1)
 b) (3) - (2) - (4) - (1)
 c) (4) - (1) - (3) - (2)
 d) (2) - (4) - (1) - (3)

19. O Programa Nacional de Imunizações enfrenta importantes desafios, entre estes a queda crescente dos índices de cobertura vacinal, que pode propiciar o reaparecimento ou o recrudescimento de doenças imunopreveníveis, como a polio e o sarampo, e dificultar o controle de doenças emergentes, como a COVID-19. É um dos fatores que explicam esse quadro:

- a) frequência elevada de reações adversas pós-vacinais, que levam ao temor da população
 b) incapacidade das indústrias farmacêuticas de produzir vacinas em quantidade suficiente para toda a população
 c) a inexistência de protocolos de procedimentos da rede de frio para o acondicionamento das vacinas nos locais de aplicação
 d) oferta insuficiente da vacinação em locais externos aos serviços, como escolas e locais de trabalho

20. Segundo Bousquat et al (2021), o sentido de qualquer sistema de saúde, em especial os sistemas universais é:

- a) atender às necessidades de recuperação dos problemas de saúde de toda a população, por meio de serviços hierarquizados por nível de complexidade
 b) estruturar uma rede de atendimento à saúde, integrando os serviços públicos e privados disponíveis para o atendimento da população nos territórios
 c) responder às demandas de atendimento de questões de saúde da população, com prioridade aos serviços hospitalares, que demandam mais recursos
 d) responder às necessidades de saúde da população, não apenas por meio de uma rede integrada de serviços, mas também por meio de políticas públicas intersetoriais

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Em um indivíduo com Esclerose Lateral Amiotrófica em estágio independente, a conduta mais adequada é:

- a) facilitar o treino da marcha e habilidades nas suas atividades de vida diária
- b) treinar a transferência da cadeira de rodas para o leito
- c) facilitar a estabilidade de tronco e cabeça
- d) treinar a função respiratória e mudanças posturais

22. Considerando as Teorias do Controle Motor que norteiam a prática do fisioterapeuta, onde se tem a interação entre o indivíduo e o ambiente é na Teoria:

- a) hierárquica
- b) dos Sistemas
- c) reflexa
- d) ecológica

6

23. Para observar a presença do sinal de Bell na Paralisia Facial Periférica a manobra a ser realizada pelo paciente e que o fisioterapeuta deverá observar respectivamente é:

- a) que feche os olhos, o fisioterapeuta observará o desvio do globo ocular para cima;
- b) que feche os olhos com força, o fisioterapeuta observará que os cílios serão projetados para fora;
- c) para olhar para cima, o fisioterapeuta observará uma distância maior da pálpebra inferior para o globo ocular comparado com o sadio;
- d) para olhar para frente, o fisioterapeuta observará a queda da pálpebra inferior

24. Corresponde ao sintoma motor na doença de Parkinson:

- a) sonolência diurna
- b) hipotensão ortostática
- c) rigidez
- d) disfunção sexual

25. Baseado no princípio da sobrecarga, para o caso de um paciente acamado sem contraindicações clínicas para execução de exercícios cuja principal disfunção motora é a resistência à fadiga, a ênfase para aplicação do exercício ativo resistido deverá ser:

- a) na diminuição do tempo da contração muscular ou do número de repetições realizadas
- b) no aumento progressivo da quantidade de resistência aplicada e do número de repetições
- c) na execução de movimentos em diferentes velocidades com a máxima carga possível
- d) no aumento do tempo de manutenção da contração muscular ou do número de repetições realizadas

26. As diretrizes da reabilitação pós-operatória musculoesquelética podem ser divididas em fases, com metas e planos de assistência de acordo com o grau de proteção das estruturas operadas. A fase em que se objetiva alcançar a amplitude de movimento (ADM) ativa completa ou quase completa, indolor, com a cápsula articular estável, é a de proteção:

- a) moderada/ mobilidade controlada
- b) mínima / retorno à função
- c) máxima/ mobilidade controlada
- d) intermediária / retorno à função

