

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

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. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersetorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- c) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;

- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);
- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Durante uma avaliação funcional pelo teste cardiopulmonar, as variáveis cardiovasculares, respiratórias e metabólicas obtidas são fundamentais possibilitando a determinação da contribuição dos sistemas cardiovascular e respiratório em suprir as demandas metabólicas dos músculos em atividade. Pode-se afirmar que um dos principais ajustes cardiovasculares ocorridos durante o teste de esforço físico é um aumento:

- a) do duplo produto, que é o produto da frequência cardíaca (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS), de forma que a demanda metabólica imposta ao coração possa ser estimada;
- b) do volume sistólico de forma curvilínea até aproximadamente 80% do consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx), seguido por pequeno aumento;
- c) similar das pressões arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) com o incremento do esforço físico, e a ocorrência de hipertensão reativa ao esforço quando a PAS atinge valores superiores a 190 mmHg;
- d) do débito cardíaco, que é o produto da frequência cardíaca pelo volume diastólico, esse aumento ocorre desde o início do exercício até as intensidades mais altas exclusivamente pelo aumento da frequência cardíaca;

10

22. A ventilação com pressão positiva não invasiva (pressão positiva contínua nas vias aéreas de um nível pressórico – CPAP – ou dois níveis pressóricos) pode melhorar o desempenho cardíaco de pacientes com insuficiência cardíaca, com aumento da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE), sendo indicada como terapia suplementar ao tratamento farmacológico. Pode-se afirmar que um dos principais mecanismos envolvidos nesses benefícios é:

- a) aumento da atividade simpática cardíaca, que aumenta o trabalho sistólico de VE e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, com melhora do volume sistólico;
- b) diminuição da pré-carga e da pós-carga de VE por meio do aumento da pressão intratorácica, que diminui a pressão transmural de VE e diminui o raio do coração levando ao aumento da força sistólica;
- c) redução da oferta de oxigênio para o miocárdio melhorando sua função cronotrópica;
- d) redução do débito cardíaco de aproximadamente 40% e melhor perfusão tecidual com aumento da eficiência mecânica.

23. O transplante cardíaco vem sendo atualmente, em muitos casos, o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca crônica refratária ao tratamento clínico e medicamentoso. O fisioterapeuta atua no pré-operatório, na fase de convalescença e na fase tardia, desenvolvendo a capacidade funcional desses pacientes. Pode-se afirmar que o teste, de baixo custo e amplamente utilizado, com eficácia consolidada para avaliação da tolerância ao exercício, e que pode ser utilizado como método alternativo para aqueles pacientes, hospitalizados ou não, que estejam impedidos por algum motivo de realizar o teste cardiopulmonar é:

- a) teste *timed up and go*;
- b) teste de sentar e levantar de um minuto;
- c) teste de esforço máximo;
- d) teste de caminhada de seis minutos.

24. A fase I da reabilitação cardiovascular, ou fase hospitalar, no que compete a atuação da fisioterapia compreende um programa de exercícios sendo seu principal alvo a redução dos efeitos deletérios do repouso no leito. Além da redução da capacidade funcional, considere as seguintes afirmativas sobre os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito:

- I) Redução dos volumes pulmonares e da capacidade vital.
- II) Diminuição na adaptabilidade às mudanças de postura, que se manifesta como hipertensão postural e disfunção barorreflexa.
- III) Redução do tônus muscular.
- IV) Diminuição do volume de sangue circulante (redução desproporcional do volume plasmático em relação à massa de hemácias).

Estão **CORRETAS**:

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

25. A fase II do programa de reabilitação cardíaca vem ganhando relevância nos últimos anos, principalmente devido ao menor tempo de internação dos pacientes durante a fase I. Nesse contexto, considere as seguintes afirmações sobre os objetivos da fase II dos programas de reabilitação cardíaca:

- I) Melhorar as condições físicas, mentais e emocionais dos pacientes, dando condições para um retorno mais rápido às suas atividades cotidianas.
- II) Aprimorar as funções dos sistemas cardiovascular e respiratório de forma progressiva e segura.
- III) Favorecer a reeducação ao paciente e à família visando aumentar seu conhecimento sobre a doença, a redução dos riscos cardiovasculares e modificar o seu estilo de vida.
- IV) Dispensar o paciente da fase III do programa de reabilitação cardíaca.

