UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UFRN

FISIOTERAPIA

Edital nº003/2016
Seleção 2017

Leia estas instruções:

1	Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
2	Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 10** > Saúde Coletiva; **11 a 50** > Conhecimentos Específicos.
3	Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
4	Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
5	Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
6	Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
7	Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
8	A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
9	Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
10	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
11	Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova. Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
12	Você só poderá levar este Caderno após decorridas três horas do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

COMPERVE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Saúde Coletiva 01 a 10

01. Leia o poema abaixo.

Pneumotórax

Manuel Bandeira

Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi:
tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
Diga trinta e três.
Trinta e três, Trinta e três... Trinta e três.
Respire...
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.
Então, Doutor, não é possível fazer um PNEUMOTORAX?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

No poema *Pneumotórax*, Manuel Bandeira incorpora à sua poética a cultura popular, sua preocupação com seus pulmões, seu sofrimento com a tuberculose e o "tango argentino" para dizer que, no seu caso, não havia nada a ser feito. Na Educação Popular em Saúde, a valorização desses conhecimentos e experiências de vida das pessoas, dos movimentos sociais e organizações populares é um elemento central. Trata-se de uma forma de superar as incompreensões e mal-entendidos, os preconceitos, as opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Essas assimetrias da "linguagem", ilustradas também no poema, são muito presentes nas práticas educativas em saúde. Tendo como base o poema exposto e a Educação Popular em Saúde, considere as seguintes afirmativas:

I	O adjetivo "popular" presente no enfoque da Educação Popular em Saúde aponta para a necessidade de colocar-se a serviço dos interesses dos opressores da sociedade em que vivemos pertencentes às classes populares, como forma de estimular o controle social pelos usuários dos serviços.
II	A Educação Popular em Saúde tem construído sua singularidade a partir do fortalecimento dos saberes e práticas autoritárias dos profissionais da saúde, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população.
III	A Política Nacional de Educação Popular em Saúde tem como princípios teórico-metodológicos o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
IV	A Educação Popular em Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde contribuam para aumentar a visibilidade histórica, social e política dos grupos sociais, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Em relação à Educação Popular em Saúde, estão corretas as afirmativas

A) III e IV.

B) I e III.

C) II e IV.

D) I e II.

02. Em 2016, os movimentos sociais em defesa da seguridade social em geral e da saúde, em particular, ganharam força diante das pautas neoliberais da agenda política brasileira e seus impactos no sistema de saúde. Nesse sentido, a luta popular acontece em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do direito à saúde conforme os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e nas Leis Orgânicas da Saúde. Nesse contexto, os movimentos sociais, os trabalhadores da saúde, os pesquisadores e a população em geral protestam em favor da permanência de um SUS que

A) oferte às populações mais vulneráveis ou em situação de exclusão social ações de saúde diferenciadas do ponto de vista técnico, mas que não diferencie esses sujeitos, aplicando, assim, o princípio da universalidade do SUS.

B) assegure a reestruturação da rede pública de saúde a partir das regiões de saúde, em razão da necessidade de se integrar o que a complementaridade do setor privado fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional.

C) garanta modos de governar a rede de serviços do SUS em cada local e estado e ainda tente compor isso com centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.

D) assegure a todo e qualquer cidadão um acesso universal, equitativo e integral, e sem os riscos oriundos do subfinanciamento do SUS, da privatização dos equipamentos públicos de saúde e do incentivo aos planos privados, entre outros.

03. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na década de 1980, foi resultante de uma longa mobilização da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. No contexto atual, as bandeiras de luta e o debate em torno do projeto político-sanitário e civilizatório do MRSB têm sido retomados, atualizados e aprofundados. Nesse sentido, o MRSB defende uma saúde democrática por meio de medidas que

A) assegurem uma política nacional de saúde que inclua a formação de recursos humanos, pois a atenção à saúde será tema de programas de saúde específicos.

B) transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população da zona rural.

C) criem um Sistema Único de Saúde que funcione sob a responsabilidade total e sob a administração das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

D) obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina.