27. A Síndrome do Túnel do Carpo é caracterizada pela perda sensitiva e fraqueza motora decorrente da compressão neural no túnel do carpo. Entre os comprometimentos funcionais mais comuns estão:

- a) retração dos músculos abdutores do polegar e flexores extrínsecos
- b) fraqueza ou hipotrofia dos músculos tênares e nos primeiros lumbricais
- c) incapacidade de garra cilíndrica com o 4º e 5º dedo
- d) dor e parestesia na região ulnar da mão

28. É comumente recomendada para reduzir a dispneia de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os quais cursam com hiperinsuflação dinâmica, resultante da limitação ao fluxo aéreo:

- a) respiração frenolabial (ou respiração com lábios semicerrados)
- b) inspiração fracionada com volumes pulmonares altos
- c) tapotagem
- d) expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral (ELTGOL)

7

29. O fisioterapeuta vem utilizando a pressão expiratória positiva (PEP) através de resistores lineares pressóricos como o EPAP (end positive expiratory pressure) que é constituído por máscara ou peça bucal, acoplada a uma válvula unidirecional e ao resistor expiratório. Pode-se afirmar que as três principais indicações para a utilização do EPAP são:

- a) aumentar a pressão pleural; expandir os alvéolos; e reduzir o diâmetro transversal do tórax
- b) aumentar o volume pulmonar (capacidade residual funcional e volume corrente), reduzir a hiperinsuflação pulmonar e melhorar a depuração da secreção das vias aéreas
- c) aumentar o volume de reserva inspiratório; diminuir a pressão pleural e reduzir o tempo expiratório
- d) auxiliar na remoção da secreção das vias aéreas; aumentar o volume residual e auxiliar na abertura de brônquios de pequeno calibre

30. Sobre as recomendações para o uso dos incentivadores inspiratórios pode-se afirmar que:

- a) durante sua execução deve-se priorizar a utilização da musculatura acessória da respiração e maior trabalho respiratório
- b) os incentivadores inspiratórios do tipo volume-dependente com capacidade de até 2500 mL são mais recomendados para uso adulto
- c) as inspirações devem ser realizadas de maneira lenta (para garantir um fluxo laminar), profunda (para maior expansão pulmonar) e sustentada (para promover a estabilidade alveolar)
- d) durante a utilização dos incentivadores inspiratórios do tipo fluxo-dependente, é recomendado inclinar o aparelho para diminuir o esforço inspiratório do paciente já que o deslocamento das esferas ocorre na posição vertical, contra a gravidade

31. A atuação do fisioterapeuta no período pré e pós-operatório de cirurgias abdominais é de grande importância. Considere as seguintes afirmativas e indique a relação **CORRETA**:

- I - Durante o período pré-operatório o fisioterapeuta deve ensinar os exercícios de reexpansão pulmonar que serão realizados pelo paciente após a cirurgia
- II - O treinamento muscular inspiratório no pré-operatório tem como objetivo preservar a função muscular no pós-operatório evitando complicações pulmonares
- III - A mobilização precoce e o treinamento muscular no pós-operatório podem promover melhora funcional, cognitiva e respiratória, bem como reduzir os riscos de estase e trombose venosa profunda
- IV - A utilização de dispositivos de PEP oscilante que auxiliam na depuração do muco respiratório somente deve ser iniciada após o quinto dia de pós-operatório

a) I, II e III;

b) I, III e IV;

c) II, III e IV;

d) III e IV.