Estão **CORRETAS**:

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

26. Em pacientes criticamente enfermos o sistema de remoção de secreção pode estar comprometido pela presença de cânulas de traqueostomia, sendo necessária a realização de aspirações endotraqueais. Para que o procedimento seja eficiente e não cause lesão ao paciente deve-se:

- I – aspirar rotineiramente a via aérea
- II – não instilar solução salina
- III – não aspirar por mais de 15 segundos

IV – aspirar somente durante a retirada do cateter

Estão **CORRETAS:**

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

27. O treinamento muscular respiratório no pré e pós-operatório pode prevenir complicações pulmonares em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que apresentam fraqueza muscular respiratória. A carga inicial de treinamento, em relação a pressão inspiratória máxima (P_Imax), deve estar entre:

- a) 20 a 30%;
- b) 50 a 70%;
- c) 30 a 50%;
- d) 70 a 90%.

12

28. A pressão positiva oscilatória é utilizada com o objetivo de favorecer a eliminação das secreções do trato respiratório, sendo os equipamentos Flutter, Shaker e Acapella os mais utilizados. A forma correta de utilização dos equipamentos é realizar:

- a) inspiração no volume corrente com expirações lentas e forçadas;
- b) inspiração abaixo do volume corrente com expiração rápidas e prolongadas;
- c) inspiração no volume corrente com expirações lentas e prolongadas;
- d) inspiração abaixo do volume corrente com expirações rápidas e forçadas.

29. A oximetria de pulso (SpO₂) é amplamente utilizada, porém deve ser analisada com cautela, visto que a saturação da hemoglobina não é linearmente diretamente relacionada com a pressão arterial de oxigênio (PaO₂). Caso um paciente apresente uma SpO₂ de 80%, significa que sua PaO₂ está:

- a) baixa;
- b) alta;
- c) muito alta;
- d) normal.

30. A atelectasia lobar do pulmão direito, provoca alterações nas estruturas circunjacentes. Analise as afirmativas a seguir:

- I – elevação diafragmática bilateral
- II – estreitamento do espaço entre as costelas
- III – hipertransparência com redução da trama vascular
- IV – desvio mediastinal para o lado afetado

As afirmativas que descrevem os sinais radiológicos de perda de volume pulmonar são:

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

31. Foi coletada uma gasometria arterial de um paciente adulto jovem sob ventilação mecânica invasiva. Os valores observados foram: pH = 7,75; PaCO₂ = 21 mmHg; HCO₃ = 35 mEq/L. O laudo gasométrico correto é:

- a) acidose mista;
- b) alcalose respiratória compensada;
- c) alcalose metabólica compensada;
- d) alcalose mista.

32. Quanto às modalidades utilizadas para oxigenoterapia, pode-se afirmar:

- a) a máscara com reservatório sem reinalação é caracterizada como sistema de alto fluxo;
- b) valores de PaO₂/FiO₂ maiores do que 200 denotam uma troca gasosa normal;
- c) para pacientes com risco de insuficiência respiratória hipercápnica recomenda-se saturação alvo de 88 a 92%;
- d) nos sistemas de baixo fluxo a FiO₂ é independente do padrão ventilatório do paciente.

33. Quanto à ventilação mecânica invasiva, pode-se afirmar que:

- a) a ventilação com pressão de suporte é um modo de desmame ventilatório, ciclado a tempo e limitado a pressão;
- b) um dos benefícios potenciais da PEEP é a redução da resistência vascular pulmonar por correção da hipoxemia e reversão da vasoconstricção hipóxica;
- c) na ventilação mandatória contínua com pressão controlada (PCV) o disparo é sempre por tempo;
- d) na ventilação mandatória contínua com volume controlado a pressão de pico é resultado do volume corrente, do fluxo inspiratório e da fração inspirada de oxigênio.

34. Quanto ao desmame da ventilação mecânica, pode-se afirmar que:

- a) o teste de respiração espontânea consiste em retirar o paciente da ventilação mecânica ou utilizar pressão de suporte entre 5 a 7cmH₂O durante 30 a 120 minutos. Se o paciente apresentar sinais de intolerância, deve-se retorná-lo para a ventilação mecânica e fazer nova tentativa em 48 a 72h;
- b) a avaliação da aptidão para a extubação inclui a observação da capacidade do paciente proteger as vias aéreas. Nesse sentido um pico de fluxo da tosse > 40Lpm indica que o mesmo apresenta tosse eficaz;
- c) para pacientes que falham em 3 testes de respiração espontânea ou que permanecem em ventilação mecânica por mais de 7 dias após a primeira tentativa o desmame é considerado "prolongado";
- d) quando se utiliza um ventilômetro para avaliar o padrão ventilatório do paciente em ventilação espontânea, um índice de respiração rápida e superficial com valores acima de 105 ciclos/min/L está associado ao sucesso no desmame.