Com base no caso a seguir, responda às questões 04 e 05:

Uma equipe de saúde da família realizou uma visita domiciliar ao Sr. J.S.S. Ele tem 53 anos de idade, trabalha como agente penitenciário há 12 anos e, apesar de todos os problemas na família, demonstra otimismo e disposição para viver. Quando perguntado sobre a última vez que foi a um serviço de saúde, o Sr. J.S.S.. referiu que foi há quatro anos, quando fez tratamento para tuberculose pulmonar e que, atualmente, vem tossindo com frequência e emagrecendo. Ele afirma que começou a tossir e a perder peso depois que houve alguns casos de tuberculose pulmonar no presídio. Entre um grupo de detentos que estavam sendo transportados no mesmo veículo e distribuídos em distintas unidades prisionais, havia um homem com sintomas sugestivos da doença. Dentro do ambiente fechado da viatura, o contato direto e as condições de saúde dos outros presentes favoreceram a contaminação. No presídio onde trabalha, houve três casos confirmados que estão em tratamento.

04. Quando retornou à unidade de saúde da família, a equipe discutiu o caso do Sr. J.S.S. e buscou identificar os determinantes sociais da saúde (DSS) como forma de produzirem um projeto terapêutico singular congruente com sua realidade de vida e efetivo na satisfação de suas necessidades de saúde. A equipe acredita que trabalhar com os DSS é uma ferramenta relevante, pois

A) permite conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas e de fatores de risco à saúde da população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

B) estudos têm evidenciado que conhecer os DSS leva ao enfrentamento das iniquidades em saúde, ou seja, aprofunda as desigualdades de saúde entre grupos minoritários que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

C) o principal desafio é estabelecer as determinações entre os fatores de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação é relação direta de causa-efeito.

D) conhecer os distintos determinantes de saúde de um indivíduo levará à formulação de explicações do perfil de adoecimento e de saúde da comunidade como um todo, podendo intervir nos fatores de risco modificáveis e alterar as iniquidades em saúde da população.

05. Na reunião para discussão do caso do Sr. J.S.S., a equipe da Estratégia de Saúde da Família contou com a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. A retaguarda especializada desenvolvida pela equipe do NASF foi fundamental no aprofundamento da discussão e na construção de um projeto terapêutico singular para o Sr. J.S.S. Além disso, foram planejadas ações de promoção da saúde e de vigilância epidemiológica no presídio. Partindo dessas propostas e intervenções planejadas pela equipe, utilizou-se como referência

A) a participação popular.

B) a vigilância sanitária.

C) o apoio matricial.

D) a análise de vulnerabilidade.

06. A Constituição Brasileira de 1988 preconiza que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Um dos meios de assegurar o cumprimento desse dever constitucional é a Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde compõe a área da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, englobando as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e a saúde do trabalhador. Cada uma dessas vigilâncias tem suas especificidades de atuação, embora possam compartilhar informações e agir de formar complementar. Sobre as atribuições da vigilância em saúde e suas especificidades, considere as seguintes afirmativas:

I	A vigilância em saúde constitui ações de promoção à saúde, observação da situação de saúde, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde da população.
II	A vigilância ambiental consiste em ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do trabalhador.
III	As ações de proteção da saúde são de caráter público, podendo ser delegada ao setor privado, de acordo com o princípio organizacional do SUS, que permite a complementaridade da iniciativa privada no sistema de saúde.
IV	As ações da vigilância epidemiológica consistem em detectar os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Em relação a vigilância em saúde, estão corretas as afirmativas

A) II e III. **C)** III e IV.

B) I e IV. **D)** I e II.

07. A notificação compulsória é uma atribuição da vigilância epidemiológica, que serve para comunicar a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde. A comunicação é feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou por qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Sobre a notificação de doenças e agravos, é correto afirmar:

A) a notificação permite monitorar ocasionalmente a tendência de uma doença/agravo na população, para que sejam estabelecidas medidas de prevenção e controle.

B) a Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais quando confirmar, no paciente, a ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória.

C) a notificação deve ser sigilosa, podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário somente em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

D) as informações coletadas pela vigilância epidemiológica são consideradas quando houver ocorrência de casos suspeitos ou confirmados e, portanto, a ausência de notificação não consta nas estatísticas.