32. Atualmente o fisioterapeuta conta com inúmeros instrumentos para a avaliação de pacientes com doenças respiratórias crônicas. Nesse contexto, indique a relação **CORRETA**:

A. A escala modificada do Medical Research Council (mMRC), já validada na língua portuguesa, é uma ferramenta para avaliação subjetiva da sensação de dispneia durante atividades de vida diária

B. O teste de avaliação da DPOC (COPD Assessment Test – CAT) deve ser preenchido pelo fisioterapeuta e avalia três itens (tosse, expectoração e dispneia), a pontuação de cada item varia de 0 a 4 pontos sendo a pontuação máxima de 20 pontos

C. O teste Timed up and go (TUG) avalia de modo rápido e prático o nível de mobilidade funcional, a capacidade de andar, o equilíbrio dinâmico e o risco de quedas

D. A escala de Borg avalia a percepção do grau de esforço realizado durante o exercício, com pontuação variando de 6 a 20 ou na versão modificada com pontuação variando de 0 a 10, sendo 0 ausência de dispneia e 10 dispneia máxima

a) A, B e C

b) A, C e D

c) A e C

d) C e D

33. Quanto as alterações do desenvolvimento encontradas em crianças com Paralisia Cerebral (PC), analise as afirmativas e indique a relação **CORRETA**:

I - A evidência de tônus muscular anormal, postura corporal atípica, persistência dos reflexos tônicos primitivos além da faixa etária são sintomas precoces que caracterizam o desenvolvimento de uma criança com PC.

II - A Ressonância Magnética Nuclear é considerada o exame padrão ouro para confirmação do diagnóstico de PC, demonstrando a área cerebral afetada em 100% dos lactentes abaixo de seis meses.

III - A formação de cistos periventriculares pós hemorragia cerebral é um achado em prematuros e/ou crianças de baixo peso com Leucomalácia Periventricular que se desenvolvem com PC.

IV - Classificamos a criança como PC como Espástica, hipotônica, discinética ou atáxica de acordo com a localização anatômica dos segmentos corporais afetados.

V - A espasticidade é a anormalidade neurológica mais frequente encontrada nas crianças com paralisia cerebral do tipo diplégica, hemiplégica e quadriplégica

a) I, III e V;

b) II, III e V;

c) I, III e IV;

d) II, IV e V.

34. Correlacione as colunas e indique a sequência **CORRETA**:

1 - Teoria dos Sistemas Dinâmicos () A sequência do desenvolvimento se estabelece de forma hierárquica a partir da maturação do Sistema Nervoso Central.

2 - Teoria Comportamental () O desenvolvimento infantil ocorre em um fluxo não linear de aquisições, resultante da influência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo.

3 - Teoria Maturacional () Na ausência de estimulação aferente, circuitos neurais especializados continuam produzindo movimentos rítmicos como a locomoção.

4 - Geradores de Padrão Central () A modificação no desenvolvimento ocorre por influência de estímulos ambientais que reforçam ou reduzem um determinado comportamento.

a) 1, 2, 4, 3

b) 4, 3, 2, 1

c) 3, 1, 4, 2

d) 3, 2, 1, 4

35. Lactente com 11 meses de idade cronológica chega para avaliação fisioterapêutica, com diagnóstico de Síndrome de *Down* e queixa de atraso no desenvolvimento motor global. O exame físico apresentou redução importante do tônus muscular global, com hipermobilidade articular mais acentuada em membros inferiores (articulações coxofemorais e tíbio-társica). Demonstrou controle insuficiente de cabeça na posição prona, chorando na posição e elevando-a por períodos breves. Em supino, acompanhou os objetos na linha horizontal e levou as mãos na linha média para alcance do brinquedo. Demonstrou iniciativa para rolar de supino para prono, chegando apenas ao decúbito lateral direito. Traz a cabeça com atraso na passagem de supino para sentado, não conseguindo permanecer sentado sem auxílio, demonstrando grande instabilidade na posição. Colocado na posição de pé não demonstrou prontidão para a postura, abduzindo os membros inferiores, recusando o apoio podal com carga. Questionada quanto ao comportamento e interesse do filho pelos brinquedos e pessoas da casa, mãe relatou que tem outros dois filhos pequenos, em idade pré-escolar e que vem encontrando dificuldades para estimular a criança, informando que a mesma permanece a maior parte do tempo deitada na cama ou posicionada em uma cadeirinha reclinada. Informou também, que evita a colocação em prono em virtude de a criança apresentar refluxo. Considerando os critérios da CIF(classificação internacional de funcionalidade), pode-se afirmar que:

- a) a hipotonia e a hipermobilidade são consideradas fatores pessoais que provocam as limitações nas atividades e restrição a participação
- b) os comportamentos adotados pela mãe para estimular a criança são fatores contextuais que estão favorecendo a participação nas atividades
- c) estimular o controle de cabeça em prono, e aquisição da postura sentada e de pé, podem reduzir o atraso e melhorar atividade e participação
- d) estimular a utilização de dispositivos e telas quando ele está na cadeirinha é uma orientação que facilitará o desenvolvimento e a participação

36. As distrofias musculares são desordens clínicas, de caráter hereditário, caracterizadas pela degeneração muscular progressiva associada a um padrão distrófico identificado na biópsia do músculo. A Distrofia muscular de *Duchenne* (DMD) é a mais observada na infância, com caráter degenerativo ascendente, causando incapacidade severa ao longo dos anos, podendo levar a morte precoce na adolescência tardia se não for adequadamente acompanhada. A partir dessas premissas são recomendações no tratamento fisioterapêutico da DMD:

- a) estimular o fortalecimento muscular com exercícios funcionais, promovendo treinos de alta intensidade no solo intercalados por exercícios excêntricos
- b) evitar atividades com exercícios funcionais submáximos, com treinos de alta intensidade no solo e na piscina, precedidos de exercícios excêntricos
- c) retardar a degeneração progressiva com atividades funcionais de alta intensidade, intercaladas de exercícios passivos e exercícios excêntricos
- d) estimular atividades com exercícios funcionais submáximos, atividades funcionais na piscina, evitar treinos de alta intensidade e exercícios excêntricos

37. Criança prematura com 6 anos de idade cronológica foi avaliada para tratamento em Fisioterapia por apresentar alterações no desenvolvimento motor. O exame do desenvolvimento demonstrou uma criança interessada e comunicativa que apresentava importante retardo motor: apresenta bom controle de cabeça em supino e prono, se interessa e manipula objetos com liberdade; rola sem dissociação de cinturas, sendo esta sua principal forma de locomoção no ambiente; arrasta-se em prono tracionando-se com os membros superiores, sem a participação dos membros inferiores. Seu equilíbrio sentado é precário para idade, demonstrando cifose exacerbada e grande instabilidade, quando apoiado consegue usar os membros superiores para brincar. Não alcança nem permanece na postura de pé sem auxílio, quando colocado, necessita dos braços para se manter, tenta dar passos, mas observa-se intensa extensão, adução e rotação interna de membros inferiores, chegando a cruzá-los (movimento em tesoura). Na avaliação do tônus evidenciou *Ashworth* grau 3 em membros inferiores e grau 1 em membros superiores. Já evidencia limitação para flexão dorsal no tornozelo (equinvaro). De acordo com o quadro motor descrito e o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) pode-se classificar a criança como paralisia cerebral na forma:

- a) quadriplégica espástica, GMFCS 3
- b) diplégica espástica, GMFCS 4**
- c) hemiplégica espástica, GMFCS 2
- d) diplégica discinética, GMFCS 3

38. Dentre os defeitos do tubo neural, a Espinha Bífida é a segunda causa mais frequente de incapacidade na infância. O defeito no fechamento do neuroporo posterior acarreta alterações no fechamento vertebral com ou sem envolvimento das meninges e tecido nervoso. As lesões resultam em déficits motores e sensoriais e o grau de comprometimento dependerá do nível neurológico da lesão, podendo resultar em paraparesia ou paralisia flácida, bem como contraturas e deformidades que podem agravar as funções. A indicação de órteses pode reduzir as limitações e facilitar a função. Considerando o nível de lesão neurológica, quais órteses são indicadas para esse fim:

- 1. Órtese tornozelo-pé
 - 2. Órtese joelho-tornozelo-pé
 - 3. Órtese quadril-joelho-tornozelo-pé
 - 4. Órtese supramaleolar
- a) 1 e 4: lombar alto e sacral; 2: lombar baixo; 3: lombar alto e torácico
 - b) 2 e 4: lombar baixo e sacral; 1 e 3: lombar alto e torácico
 - c) 1 e 2: lombar alto e sacral; 3: lombar baixo; 4: lombar alto e torácico
 - d) 1 e 4: lombar baixo e sacral; 2 e 3: lombar alto e torácico**

39. A bronquiolite viral aguda cursa com um quadro inflamatório agudo, é muito comum em alguns meses do ano e pode ser potencialmente grave em lactentes. Pode-se afirmar que são características da doença:

- a) a bronquiolite é definida como lesões das pequenas vias aéreas, causando obstrução da luz e promovendo importantes alterações funcionais**
- b) do ponto de vista fisiopatológico, possui características similares à de um pulmão com fibrose cística
- c) o tratamento é sempre realizado através de antibioticoterapia, e todos os casos devem ser tratados com assistência ventilatória invasiva e uso de óxido nítrico
- d) o quadro clínico é caracterizado por: desconforto respiratório grave, malformações pulmonares, fibrose pulmonar e leucomalácia ventricular

40. JSMM, sexo masculino nascido com 28 semanas de idade gestacional há 4 dias. Apresentou a síndrome do desconforto respiratório grau II, necessitando de 2 doses de surfactante pulmonar. No momento, está ativo e reativo ao manuseio, hidratado, anictérico, acianótico, sem sudação. Respira com auxílio de CPAP nasal via pronga, com PEEP=5cmH₂O e FiO₂= 40%. Apresenta retrações na caixa torácica.

Sinais vitais: FR = 38 irpm; FC = 142 bpm; Temperatura de 36,8°C; SaO₂ = 94%.

Ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes difusos.

De acordo com essas informações, julgue as afirmativas abaixo:

I - O uso do CPAP nasal tem os objetivos de aumentar a capacidade residual funcional, prevenir apnéias, melhorar os gases sanguíneos e o esforço respiratório

II - Os sinais vitais apresentados indicam taquicardia com taquipnéia

III - A medida da SaO₂ está abaixo do limite aceitável para a faixa etária e para a doença em curso, sendo necessário o aumento da FiO₂

IV - Os principais objetivos da fisioterapia para este recém-nascido incluem: manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores, prevenir e tratar a redução de volume pulmonar, reduzir o trabalho da musculatura respiratória, monitorar os níveis de suplementação de oxigênio, realizar a estimulação precoce e acompanhar o desenvolvimento motor

Indique a relação **CORRETA**:

a) II, III

b) III

c) I e IV

d) I, II, IV

41. Homem, politraumatizado em decorrência de acidente de moto, deu entrada na emergência com rebaixamento do nível de consciência, *Glasgow*: 7 (O - 1, V - 2, M - 4), pupilas anisocóricas, fotorreagentes, reflexo córneo palpebral reduzido e insuficiência respiratória, precisando ser submetido a intubação endotraqueal e encaminhado para o centro cirúrgico para drenagem de hematoma cerebral. No momento, encontra-se sedado com Fentanil a 4 ml/h + Dormonid a 10 ml/h, RASS - 4. Pupilas isocóricas e mióticas. Em ventilação mecânica invasiva no modo controlado a pressão (PCV) = 10 cmH₂O, PEEP: 6 cmH₂O e FiO₂: 40%, saturando a 97%. Dreno torácico a esquerda (borbulha e oscila). Hemodinamicamente controlado com Noradrenalina a 2 ml/h. Panturrilhas livres, sem sinais de TVP. De acordo com a última avaliação do paciente pode-se afirmar que:

a) o paciente desperta aos chamados, mas não interage com o meio. A avaliação motora poderá ser realizada através do cálculo do MRC

b) de acordo com a avaliação realizada, o paciente esboça movimento e abertura ocular em reação ao estímulo algico e a avaliação motora ficará comprometida devido a não cooperação do paciente

c) o paciente está grave, encontra-se sob efeito de sudação profunda, não permitindo a avaliação motora adequada e, associado a presença do dreno torácico, o atendimento fisioterapêutico ficará restrito e a mobilização do paciente deve ser evitada até que ele se encontre mais estável

d) o paciente está grave, dependente de Noradrenalina para manter a estabilidade hemodinâmica e bem adaptado a ventilação mecânica. O RASS -4 indica que o paciente não tem abertura ocular aos estímulos vigorosos

