

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

01. A Constituição Federal de 1988, em seus Princípios Fundamentais, tem como um de seus objetivos construir uma sociedade livre, justa e solidária. Considerando o momento de Pandemia pelo COVID-19 e o descrito no Art. 200, podemos afirmar que:

- a) o SUS deve promover a harmonia entre atividades dos três poderes com vistas à determinação das medidas coletivas de enfrentamento da Pandemia pelo covid-19 e seus impactos.
- b) cabe ao Poder Executivo promover a livre escolha dos cidadãos quanto à adesão às medidas de proteção coletiva.
- c) o Poder Legislativo deve estabelecer percentual de recursos a ser repassado aos hospitais públicos e privados.
- d) cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

02. Ao observar o perfil epidemiológico da população brasileira, verifica-se a coexistência de doenças e agravos bem conhecidos, alguns até evitáveis. Pode-se afirmar, considerando um sistema de controle de doenças e agravos eficiente que:

- a) a vigilância em saúde deve ter atuação independente dos demais níveis de assistência.
- b) deve atuar de forma setORIZADA considerando as especificidades – sanitária, epidemiológica e ambiental.
- c) a Atenção Básica coordena as ações e serviços de vigilância em sanitária e ambiental.
- d) as ações de vigilância em saúde devem ser integradas à Atenção Básica nos territórios.

03. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na pactuação Intergestores em prol da equidade e integralidade na saúde. Para tanto o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, cumpre, dentre outras, a função primordial de:

- a) promover a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a Atenção Básica como coordenadora.
- b) pactuar regras de financiamento de base Estadual e macrorregional, segundo a organização dos planos Estaduais de Saúde.
- c) propor novas estruturas de “Governança” e o papel dos gestores no processo de regionalização do SUS.
- d) organizar a participação social junto aos colegiados de gestão regional, Estadual e macrorregionais.

04. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, identifique entre as opções aquela que configura continuidade com a versão anterior da PNAB.

- a) O número mínimo de ACS/equipe fica definido como um ACS/equipe.
- b) Reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família.
- c) A Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece no plano discursivo como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.
- d) O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) conta com profissionais na função de apoio à Equipe de Saúde da Família.

05. Segundo Souza et al (2018), desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde vem contribuindo para importantes mudanças positivas no perfil de saúde/doença da população brasileira. Assinale a opção que corresponde a um dos indicadores que mostraram quedas acentuadas na mortalidade no período de 1990 a 2015:

- a) mortalidade por diabetes.
- b) distúrbios mentais.
- c) doenças transmissíveis.
- d) violências.

06. A partir da Portaria nº 4.279 (30/12/2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que *“experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário”*. Não se aplica ao conjunto de atributos da Rede de Atenção à Saúde:

- a) participação social nas esferas de gestão, mas limitada às instâncias de ação intersetorial.
- b) atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar.
- c) população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- d) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, inclusive sistema de informação integrado.

07. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS *“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”*. Visando orientar a implementação desta política, foram definidos objetivos. Pode-se afirmar que melhor se aproxima do objetivo geral da PNEPS:

- a) promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.
- b) contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde.
- c) implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.
- d) apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

08. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes temáticas prioritárias pactuadas, no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 foram:

- a) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Atenção à população em situação de rua; Saúde bucal.
- b) Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Cuidados às pessoas com deficiência; Saúde do trabalhador; Saúde mental.
- c) Promoção da saúde; Cegonha; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas; Saúde bucal; Saúde do trabalhador.
- d) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Cuidados à pessoa com deficiência; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas.

09. Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A representação dos vários segmentos sociais se reunirá em Conferência mediante convocação do Poder Executivo a cada quatro anos ou, extraordinariamente, por convocação do Conselho de Saúde.
 - O Conselho de Saúde é o órgão colegiado que se reúne em caráter permanente e deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
 - A representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve garantir participação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - São instâncias colegiadas: o Conselho Federal de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde.**
10. Na estrutura organizacional do SUS, as Comissões Intergestores têm como atribuições pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Assinale a alternativa com todas as Comissões Intergestoras previstas no Decreto nº 7.508 2011:
- tripartite, bipartite e municipal.
 - federal, estadual e municipal.
 - tripartite, bipartite e regional.**
 - tripartite e bipartite.
11. As principais mudanças no financiamento da atenção básica (Atenção Primária à Saúde) introduzidas pela Portaria nº 2.979 de 12/11/2019 – Programa Previnde Brasil foram:
- extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.**
 - atualiza os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e veda o pagamento por desempenho.
 - institui os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de habitantes do município e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.
 - extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos pelo número de habitantes do município e veda o pagamento por desempenho.
12. A Lei nº 8142/1990 estabelece instâncias de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em que esferas de gestão essas instâncias são obrigatórias?
- Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
 - Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em todas as esferas de gestão.**
 - Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera Federal.
 - Conferência de Saúde na esfera Federal e Conselhos de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
13. A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) é uma das políticas setoriais em saúde mais ameaçadas, devido a diversos fatores, entre eles os cortes orçamentários ocorridos nos últimos anos. Em qual dos temas prioritários da PNPS foi obtido controle efetivo da prevalência da exposição nos últimos anos?
- Álcool e outras drogas.
 - Tabaco e derivados.**
 - Violência doméstica e sexual.
 - Alimentação não saudável.
14. O Brasil optou por um Sistema de Saúde de caráter universal, alicerçado na Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora do Sistema de Saúde. Pode-se afirmar que são diretrizes organizadoras da AB/APS:
- população adscrita, classificação de risco, atendimento por especialidade.
 - equidade, regionalização, atendimento por coparticipação.
 - acesso seletivo, hierarquização, coordenação do cuidado.
 - territorialização, população adscrita e participação da comunidade.**

15. A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS surge como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção. Portanto, pode-se afirmar que essa estratégia tem como objetivo:

- a) assegurar o acesso aos serviços especializados de alta complexidade, com a regulação global de CTI disponíveis, seja público ou privado.
- b) estabelecer a integração dos hospitais de alta complexidade a Rede SUS, independente de suas características – Universitários, militares, filantrópicos ou mesmo privados.
- c) ampliar a atuação do Estado no processo de pactuação de ações e serviços de saúde entre as regiões.
- d) consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, nas dimensões do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

16. No Brasil, observa-se a necessidade de fortalecer ainda mais a ESF nacionalmente, além da necessidade de aprimorar processos de trabalho para ampliar acesso, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, a ação estratégica que, além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, promoveu melhorias substanciais na qualidade do atendimento, reconhecidas por pesquisas de satisfação dos usuários foi o Programa:

- a) Práticas Integrativas e Complementares.
- b) Mais Médicos.
- c) Nacional de Promoção da Saúde.
- d) Viver Melhor.

17. O caminho para qualificar o SUS no Brasil é, indiscutivelmente, o fortalecimento e a efetivação dos atributos da APS, possibilitando a ampliação da sua capacidade de resolver problemas e de prepará-la para assumir a responsabilidade pela saúde da população. Além do atributo de acesso de primeiro contato, os outros três atributos essenciais, tal como definidos por *Starfield* são:

- a) integralidade; orientação comunitária e competência cultural.
- b) longitudinalidade; integralidade e coordenação.
- c) orientação familiar; orientação comunitária e coordenação.
- d) longitudinalidade; orientação familiar e competência cultural.

18. “Embora possamos identificar avanços na história recente da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS, ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” demanda uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares” a saber:

- a) “Intrasetorialidade”; “Desenvolvimento sustentável”; “Justiça social” e “Cidadania”.
- b) “Cidades saudáveis”; “Bom governo”; “Alfabetização em saúde” e “Mobilização social”.
- c) “Democracia”; “Intersetorialidade”; “Ancestralidade” e “proteção e inclusão social”.
- d) “Proteção ambiental”; “Qualidade de vida”; “Redes de corresponsabilidade” e “Equidade”.