08. A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) fornecem referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuirem para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde. A partir dos SIS, obtêm-se informações sobre: condições socioeconômicas, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde. Em relação ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), é correto afirmar que ele

A) apresenta algumas limitações tais como: a descontinuidade das investigações e a ausência da notificação compulsória em seus componentes vigilância, desfavorecendo a resolução e continuidade do cuidado.

B) possibilita conhecer a dimensão dos acidentes e violências que não geram internações ou óbitos, mas que são atendidos nos serviços de saúde, tais como: acidentes de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações.

C) desconsidera os acidentes notificados nos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Internação Hospitalar (SIH), devido à falta de articulação entre esses sistemas de informação.

D) tem como um de seus objetivos estimular a notificação dos casos de violência e acidentes, inviabilizando a implementação de políticas de cultura da paz nos grandes centros urbanos e nas escolas da rede pública.

09. A Razão de Mortalidade Proporcional ou Índice de Swaroop & Uemura mede a proporção entre o número de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais de idade em uma população, em um determinado ano, e o total de óbitos na mesma população, no mesmo período. Esse indicador permite a análise da tendência da mortalidade e a comparação de áreas geográficas. A partir do Índice de Swaroop & Uemura, é cooreto afirmar que

A) os países com atraso no desenvolvimento econômico e social apresentam mortalidade proporcional igual ou inferior a 75%.

B) as regiões com alto grau de subdesenvolvimento apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 50%.

C) os países desenvolvidos apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 75%.

D) as regiões com regular organização dos serviços de saúde e equidade social apresentam mortalidade proporcional inferior a 25%.

10. Nas últimas décadas, o Brasil experimentou enormes mudanças em seu padrão reprodutivo e em sua estrutura populacional. De forma geral, a mortalidade precoce manteve sua tendência histórica de declínio e a expectativa de vida foi ampliada. Além disso, a taxa de fecundidade caiu significativamente em muitos estados brasileiros. Diversos autores consideram que o declínio de fecundidade experimentado pelo Brasil nos últimos 30 anos é semelhante ao que foi vivenciado pelos países desenvolvidos, em processos que duraram de 80 a 100 anos. Dessa forma, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica bastante acelerado, decorrente principalmente do padrão de desenvolvimento econômico, social e político-institucional. Sobre essa temática considere as seguintes afirmativas:

I	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu a partir de um processo de transição demográfica caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e aumento da morbidade por doenças não transmissíveis.
II	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à melhoria nas condições sociais da população, com erradicação das doenças infecciosas e parasitárias nas crianças e, o surgimento das doenças crônico-degenerativas em idosos.
III	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à ampliação da cobertura dos serviços de saúde de forma igualitária, e considerando as diferenças e necessidades regionais com perfis epidemiológicos distintos.
IV	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu com a superposição de contextos epidemiológicos, com a persistência das doenças reemergentes, a adesão a modos de vida pouco saudáveis e a alta mortalidade por causas externas.

As afirmativas que explicam o processo de transição epidemiológica no Brasil são

A) I e II.

B) I e IV.

C) II e III.

D) III e IV.

Conhecimentos Específicos 11 a 50

11. A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) conceitua a funcionalidade como uma "interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais". Na CIF,

A) os fatores atividade e participação representam influências sobre a funcionalidade específica do indivíduo.

B) a função do corpo pode ter até 3 (três) qualificadores, relacionados à extensão, natureza e localização da incapacidade.

C) os fatores pessoais são descritos por dois qualificadores, desempenho e capacidade, e a diferença entre eles indica o efeito do ambiente sobre a pessoa.

D) as informações necessárias para a geração dos códigos podem vir de fontes primárias ou secundárias de dados.

12. Um dos caminhos para a utilização da CIF foi a criação dos Core sets ou "itens essenciais" que se referem ao conjunto de categorias da CIF que descreve, de forma típica, a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde. Quanto aos Core sets, é correto afirmar:

A) A utilização dos Core sets da CIF é uma prática consensual entre os profissionais de diferentes áreas que atuam na reabilitação, pesquisadores e defensores dos direitos da pessoa com deficiência.