42. A mobilização é amplamente usada por fisioterapeutas em unidades de terapia intensiva (UTI). Além de reduzir os efeitos deletérios do imobilismo, os pacientes internados em UTI podem ter outros benefícios com a mobilização. Entretanto, o fisioterapeuta deverá avaliar adequadamente o paciente para indicar e realizar corretamente a mobilização. Em relação a este tópico, indique, a seguir, a relação **CORRETA**:

- I. Um dos efeitos desejados da mobilização em UTI é a melhora da função pulmonar, dos volumes pulmonares e perfusão periférica
- II. Em pacientes com ventilação mecânica invasiva, a mobilização precoce está associada à redução do tempo permanência na UTI
- III. Alguns fatores externos contraindicam ou limitam a mobilização, tais como: hipertensão intracraniana e a presença do balão intra-aórtico
- IV. Um dos exames laboratoriais avaliados é a contagem de plaquetas e valores abaixo de 50.000 cel/mm^3 contraindicam a mobilização devido ao alto risco de sangramento
- V. A trombose venosa profunda (TVP) é uma contraindicação para a mobilização, independentemente do período de evolução do quadro e do tratamento

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

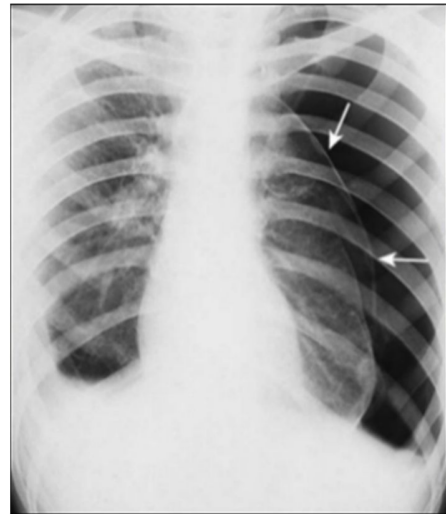
43. Homem, 40 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico e obeso, foi encaminhado à Unidade Pós-operatória imediatamente após uma cirurgia de gastroplastia. Afebril, leucócitos: 10.000 mm^3 , PCR: 3, balanço hídrico +150 ml. No momento, encontra-se sob efeito residual de sedação, em RASS – 3, estável hemodinamicamente. Bem adaptado a ventilação mecânica invasiva, no modo de ventilação controlada a volume (VCV), com os seguintes parâmetros ventilatórios: VC: = 550 ml, PEEP = 8 cmH_2O , FR = 16 irpm, relação inspiração:expiração = 1:2, pressão de pico = 28 cmH_2O , pressão de platô = 25 cmH_2O e FiO_2 : 0,4. Pode-se afirmar que os valores de complacência dinâmica e estática do sistema respiratório, respectivamente, e a devida justificativa são:

- a) 27,5 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; 32,4 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; ambos os valores estão reduzidos pois o paciente apresenta aumento da elastância da parede torácica provocada pela obesidade
- b) 0,056 $\text{cmH}_2\text{O/ml}$; 0,034 $\text{cmH}_2\text{O/ml}$; ambos os valores estão reduzidos pois o paciente apresenta aumento da elastância da parede torácica provocada pela obesidade
- c) 17,9 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; 20 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; ambos os valores estão reduzidos pois o paciente apresenta redução da complacência da parede torácica provocada pela obesidade
- d) 27,5 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; 32,4 $\text{ml/cmH}_2\text{O}$; ambos os valores estão reduzidos pois o paciente apresenta aumento da complacência da parede torácica provocada pela obesidade