35. Pode-se afirmar que é uma vantagem da traqueostomia quando comparada a intubação traqueal:

- a) menor custo de instalação;
- b) função da glote preservada;
- c) menor risco de pneumonia;
- d) inserção mais rápida e fácil.

36. A ventilação colateral é um sistema de comunicação entre as unidades de troca gasosa do pulmão, que garante que áreas com constantes de tempo diferentes, possam ventilar igualmente sem atelectasias. Sobre as características da ventilação colateral em neonatos e lactentes é correto afirmar que:

- a) a criança pequena já nasce com o sistema de ventilação colateral totalmente formado, permitindo a formação da primeira capacidade residual funcional logo após o nascimento;

- b) a falta de eficiência da ventilação colateral na criança pequena pode ocasionar acúmulo de secreção e fibrose pulmonar idiopática;
- c) os Poros de *Kohn* comunicam bronquíolos respiratórios entre si, os Canais de *Lambert*, favorecem o intercâmbio gasoso entre alvéolos e os Canais de *Martin*, permitem a ventilação colateral entre os bronquíolos respiratórios e os alvéolos;
- d) o lactente ainda não dispõe desse sistema de comunicação bem formado. Supõe-se que os Poros de *Kohn* tenham sua origem na fagocitose das divisórias interalveolares pelos macrófagos alveolares.

37. A mecânica respiratória em neonatos e lactentes apresenta diferenças importantes quando comparada ao adolescente e ao adulto. A resistência de vias aéreas ao longo da árvore brônquica varia de acordo com a idade e pode interferir na função principalmente em casos agudos de doença respiratória. Sobre a resistência de vias aéreas em crianças, julgue as afirmativas abaixo e marque a opção que contem a sequência correta:

- I. Em crianças até dois anos, as vias aéreas extratorácicas, nasofaringe e orofaringe apresentam fluxo laminar, gerando redução da resistência total das vias aéreas.
- II. Quando há acúmulo de secreção em vias aéreas superiores a resistência cai e em uso de via aérea artificial, a resistência de vias aéreas aumenta.
- III. Conforme a Lei de Poiseuille, o raio da via aérea contribui de forma exponencial com a resistência total, sendo mais significativo do que o comprimento do tubo ou a viscosidade do gás inspirado.
- IV. O ponto de maior resistência das vias aéreas de crianças maiores e adolescentes situa-se nas vias aéreas médias. Os bronquíolos terminais contribuem pouco para a resistência total.

ALTERNATIVAS:

- a) F, F, V, V;
- b) F, V, F, V;
- c) F, V, V, F;
- d) V, F, F, F.

38. O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) tem sido amplamente utilizado para classificar crianças e adolescentes com paralisia cerebral. Pode-se afirmar em relação ao GMFCS que:

- a) as curvas de percentil auxiliam os profissionais de saúde e as famílias a entenderem como as habilidades motoras grossas das crianças classificadas em cada nível se modificam com a idade;
- b) uma criança classificada como nível IV aos 6 anos apresenta dificuldade para se locomover, mas pode rolar, arrastar-se, permanecer sentada sem apoio e mover-se independentemente com andador e órtese tornozelo-pé;
- c) classifica o desempenho de auto locomoção da criança e do adolescente e considera as limitações de mobilidade, porém sem considerar a necessidade de dispositivos para locomoção;
- d) classifica a criança em seis níveis, em uma escala ordinal, e apresenta distinções por faixa etária, isto é, antes dos 2 anos; entre 2 e 4 anos; entre 4 e 6 anos; entre 6 e 12 anos e; entre 12 e 18 anos.

39. Sobre o desenvolvimento motor no primeiro ano de vida, considere as afirmativas:

- I – O desenvolvimento da locomoção é um processo de resolução de problemas. A descoberta de soluções flexíveis e adaptativas exige aprendizado, repetição e variabilidade no repertório motor do bebê.
- II – Em torno dos 6 meses de idade, o bebê pode permanecer sentado sem apoio, pois o controle postural está mais desenvolvido. O posicionamento dos membros inferiores em anel favorece a postura sentada.

III – Aos 4 e 5 meses de idade, o bebê alcança ativamente e com sucesso os objetos no espaço, podendo segurá-los conforme sua vontade, utilizando o polegar, o dedo indicador e o dedo médio para a preensão.

Estão corretas as afirmativas:

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

40. A causa primária de hidrocefalia, na maioria das crianças com espinha bífida, caracterizada por deformidade do cerebelo, bulbo e parte cervical da medula espinhal é conhecida por malformação de:

- a) *Mondini*;
- b) *Dandy-Walker*;
- c) *Ebstein*;
- d) *Chiari II*.