B) Os Core sets da CIF para condições agudas são menores, pois, nessas condições, a funcionalidade não engloba aspectos como vida doméstica, uso de meios de transporte e os fatores ambientais ligados a essas atividades.

C) A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, para cada categoria nos Cores Sets da CIF, seja desassociado um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde sobre a funcionalidade.

D) Os Core Sets da CIF para bebês com microcefalia envolvem categorias de diferentes capítulos da CIF, incluindo itens de atividades e participação, que representam melhor o perfil funcional dessa população.

13. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, e compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas. Nesse sentido, na perspectiva do apoio técnico/pedagógico às equipes de referência, uma das ações plausíveis do Fisioterapeuta do NASF frente à linha de cuidado materno-infantil é

A) utilizar recursos e técnicas específicas da fisioterapia para tratamento de crianças menores de cinco anos, gestantes e puérperas.

B) instrumentalizar as equipes de Saúde da família para identificação precoce de atrasos de desenvolvimento neuropsicomotor.

C) auxiliar, apoiar, acolher e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para manejo das situações oriundas da deficiência.

D) estimular a interação e vínculo mãe-bebê por meio do reconhecimento e contato corporal, em visita domiciliar, no período puerperal.

14. O genograma e o ecomapa estão entre as ferramentas das quais os Fisioterapeutas inseridos no Nasf podem lançar mão para operacionalizar a clínica ampliada. Sobre essas ferramentas, é correto afirmar:

A) O genograma facilita a visualização do contexto familiar e social e de suas principais características, em virtude dos símbolos empregados.

B) O genograma representa, por meio de símbolos, os constituintes de, pelo menos, três gerações da família do paciente identificado (PI).

C) No ecomapa, são representadas graficamente as informações oriundas da entrevista individual com o paciente, em ambiente ambulatorial.

D) No ecomapa, o paciente identificado (PI) é representado no centro do círculo, enquanto os membros da família aparecem em círculos externos.

15. As órteses e próteses são tecnologias assistivas que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e, consequentemente, promover vida independente e inclusão. Sobre as órteses, é correto afirmar:

A) A OTP (Órtese Tornozelo-pé) de reação ao solo permite a flexão plantar e bloqueia a dorsiflexão, sendo indicada para fraqueza do tríceps sural e na presença de deformidade rígida em flexão dos joelhos.

B) A mola de Codivilla é uma órtese que permite alguma amplitude de movimento por ser mais flexível e mais leve do que outros modelos, compensando flexores plantares fracos.

C) A OTJP (Órteses Tornozelo-joelho-pé) consiste em uma órtese com barras laterais de metal, um joelho mecânico e suportes para a coxa, sendo indicada para a fraqueza de quadríceps.

D) A OTP em espiral permite a dorsiflexão no apoio médio, auxilia a flexão plantar no apoio terminal, controla a dorsiflexão no balanço e é indicada na espasticidade severa.

16. O termo Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de transtornos permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, que causa limitações na atividade, sendo sua classificação importante para o manejo terapêutico. A paralisia cerebral

A) Espástica unilateral apresenta sinais piramidais como a resposta de babinsk.

B) Discinética caracteriza-se por movimentos involuntários, englobando as atáxicas e as distônicas.

C) Coreatetósica é classicamente reconhecida por apresentar movimentos involuntários e diplopia.

D) Hemiplégica, pela classificação mais atual, é denominada Paralisia espástica bilateral.

17. Em uma avaliação fisioterapêutica, a utilização de instrumentos padronizados contribui para a qualidade do tratamento e das técnicas de intervenção. Sobre a utilização dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, é correto afirmar:

A) A Alberta Infant Motor Scale (AIMS) é uma escala composta por figuras distribuídas em quatro diferentes posições: prono, supino, sentado e em pé, que pode ser usada em crianças, desde o nascimento até os 18 meses de idade.

B) O teste TIMP (Test of Infant Motor Performance) pode ser aplicado por vários profissionais da saúde, em crianças de zero a seis anos, classificando-as dicotomicamente em risco ou normal.