19. Dentre as principais mudanças estabelecidas pela PNAB 2017, foi apresentada, pelo Ministério da Saúde, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), definindo e estabelecendo a relação de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. Em relação à CaSAPS, pode-se afirmar que:

- a) tornam a atenção básica espaço para a atuação direta das empresas privadas, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.
- b) predominam ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos.
- c) contribuem para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado que não ultrapassam a prevenção de base biomédica.
- d) permitem e favorecem a criação de equipes com carga horária e cobertura populacional flexibilizadas, enfraquecendo a perspectiva territorial na AB.

20. Em relação às principais mudanças que ocorreram entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 e a de 2017, pode-se afirmar que as descontinuidades e agregações mais substantivas aconteceram nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde. Com base nisso, leia as afirmativas abaixo, classificando-as em Verdadeiras (V) ou Falsas (F) e assinale a alternativa que representa a ordem de classificação encontrada.

- I. A PNAB 2011 previa até 8 horas semanais dos profissionais para atividades de formação e educação permanente, o que não mais se encontra na publicação de 2017.
 - II. A PNAB 2017 promove maior valorização das ações de Educação Permanente e do Programa Saúde na Escola, peças-chave para o processo de trabalho na Atenção Básica.
 - III. O número mínimo de ACS/equipe era de (4) quatro na PNAB 2011, enquanto na PNAB 2017, passou a ser de (1) um ACS/equipe.
- a) V – V – F
 - b) F – V – F
 - c) V – F – V
 - d) F – V – V

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A homeostasia dos gases respiratórios é fundamental para a manutenção da vida. No entanto, diversas condições patológicas resultam em desequilíbrio das concentrações de oxigênio e gás carbônico no sangue arterial. Portanto, pode-se afirmar que:

- a) a insuficiência respiratória hipercápnica associada ao aumento dos níveis de bicarbonato na gasometria arterial também pode ser denominada “insuficiência ventilatória crônica”.
- b) a insuficiência respiratória do tipo II (aguda) é caracterizada por hipoventilação alveolar com consequente aumento do pH sanguíneo.
- c) atelectasias, pneumonias e SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo) são causas comuns de insuficiência respiratória do tipo II.
- d) quando a principal causa da insuficiência respiratória é o *shunt*, a hipoxemia pode ser facilmente corrigida por meio da oferta de oxigênio suplementar.

22. A oferta de oxigênio aos tecidos pode estar comprometida devido a várias causas. Analise as afirmativas a seguir.

I – A hipóxia tecidual pode ocorrer mesmo que a pressão parcial arterial de oxigênio esteja dentro da normalidade.

II – Os principais fatores determinantes da oferta de oxigênio aos tecidos são o débito cardíaco e a pressão arterial de oxigênio.

III – Em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo valores de PaO₂ mais baixos podem ser tolerados para evitar a lesão pulmonar induzida pelo oxigênio e pelo ventilador mecânico.

Pode-se afirmar que são **CORRETAS**:

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

23. A oxigenoterapia é um recurso utilizado no intuito de manter a oxigenação sistêmica adequada e, conseqüentemente, evitar os efeitos da hipóxia ao organismo. Analise as afirmativas a seguir.

I – Nos sistemas de oxigenoterapia de baixo fluxo a fração inspirada de oxigênio depende do fluxo ajustado, do dispositivo utilizado e do padrão respiratório do paciente.

II – As cânulas nasais podem ser utilizadas com fluxo de oxigênio de até no máximo 10 litros/min.

III – Quando o paciente necessita de concentrações elevadas de oxigênio a máscara com reservatório é mais indicada do que o cateter nasal.

IV – Qualquer sistema de oxigenoterapia que seja alimentado por uma fonte de oxigênio com mais de 8 litros/min pode ser considerado como de alto fluxo.