44. O reconhecimento e o tratamento fisioterapêutico da exacerbação aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) devem ser realizados o mais breve possível. Nesse sentido, considere o seguinte caso clínico: LFM, 70 anos de idade, com DPOC de longa duração, é internado no hospital, e o exame físico revela diminuição bilateral dos sons respiratórios, sem a presença de sibilos. A gasometria arterial realizada em ar ambiente apresenta: $\text{PaO}_2 = 48 \text{ mmHg}$ / $\text{PCO}_2 = 67 \text{ mmHg}$ / $\text{pH} = 7,30$ / $\text{HCO}_3 = 30 \text{ mEq/L}$. O distúrbio gasométrico apresentado pelo paciente e o tratamento fisioterapêutico mais adequado são:

- a) acidose respiratória e inspirometria de incentivo
- b) alcalose metabólica e inspirometria de incentivo
- c) acidose metabólica e ventilação com pressão positiva não invasiva
- d) acidose respiratória e ventilação com pressão positiva não invasiva

45. Paciente 65 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico há mais de 30 anos, internada na UTI por descompensação clínica e tratamento de insuficiência renal crônica agudizada. Devido à dificuldade de acesso periférico, foi submetida a punção da veia subclávia esquerda para administração de fármacos. Algumas horas após o procedimento, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, com murmúrio vesicular diminuído em hemitorax esquerdo, sem ruídos adventícios, timpanismo à percussão em hemitorax esquerdo, taquipneia (FR: 32 irpm) e uso de musculatura acessória. Radiografia de tórax apresentada ao lado. Gasometria arterial em ar ambiente: pH = 7,37; PaO₂ = 60 mmHg; SatO₂ = 81%; PaCO₂ = 45 mmHg; HCO₃⁻ = 24 mEq/L. Diante desse quadro, pode-se afirmar que o diagnóstico mais provável e a conduta do fisioterapeuta são:



14

- a) atelectasia total do pulmão esquerdo – realizar técnicas expansivas
- b) pneumotórax - realizar técnicas expansivas
- c) pneumotórax – oxigenoterapia
- d) hidropneumotórax – não deve ser realizado tratamento fisioterapêutico neste momento

46. Sobre a fase I da reabilitação cardíaca pode-se afirmar que:

- a) as atividades nessa fase devem ter intensidades equivalentes a consumo de oxigênio (VO₂) de aproximadamente 7 a 14 mL O₂/kg/min
- b) deve ser iniciada tão logo o paciente entre em ventilação mecânica e objetiva a extubação do paciente
- c) não deve ser iniciada enquanto o paciente estiver na unidade coronariana
- d) deve ser supervisionada pela equipe multidisciplinar e não se deve sentar com o paciente nesta fase

47. O exercício físico crônico é capaz de induzir as seguintes adaptações em pacientes com doenças cardiovasculares:

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

48. A pressão positiva não-invasiva contínua nas vias aéreas para o tratamento do edema agudo de pulmão cardiogênico é eficaz por:

- a) aumentar a pós-carga do ventrículo esquerdo
- b) aumentar a pré-carga do ventrículo esquerdo
- c) reduzir a pós-carga do ventrículo direito
- d) reduzir a pós-carga do ventrículo esquerdo

49. A fase II do programa de Reabilitação Cardíaca consiste na fase ambulatorial. Essa 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 deveriam ser prescritos de acordo com testes para avaliação da capacidade funcional do indivíduo. Pode-se afirmar que o método é mais confiável e reprodutível para avaliar a capacidade de reserva funcional e prescrição do exercício físico na reabilitação destes pacientes é:

- a) teste de esforço máximo
- b) teste de caminhada de seis minutos
- c) teste cardiopulmonar de exercício
- d) shuttle walking test

50. Pode-se afirmar que 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 e ambulatorial, ambas supervisionadas; 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 e supervisionada; fase IV – supervisionada ou não supervisionada com objetivo de manutenção da aptidão física