C) A Avaliação dos Movimentos da Criança (MAI) apresenta uma grande amostra de dados normativos, e é padronizada para mensurar habilidades motoras grossas e finas de crianças, desde o nascimento até os cinco anos de idade.

D) A Escala de Bayley - III é indicada para avaliar crianças de zero a 72 meses de idade, e, ao ser aplicada, está subdividida em cinco domínios: Cognição, Linguagem, Motor, Social-emocional e Componente adaptativo.

18. Em uma consulta de uma criança do sexo masculino, realizada em boas condições emocionais e de saúde, foram registrados, na Caderneta de Saúde da Criança, os seguintes marcos do desenvolvimento:

Marco do desenvolvimento	Como pesquisar	Registro
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.	Presente
Imita linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de, pelo menos, 5cm de comprimento.	Presente
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: “quem mia?”, “quem late?”, “quem fala?”, “quem galopa?”.	Presente
Arremessa a bola	Observe se criança arremessa a bola acima do braço.	Presente

Levando-se em consideração o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento contido na Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, as habilidades acima avaliadas devem ser investigadas em bebês com

A) 21 meses.

B) 33 meses.

C) 25 meses.

D) 27 meses.

19. O acompanhamento do desenvolvimento da criança objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações ou desvios. Um dos itens indispensáveis na avaliação Fisioterapêutica do desenvolvimento neuropsciomotor consiste na identificação dos reflexos. Acerca dos reflexos, é correto afirmar:

A) O reflexo tônico-cervical simétrico ocorre com a rotação da cabeça para um lado, observando-se extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais.

B) O reflexo cutâneo plantar é obtido pelo estímulo da porção anterior do pé do recém-nascido, e o sinal observado, até o sexto mês de vida, consiste na extensão do hálux.

C) O reflexo de Moro é avaliado segurando a criança pelas mãos e liberando-a bruscamente, momento em que se observa que a criança flete os braços e estende os membros inferiores.

D) O reflexo de Gallant é avaliado estimulando-se a região lombar entre a 12ª costela e a crista ilíaca, com a criança em decúbito ventral, e tem como resposta a flexão do tronco para o lado estimulado.

20. O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, em sua versão mais recente aprovada em 2013, trata dos deveres do fisioterapeuta, no que tange ao controle ético do exercício de sua profissão, sem prejuízo de todos os direitos e prerrogativas assegurados pelo ordenamento jurídico. Com base nesse código de ética, ao fisioterapeuta é

A) proibido prescrever tratamento fisioterapêutico sem realização de consulta, salvo em caso de indubitável urgência.

B) permitido dar consulta ou prescrever tratamento fisioterapêutico de forma não presencial.

C) permitido divulgar e prometer terapia inovadora infalível, secreta ou descoberta cuja eficácia não seja comprovada.

D) proibido abandonar o paciente em meio ao tratamento, sem a garantia de continuidade de assistência, sob qualquer motivo.

21. O trato urinário é dividido em duas porções: trato urinário superior, constituído pelos rins e ureteres e o trato inferior, formado pela bexiga e uretra. Durante a gestação, todo o trato urinário sofre alterações fisiológicas e anatômicas que devem ser conhecidas pelos profissionais que prestam atendimento em obstetrícia. Uma alteração do trato urinário que ocorre em consequência a gestação é

A) a dilatação do sistema coletor no início do terceiro trimestre pelo aumento dos níveis de progesterona.

B) a inibição do peristaltismo uretral e o relaxamento da musculatura lisa vesical, pelo aumento dos níveis de estrógeno.

C) a compressão e diminuição do lúmem do ureter em razão do crescimento uterino.

D) a tendência ao aumento de volume dos rins em razão do incremento da vascularização renal.

22. O fisioterapeuta deverá determinar os objetivos do atendimento da gestante e as respectivas condutas com base nos achados da avaliação. Durante o trabalho com gestantes, o fisioterapeuta deve realizar

A) termoterapia, por meio de ondas curtas, ultrassom, parafina e compressa quente, para o alívio da dor e prevenção de danos fetais.

B) massagem e alongamento perineal para prevenir a laceração de assoalho pélvico, no período expulsivo do trabalho de parto.