Pode-se afirmar que são **CORRETAS**:

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

24. O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é bem aceito como medida do desempenho físico, sendo que a distância percorrida padronizada pela *American Toracic Society* é de:

- a) 30 metros
- b) 10 metros
- c) 50 metros
- d) 40 metros

25. A ventilação mecânica é um recurso fundamental para o tratamento da insuficiência respiratória aguda ou crônica. A compreensão do funcionamento do ventilador mecânico é fundamental para sua correta operação. Diante disso, pode-se afirmar que:

- a) se em um determinado ciclo respiratório a ciclagem é determinada pela máquina, porém o disparo é determinado pelo paciente, então esse ciclo é considerado espontâneo.
- b) no modo de ventilação controlado à pressão (PC-CMV) o fluxo e a pressão limite são ajustados pelo operador, não variando entre um ciclo e outro.
- c) na ventilação mandatória todos os ciclos são disparados pelo ventilador.
- d) a equação de movimento para o sistema respiratório inclui as variáveis pressão, fluxo, volume, complacência (ou elastância) e resistência.

26. O uso de ventilação invasiva com pressão positiva está associado a diversos efeitos fisiológicos e possíveis complicações. Pode-se, então, afirmar que:

- a) a lesão pulmonar induzida pelo ventilador promove a liberação de citocinas, espécies reativas de oxigênio, proteases e outras substâncias que causam inflamação em órgãos extrapulmonares.
- b) a estratégia para evitar o atelectrauma consiste em ventilar os pacientes com volume corrente em que a pressão de platô não exceda 30cmH₂O.
- c) um paciente com volume corrente = 400mL, pressão de platô = 20cmH₂O e PEEP = 5cmH₂O tem uma complacência estática do sistema respiratório = 20mL/cmH₂O.
- d) quando o ramo expiratório da curva *volume corrente vs. tempo* ultrapassa a linha de base significa que há vazamento no circuito.

27. A monitorização ventilatória à beira leito na unidade hospitalar é essencial no manejo dos pacientes com doença cardiovascular. Uma causa comum de insuficiência respiratória ventilatória é a falência dos músculos respiratórios, e alguns métodos estão disponíveis para avaliar a força desses músculos. A partir do exposto, leia com atenção as afirmações abaixo e assinale a afirmativa **INCORRETA**:

- a) O método que utiliza uma válvula unidirecional para mensurar a P_Imax tem como principal vantagem a possibilidade de realização mesmo em pacientes não colaborativos, sendo de particular importância para aqueles mecanicamente ventilados.
- b) O manovacuômetro é uma ferramenta que pode ser utilizada à beira leito para mensurar a pressão inspiratória máxima (P_Imax) e assim estimar a força muscular inspiratória.
- c) Nos pacientes intubados a P_Imax pode ser aplicada como índice preditivo de desfecho do desmame, valores mais negativos que -30cmH₂O indicam sucesso no desmame.
- d) O ventilometro é uma ferramenta que pode ser utilizada à beira leito para mensurar a pressão expiratória máxima (P_Emax) e assim estimar a força muscular expiratória.

28. Em relação à ventilação mecânica em pacientes com cardiopatia, marque a afirmação **INCORRETA**:

- a) Em pacientes com falência ventricular direita deve-se tomar cuidado ao utilizar altos níveis de PEEP, uma vez que um aumento da resistência vascular periférica pode elevar a pós-carga de ventrículo direito, reduzir o débito cardíaco e a oferta de oxigênio aos tecidos.
- b) A ventilação mecânica não invasiva pode ser indicada como coadjuvante no tratamento do paciente com edema agudo pulmonar vinculado à hipertensão arterial sistêmica, a disfunções coronarianas ou miocárdicas.
- c) A ventilação mecânica com pressão positiva invasiva ou não invasiva pode piorar o desempenho cardíaco de pacientes com insuficiência cardíaca, reduzindo significativamente a fração de ejeção de ventrículo esquerdo.
- d) A ventilação mecânica não invasiva tem mostrado bons resultados tanto na prevenção como no tratamento da insuficiência respiratória aguda pós extubação em pacientes com cardiopatia.

29. A cirurgia de revascularização do miocárdio é um dos métodos de tratamento de pacientes que evoluem com doença arterial coronariana isquêmica. Durante a internação pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, considere as seguintes afirmativas:

I – Para pacientes estáveis, um programa de reabilitação cardiovascular na Fase I (hospitalar) deve ser individualizado e apresenta impacto clínico se iniciado no quinto dia do pós-operatório.