15

41. No contexto da pediatria, as distrofias musculares apesar de raras, são um grande desafio para a assistência do fisioterapeuta. Mediante essa afirmativa, pode-se afirmar que:

- a) a distrofia muscular de *Duchenne* tem o seu nível de participação em atividades físicas reduzido com limitações para subir e descer degraus e marcha;
- b) na distrofia muscular de cinturas não há limitação para realizar atividades que necessitam da elevação dos membros superiores acima da altura dos ombros;
- c) na distrofia muscular miotônica na forma congênita, além da deficiência de força muscular e da função respiratória, é preservada a função mental;
- d) na distrofia muscular fascioescapuloumeral encontramos a atrofia muscular progressiva acompanhado de fraqueza muscular simétrica e ascendente.

42. A paralisia braquial perinatal tem um impacto relevante nas atividades da criança. O conhecimento a respeito da inervação dos membros superiores e as raízes nervosas acometidas é fundamental no direcionamento da intervenção do fisioterapeuta. Mediante o exposto responda qual a inervação dos principais músculos do plexo braquial.

- a) O plexo braquial inerva todos os músculos do membro superior com exceção do músculo trapézio;
- b) O nervo axilar é responsável pela inervação dos músculos deltoide, redondo menor e pronador quadrado;
- c) O nervo musculocutâneo é responsável pela inervação dos músculos redondo menor, bíceps braquial e flexor profundo dos dedos;
- d) O nervo radial é responsável pela inervação dos músculos ancônio, braquial e pronador quadrado.

43. O Torcicolo muscular congênito é uma alteração musculoesquelética observada na infância. Para que haja a adequada intervenção do fisioterapeuta é necessário identificar os músculos envolvidos. Assinale a alternativa correta.

- a) No torcicolo muscular congênito as crianças apresentam com maior frequência uma postura de inclinação e rotação da cabeça para o lado do músculo esternocleidomastoideo comprometido.

- b) No torcicolo muscular congênito as crianças frequentemente possuem uma postura de inclinação de cabeça para o lado do músculo esternocleidomastoideo comprometido e a cabeça rodada para o lado não afetado.
- c) O torcicolo muscular congênito pode ser definido pela presença de limitações articulares somente na contração ativa pelo encurtamento do esternocleidomastoideo.
- d) O torcicolo muscular congênito pode ser definido pela presença de limitações articulares somente na contração passiva pelo encurtamento do esternocleidomastoideo.

44. A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é uma patologia frequente, onde identifica-se compressão neural que pode ocorrer após traumatismos, como na fratura de *Colles* ou na luxação do Semilunar. Já na Síndrome do Canal de *Guyon* (SCG) a compressão traumática pode ocorrer devido à fratura do hâmulos do hamato, ao uso de muleta ou a pressão crônica. Sobre essas duas síndromes compressivas pode-se afirmar que:

- a) na STC há atrofia nos músculos tenares com retração do adutor do polegar e perda funcional de preensão entre as pontas dos dedos;
- b) na SCG há dor e parestesia ao longo do lado radial da palma da mão e perda funcional de diminuição da força de garra;
- c) na STC há retração do músculo abductor e flexores extrínsecos do polegar e perda funcional de preensão entre ponta e polpa;
- d) na SCG há fraqueza progressiva dos músculos intrínsecos inervados pelo nervo ulnar e perda funcional de preensão entre 1º, 2º e 3º dedo.

45. As fraturas na região proximal do fêmur são classificadas em termos gerais como intracapsulares e extracapsulares e depois subdivididas pela localização específica. Desses locais, as fraturas na região intertrocanterica são as mais comuns, respondendo por aproximadamente 50% de todas as fraturas na região proximal do fêmur. Sobre esta classificação pode-se afirmar que:

- a) extracapsulares – fraturas basicervicais e distais a inserção da cápsula articular do quadril;
- b) intracapsulares – fraturas transcervicais e intertrocantericas e não afetam o suprimento sanguíneo;
- c) intracapsulares – fraturas transcervicais e que podem afetar o suprimento sanguíneo resultando em necrose avascular;
- d) extracapsulares – fraturas subcapitais, subtrocantericas e distal à cápsula até uma linha de 5 cm distal ao trocanter menor.