C) treino dos músculos do assoalho pélvico, por meio da cinesioterapia, para prevenir o parto prematuro.

D) massoterapia para alívio das tensões musculares, por proporcionar diminuição do risco para parto cesáreo.

23. Uma das ações da fisioterapia no trabalho de parto é o estímulo às posturas verticalizadas. Estudos recentes apresentam algumas vantagens desta postura na fase de dilatação e expulsão. Nesse sentido, há evidências de que

A) a postura vertical, na fase de expulsão, diminui o risco de sangramento do colo uterino e região vulvar.

B) a postura vertical em tempo superior a 30 minutos, na fase de dilatação, diminui os padrões anormais de batimento cardiofetal.

C) a postura vertical, na fase de dilatação, promove a retificação do canal de parto diminuindo a taxa de cesáreas.

D) a postura vertical, na fase de expulsão, diminui o risco de laceração de 2º grau na musculatura do assoalho pélvico.

24. A menopausa e hipoestrogenismo estão fortemente relacionados à diminuição da qualidade de vida em mulheres na fase do climatério. Dentre as muitas alterações na saúde dessas mulheres estão as disfunções vesicais. Sobre os tipos de disfunções vesicais, é correto afirmar:

A) A incontinência urinária de esforço é caracterizada pela perda urinária devido ao aumento da pressão intra-abdominal sem contração detrusora associada.

B) A urgência miccional é comum na mulher que apresenta perdas urinárias por contração detrusora, estimulada pelo aumento da pressão intra-abdominal.

C) A incontinência urinária mista corresponde à perda urinária por esforço, associada à perda fecal por incompetência esfincteriana.

D) A retenção urinária ocorre por falha na via aferente do nervo hipogástrico que se concentra na região parassacral.

25. Os músculos do assoalho pélvico, responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos, são compostos por fibras estriadas esqueléticas e inervados pelo nervo pudendo. Na avaliação completa do assoalho pélvico realizada pelo fisioterapeuta, faz-se necessária a avaliação dos reflexos, tônus, coordenação e controle, força e resistência muscular. Durante a realização desse procedimento, o fisioterapeuta deve avaliar

A) o tônus muscular, definido como a condição sinérgica recrutada para atividades funcionais específicas.

B) a coordenação motora, definida como a resposta muscular à resistência oferecida por cinco segundos.

C) a força, que é estimada por métodos subjetivos, sendo graduada de zero a três pela escala de Oxford modificada.

D) o controle muscular, definido como a capacidade de ativar e relaxar os músculos voluntariamente.

26. A reeducação do assoalho pélvico compreende o treinamento dos músculos do assoalho pélvico após avaliação criteriosa. Para tanto, existem vários recursos utilizados e, dentre eles, o Biofeedbck. Em relação ao uso dessa técnica para reeducação perineal, é correto afirmar que o Biofeedback

A) Manométrico apresenta a curva da frequência mediana, em tempo real, permitindo a leitura do predomínio da frequência de disparo.

B) Eletromiográfico registra o potencial de ação muscular em microvolts, mesmo que o paciente não desencadeie movimento.

C) Eletromiográfico proporciona o alongamento dos feixes musculares, em níveis variados, em função do volume insuflado no balonete.

D) Manométrico sofre influência de variações de impedância da mucosa, pressão e temperatura.

27. A terapia comportamental é um tipo de tratamento adicional que envolve o retreinamento vesical, utilizado para reestabelecer o controle cortical da bexiga. Essa abordagem é realizada

A) por meio de micções programadas, com intervalo de tempo entre as micções baseado no diário miccional.

B) para diminuir o intervalo entre as micções, à medida que o paciente inibe a urgência miccional.

C) para tratar indivíduos com aumento da complacência vesical e com urgência sensorial.

D) por meio de contrações voluntárias e rápidas do assoalho pélvico, para adiamento da micção.

28. A eletroterapia é um recurso bastante utilizado no tratamento da incontinência urinária de esforço e da hiperatividade vesical. Em geral, é utilizada com eletrodos de superfície, endovaginais ou endorretais, de acordo com a indicação. Sobre o uso dessa técnica, é correto afirmar:

A) A corrente abaixo de 16 Hz é utilizada para estímulos proprioceptivos, na incontinência de esforço.