II – Melhorar a função pulmonar e cardíaca e restaurar a capacidade funcional próximo aos valores pré-operatórios são alguns dos objetivos de um programa de reabilitação cardiovascular baseada em exercícios.

III – Durante um programa de reabilitação cardiovascular na Fase I a frequência cardíaca não deve ser utilizada como parâmetro principal no monitoramento da intensidade de exercício em pacientes que utilizem drogas vasoativas e betabloqueadores.

IV – A mobilização precoce evita complicações pulmonares e reduz os efeitos deletérios da permanência no leito como a trombose venosa profunda.

Estão **CORRETAS**:

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

30. A insuficiência cardíaca é a fase final comum de todas as cardiopatias, apresenta alta prevalência e na sua forma avançada evolui com altos índices de mortalidade e altas taxas de hospitalizações. Em relação à insuficiência cardíaca, considere as seguintes afirmativas:

I – Os fatores de risco para desenvolver insuficiência cardíaca são: hipertensão arterial, doença aterosclerótica, diabetes mellitus, obesidade, síndrome metabólica, história de cardiotoxicidade e histórico familiar de cardiopatia.

II – A classificação mais aceita e utilizada para caracterizar o estadiamento da doença foi desenvolvida pela New York Heart Association (NYHA) e se divide em 3 classes, que se inicia na classe I - limitação leve da atividade física.

III – A maior adaptação hemodinâmica em consequência do exercício traduz-se pelo aumento da extração de oxigênio pelos músculos em atividade (adaptações periféricas) levando ao aumento da tolerância ao exercício.

IV – Nos pacientes com insuficiência cardíaca grave, os exercícios tem por objetivo diminuir os sintomas e manter a capacidade funcional para as atividades de vida diária.

Estão **CORRETAS**:

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

31. Os dispositivos que oferecem oscilações e pressão expiratória positiva (PEP) são utilizados visando a remoção de secreção, auxiliando na independência do paciente. O modo correto de uso da pressão positiva expiratória final (EPAP) deve incluir inspirações:

- a) a partir do volume corrente com expirações lentas e prolongadas
- b) a partir do volume corrente com expirações rápidas e prolongadas
- c) até a capacidade pulmonar total com expirações lentas
- d) mais profundas do que o volume corrente e expirações rápidas

32. Em relação aos objetivos da Fase Hospitalar (Fase I) da Reabilitação Cardiovascular marque a afirmação **INCORRETA**:

- a) encaminhar os pacientes com insuficiência cardíaca descompensada para a Fase II do processo de Reabilitação Cardiovascular (fase imediatamente após o período de hospitalização).
- b) reduzir os efeitos deletérios do repouso no leito e introduzir o paciente em um programa progressivo intra-hospitalar de atividade física e dessa forma avaliar a resposta clínica frente aos níveis de esforço.
- c) promover a retomada precoce e segura das atividades logo após a alta hospitalar. Utilizar a atividade física e os programas educacionais para reduzir a ansiedade.
- d) oferecer ao paciente um conhecimento básico da sua doença cardiovascular, identificar os fatores de risco do paciente e iniciar a conscientização e a modificação destes para a prevenção secundária.

33. O principal objetivo do uso da inspirometria de incentivo (IE) é o aumento dos volumes pulmonares, portanto para expandir os alvéolos com a IE é necessário que as:

- a) inspirações sejam realizadas de maneira rápida e sustentada
- b) expirações sejam profundas e sustentadas
- c) inspirações sejam realizadas de maneira lenta, profunda e sustentada
- d) expirações sejam superficiais e rápidas

34. A dispneia apresentada pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode ser resultado da fraqueza muscular respiratória. Entre os dispositivos de treinamento muscular inspiratório, o *Threshold* é muito utilizado e deve ser iniciado com carga de:

- a) 100% da pressão inspiratória máxima
- b) 30% da pressão inspiratória máxima
- c) 50% da pressão expiratória máxima
- d) 80% da pressão expiratória máxima

35. O oxímetro de pulso é um dos equipamentos indispensáveis no condicionamento físico do paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pois ele:

- a) mede a fração de hemoglobina em relação à hemoglobina total.
- b) reflete diretamente a pressão arterial de oxigênio.
- c) mede a fração de oxihemoglobina em relação à hemoglobina reduzida.
- d) reflete a diferença arteriovenosa de oxigênio.