46. Uma boa compreensão da cinesiologia da marcha é essencial para a elaboração de um programa de exercício terapêutico destinado a promover o retorno funcional. Em relação as fases da marcha, a atividade muscular e o tipo de contração muscular realizado é correto afirmar:

- a) na fase de contato inicial os dorsiflexores realizam contração concêntrica;
- b) na fase de apoio terminal os dorsiflexores realizam contração concêntrica;
- c) na fase de resposta às cargas os flexores plantares realizam contração excêntrica;
- d) na fase de apoio médio os flexores plantares realizam contração excêntrica.

47. Em relação ao padrão de recuperação funcional do membro superior no paciente neurológico após lesão do sistema nervoso central, tem-se como teoria mais atual:

- a) considera-se que a recuperação do membro superior se dá de ativação muscular de proximal para distal independente das exigências biomecânicas para a execução da tarefa;

- b) preconiza-se que a estabilidade e o controle motor do ombro sejam necessários antes do uso da mão para realização de tarefas dentro de um padrão biomecânico aceitável;
- c) recomenda-se que a espasticidade precisa ser inibida antes do uso ativo do membro superior para a realização da tarefa independente das exigências biomecânicas da mesma e do padrão de recrutamento muscular exigido pela tarefa alvo;
- d) considera-se o uso e o contexto da tarefa influenciam no padrão motor, a atividade muscular demandada reflete as exigências biomecânicas da tarefa e a distribuição da fraqueza muscular mais do que um padrão estereotipado.

48. Em relação ao ato de se levantar da posição sentada em uma cadeira entende-se que:

- a) a translação do momento horizontal para o momento vertical que propulsiona a massa corpórea para cima na posição ortostática em uma nova base de suporte é iniciada com a extensão do joelho antes da extensão do quadril;
- b) a fase de pré-extensão e extensão formam um movimento contínuo para cima e para frente decorrentes do deslocamento angular do quadril (flexão) e tornozelo (dorsiflexão) na fase de extensão;
- c) o músculo tibial anterior é relatado como um dos últimos músculos a serem ativados no ato de levantar-se, refletindo seu papel de posicionamento dos pés e sua contribuição na estabilização das pernas sobre os pés no início da ação como no avanço das pernas sobre os pés no momento de translação vertical do movimento para a posição ortostática;
- d) a quantidade de deslocamento angular do ato de se levantar não depende da posição inicial do tronco e pés, da altura do assento em relação ao comprimento dos membros inferiores, do tipo de assento, presença ou não de encosto e posição dos membros superiores.

49. Assinale a opção **CORRETA** sobre a articulação do joelho na análise da marcha, durante a fase de balanço, da aceleração ao balanço médio, no plano sagital:

- a) existe predomínio da atividade do quadríceps e pouca ou nenhuma atividade do bíceps femoral (cabeça curta), o grácil e o sartório contraem-se concêntricamente;
- b) existe predomínio da atividade do quadríceps e o bíceps femoral (cabeça curta), o grácil e o sartório contraem-se excêntricamente;
- c) existe atividade isométrica do quadríceps, do bíceps femoral (cabeça curta), do grácil e do sartório;
- d) existe pouca ou nenhuma atividade do quadríceps e o bíceps femoral (cabeça curta), o grácil e o sartório contraem-se concêntricamente.

50. Relacione a primeira coluna com a segunda coluna:

(1) Marcha em três pontos	() O peso é apoiado pelos dois membros inferiores e pelas duas muletas. A muleta esquerda é avançada. O membro inferior direito é avançado. A muleta direita é avançada. O membro inferior esquerdo é avançado. O ciclo se repete.
(2) Marcha com apoio de peso parcial	() Indicada quando está impedido o apoio de peso em um membro inferior (por exemplo, esquerdo). O peso é transferido para o membro inferior direito não envolvido e as muletas são avançadas. O peso é transferido dos membros superiores para as muletas e o membro inferior não envolvido vai até (ou avança além das) as muletas. As duas muletas são avançadas.
(3) Marcha em quatro	() O peso é apoiado nos dois membros inferiores e nas duas muletas. A muleta esquerda e o membro inferior direito são avançados juntos. A muleta direita e o

apoios	membro inferior esquerdo são avançados juntos. O ciclo se repete.
(4) Marcha em dois pontos	() Quando o membro envolvido (por exemplo esquerdo) está apoiando parcialmente o peso. O peso é transferido para o membro não envolvido. As muletas e o membro afetado são avançados simultaneamente. O peso é transferido para as muletas e parcialmente para o membro afetado, o membro não afetado avança. O ciclo se repete.

Assinale a resposta com a sequência **CORRETA** da segunda coluna de cima para baixo:

- a) 4, 3, 1, 2;
- b) 3, 1, 4, 2;
- c) 2, 4, 3, 1;
- d) 1, 2, 3, 4.