36. Qual a órtese mais indicada para uma criança com mielomeningocele nível lombar baixo, com equilíbrio de tronco satisfatório e com função dos músculos quadríceps e isquiotibiais mediais?

- a) Órtese joelho-tornozelo-pé
- b) Órtese tornozelo-pé
- c) Órtese quadril-joelho-tornozelo-pé
- d) Órtese toracolombossacral

37. Sobre o desenvolvimento motor típico, pode-se afirmar que:

- a) o controle extensor antigravitário se desenvolve antes do controle flexor antigravitário.
- b) a sustentação de peso sobre os membros estendidos ocorre antes da sustentação de peso sobre os membros flexionados.
- c) o tônus muscular extensor se desenvolve antes do tônus muscular flexor.
- d) as habilidades motoras finas se desenvolvem antes das habilidades motoras grossas.

38. A abordagem fisioterapêutica nas unidades de terapia intensiva neonatais precisa levar em conta a anatomia e fisiologia do sistema cardiorrespiratório do recém-nascido. Sobre as particularidades da fisiologia respiratória do neonato prematuro e a termo, correlacione as colunas abaixo e assinale a melhor correlação:

a) Diafragma	(I) Pode ser calculada pela Lei de Poiseuille, com variáveis como: comprimento da via aérea, raio e viscosidade do fluido.
b) Complacência	(II) Calculada através da variação de volume por unidade de pressão ($\Delta V/\Delta P$).
c) Trabalho respiratório	(III) Organização tridimensional geométrica de fibras colágenas e elásticas que possibilita a expansão do parênquima pulmonar a cada ciclo respiratório.
d) Resistência de vias aéreas	(IV) Composto por fosfolípidios e proteínas e sua síntese é estimulada a cada ciclo respiratório.
e) Surfactante pulmonar	(V) Produto da pressão e o volume corrente gerados durante cada ciclo respiratório.
f) Interdependência	(VI) Relação desproporcional entre fibras resistentes a fadiga e de contração rápida, predispondo à fadiga muscular respiratória, principalmente em prematuros.

10

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

39. Recém-nascidos podem ficar internados nas unidades de terapia intensiva neonatais por longos períodos e, com isso, necessitam de uma abordagem individualizada para que os objetivos da fisioterapia sejam alcançados e perpetuados. O posicionamento no leito é parte essencial desses cuidados e possui diretrizes bem conhecidas sobre a forma correta de manter os neonatos no leito. Sobre o posicionamento de neonatos prematuros nas unidades de terapia intensiva neonatais, pode-se afirmar que:

- a) a cabeça deve estar lateralizada sempre para direita, e os membros superiores com cotovelos e joelhos fletidos ao lado do corpo.
 b) cuidados posturais são fundamentais para favorecer o desenvolvimento neuromotor, melhorar a mecânica respiratória e reduzir os sinais de estresse. Deve-se utilizar rolos e coxins para a promoção da flexão fisiológica e diversificar o posicionamento ao longo do dia.
 c) deve-se promover a adução de membros inferiores acima de 60 graus para auxiliar no bom desenvolvimento acetabular do recém-nascido.
 d) deve-se conter totalmente o recém-nascido com faixas, coxins e lençóis para evitar sua movimentação durante o período de repouso.

40. A distrofia muscular de *Duchenne* (DMD) é uma doença genética que cursa com um quadro de piora funcional progressivo. Levando em consideração os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o conhecimento sobre DMD pode-se afirmar que:

- a) na estrutura e função do corpo podemos encontrar fraqueza muscular proximal e restrição de amplitude de movimento; na atividade podemos ter limitações para levantar do chão até atingir a postura de pé.
 b) na estrutura e função do corpo podemos encontrar alterações posturais e dependência para o autocuidado; na atividade podemos ter baixo engajamento em atividades físicas e escola inclusiva.
 c) na estrutura e função do corpo podemos encontrar déficit de equilíbrio e disfagia; na atividade podemos ter restrição na participação em ambientes comunitários e tecnologia assistiva.
 d) na estrutura e função do corpo podemos encontrar fraqueza muscular inespecífica e deformidades articulares; na atividade podemos ter isolamento social devido à dificuldade de mobilidade.

41. A paralisia cerebral (PC) é uma das causas mais comuns de incapacidade física na infância. Conhecer os tipos de PC e saber classificá-los faz parte da competência do fisioterapeuta. Observe as afirmativas:

I – a PC possui subtipos neurológicos: espástica, discinética e atáxica, podendo ser encontrado quadros mistos.

II – os pacientes com PC que possuem um quadro de quadriplegia podem ter as áreas cortical e subcortical lesionadas.

III – a classificação da função motora grossa (GMFCS) nível III de uma criança com PC de 6 anos de idade, indica que ela precisa de apoio no sentar e no andar, sem possibilidade de marcha mesmo com andador.

IV – o paciente com PC quadriplégico distônico apresenta lesão específica da cápsula interna.

As afirmativas **CORRETAS** são:

a) I e II

b) III e IV

c) I e III

d) II e IV

42. Pode-se afirmar que para as crianças com síndrome de *Down*:

a) o principal objetivo do tratamento fisioterapêutico, considerando os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para atividade e participação é aumentar a estabilidade articular para adquirir a marcha independente.

b) o uso de esteiras ergométricas para treinos locomotores geralmente se iniciam após a aquisição do controle de tronco, sendo que para inclusão no protocolo é necessário que a criança sente sem apoio e engatinhe.

c) a aquisição da marcha ocorre com base alargada e rotação externa de quadril, além de alterações posturais como pés planos, joelhos valgus, hiperextensão dos joelhos, inclinação anterior da pelve, hiperlordose lombar e protrusão abdominal.

d) dentre as diversas indicações de intervenções descritas na literatura estão o método neuroevolutivo, as intervenções sensoriomotoras e o uso de esteira ergométrica. Dentre as contraindicações descritas está o uso de órteses supramaleolares.

43. Homem, 35 anos, fraturou o tornozelo direito e foi submetido à cirurgia de fixação interna na tíbia e na fíbula. Antes da alta hospitalar, foi solicitado atendimento da fisioterapia com orientação de restrição total para descarga de peso no pé direito. Foi realizada uma avaliação para as devidas orientações domiciliares. Com base nas diretrizes para tratamento fisioterapêutico de pós-fratura em período de imobilização e conhecimentos sobre orientação para uso de dispositivos auxiliares, a melhor opção terapêutica para este paciente é:

a) exercícios isométricos para o quadríceps; elevação do segmento; exercícios de amplitude de movimento auto-passiva nas articulações acima e abaixo da região imobilizada e orientação para uso de duas muletas com marcha de dois pontos.

b) treino de deambulação usando uma muleta com marcha de dois pontos; exercícios resistidos para os membros superiores; mobilização articular leve nos artelhos e exercícios de “bomba de panturrilha”.

c) exercícios de amplitude de movimento ativa para as articulações acima e abaixo da região imobilizada; exercícios isométricos intermitentes leves; elevação do segmento e orientação para uso de duas muletas com marcha de três pontos.

d) orientação para elevação do segmento; cinesioterapia resistida nas articulações não imobilizadas; deambulação com uso de duas bengalas com marcha de quatro pontos.

44. Na paralisia facial sinais clínicos podem ser observados. Pode-se afirmar que o sinal característico de lesão do VII par craniano (nervo facial) é:

- a) Sinal de Brudzinski
- b) Kerning
- c) Lasegue
- d) Sinal de Chvostek

45. A lesão periférica que resulta no “sinal da benção” quando o paciente tenta abrir a mão é:

- a) nervo radial
- b) nervo ulnar
- c) nervo mediano
- d) nervo torácico longo

46. ANULADA

47. A lesão medular espinal geralmente resulta em déficit neurológico permanente ou, dependendo do nível da lesão, pode ocasionar grave limitação. Sobre a lesão traumática da medula espinal pode-se afirmar que:

- a) a síndrome cervicobulbar inclui lesões desde o bulbo até a medula espinhal cervical. As manifestações clínicas incluem parada respiratória, perda da sensibilidade nos dermatômos C1-C4, tetraplegia e lesão do quinto nervo craniano.
- b) a síndrome de Brown-Sequard também conhecida como síndrome de hemissecção medular, caracteriza-se por perda contralateral das funções motora e sensorial (proprioceptiva e vibratória) abaixo da lesão e perda ipsilateral das sensibilidades térmica e dolorosa, geralmente um a dois dermatômos abaixo da perda proprioceptiva.
- c) zona de preservação parcial está presente nas lesões da medula espinal consideradas completas, sendo definida como a extensão mais proximal de segmentos parcialmente preservados
- d) nível neurológico é definido como segmento mais proximal com função normal especificamente para as lesões da medula espinal do tipo completa.

48. Paciente admitido em hospital com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral por lesão da artéria cerebral média. Ao exame de imagem, observa-se envolvimento da área motora somática e da área de Broca. Após estabilidade hemodinâmica e clínica, o paciente encontra-se na enfermaria. Em relação a este paciente pode-se afirmar que as manifestações clínicas:

- a) a serem desenvolvidas pelo paciente são: hemianopsia homônima, perda de memória, síndrome de Weber
- b) compatíveis com as lesões neuroanatômicas são: nistagmo, vertigem, ataxia, paralisia pseudobulbar
- c) a serem desenvolvidas pelo paciente são: hemiparesia de braço e perna contralateral à lesão, ataxia, síndrome talâmica
- d) compatíveis com as lesões neuroanatômicas são: hemiplegia contralateral e déficit sensorial, deficiência motora da fala (afasia motora).

49. Homem, 45 anos, foi submetido a reparo do manguito rotador direito, com técnica cirúrgica aberta. Antes da cirurgia o paciente apresentava dor ao movimento voluntário de abdução, mas sem restrições nas amplitudes passivas de movimento. O tratamento fisioterapêutico pós-cirúrgico, nas primeiras seis semanas, inclui os seguintes objetivos:

- a) reeducar os movimentos da cintura escapular; manter a força muscular; prevenir dor e edema e atingir a amplitude de movimento de 180 graus para abdução e 180 graus para flexão.
- b) reduzir os sinais inflamatórios; prevenir atrofia muscular; atingir 15 graus de rotação interna e 180 graus para elevação do braço e reeducar as funções do ombro.
- c) diminuir a dor e inflamação; reduzir os efeitos nocivos da imobilização; iniciar os exercícios para controle escapular e atingir 45 graus de rotação externa e 120 graus de flexão no ombro.
- d) ganhar força muscular através do exercício de Codman; aplicar gelo para diminuir a dor e a inflamação; ganhar amplitude de movimento funcional para rotação externa e flexão no ombro e prevenir contraturas.

13

50. Mulher, 60 anos, costureira, foi submetida à amputação de desarticulação no tornozelo esquerdo, por doença vascular periférica. Não apresentava restrições nas suas atividades de vida diária, anteriormente à cirurgia. Queixa-se de dor em forma de câimbra e queimação no pé esquerdo. Pode-se afirmar em relação ao procedimento cirúrgico realizado e o curso do sintoma que:

- a) a desarticulação de tornozelo é denominada amputação de Pirogoff; o quadro algico relatado é uma dor do tipo pós-amputação e o exercício resistido no quadríceps é fundamental para prevenção de bloqueio na articulação do joelho.
- b) o procedimento cirúrgico realizado foi amputação de Syme; o sintoma referido é denominado dor fantasma e para prevenir restrição de amplitude de movimento no joelho, a paciente deve manter a articulação em extensão.
- c) a paciente foi submetida à amputação tipo Chopart; o sintoma referido é denominado sensação fantasma e para evitar contratura do joelho em flexão deve-se indicar a imobilização adequada.
- d) esta cirurgia é do tipo Lisfranc; o sintoma apresentado denomina-se dor fantasma e a complicação que pode comprometer o uso da prótese é a contratura no joelho.