B) As correntes elétricas mais utilizadas na incontinência urinária são as alternadas, inferenciais e microcorrentes.

C) A corrente abaixo de 20 Hz é utilizada para tratamento da hiperatividade vesical.

D) A utilização do tempo *on-off* é contra indicado no estímulo proprioceptivo, por inibir a estimulação neural.

29. A fisioterapia desempenha um importante papel na prevenção, minimização e tratamento dos efeitos adversos das cirurgias de câncer da mama. Nesses casos, o fisioterapeuta deve estimular a mobilização precoce do segmento homolateral à cirurgia, com vistas ao reestabelecimento da amplitude de movimento o mais breve possível. No pós-operatório de mastectomia, movimentos de flexão do ombro acima de 90º do lado cirurgiado, são contraindicados, em caso de

A) alteração de sensibilidade em região interna do braço e lateral do tórax.

B) síndrome da mama fantasma e fraqueza muscular no braço.

C) alterações posturais e dores na coluna.

D) presença do dreno aspirativo e pontos cirúrgicos.

30. A avaliação fisioterapêutica é o primeiro procedimento a ser realizado em um paciente, pois é a partir da identificação do quadro clínico que é traçada a conduta terapêutica. Existem vários níveis de intervenção cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, dentre eles, a setorectomia. Em pacientes submetidas à tumorectomia à esquerda, é comum encontrar nos achados cinético-funcionais

A) exacerbação dos movimentos de flexão e extensão articulares do ombro esquerdo.

B) redução dos movimentos de flexão, rotação externa e abdução de ombro esquerdo.

C) preservação dos movimentos de flexão e extensão articulares de ombro esquerdo.

D) redução dos movimentos de extensão, rotação interna e adução de ombro esquerdo.

31. Uma mulher de 55 anos, pesando 70 Kg, é internada na UTI de um hospital universitário, com quadro de insuficiência respiratória aguda (IRpA) por pneumonia. Em determinado momento, evoluiu para intubação orotraqueal e suporte ventilatório invasivo. Os parâmetros ventilatórios iniciais recomendados do ventilador mecânico no modo A/C – PCV (assistido/controlado – pressão controlada) são:

A) Volume corrente: 420 ml; fluxo: 40 l/min; relação inspiração/expiração: 1:4; frequência respiratória: 12 irpm; pressão positiva no final da expiração: 5 cmH2O; fração inspirada de oxigênio: necessária para manter saturação arterial de oxigênio entre 93 a 97%; sensibilidade: -1 cmH2O.

B) Pressão inspiratória: 15 cmH2O; tempo inspiratório: 1 segundo; relação inspiração/expiração: 1:3; frequência respiratória: 15 irpm; pressão positiva no final da expiração: 6 cmH2O; fração inspirada de oxigênio: necessária para manter saturação arterial de oxigênio entre 93 a 97%; sensibilidade: -2 cmH2O.

C) Pressão inspiratória: 18 cmH2O; tempo inspiratório: 1,5 segundo; relação inspiração/expiração: 1:2; frequência respiratória: 14 irpm; pressão positiva no final da expiração: 10 cmH2O; fração inspirada de oxigênio: necessária para manter saturação arterial de oxigênio entre 93 a 97%; sensibilidade: -2 cmH2O; pressão de suporte: 18 cmH2O.

D) Pressão inspiratória: 10 cmH2O; tempo inspiratório: 0,8 segundo; relação inspiração/expiração: 1:5; frequência respiratória: 10 irpm; pressão positiva no final da expiração: 20 cmH2O; fração inspirada de oxigênio: necessária para manter saturação arterial de oxigênio entre 93 a 97%; sensibilidade: -1 cmH2O; pressão de suporte: 28 cmH2O.

32. Algumas escalas são utilizadas para avaliar o grau de sedação do paciente na terapia intensiva. Uma delas é a escala de sedação de Ramsay cuja pontuação igual a 1 indica que o paciente apresenta-se

A) sedado, porém responde às ordens verbais.

B) cooperativo, orientado e tranquilo.

C) com resposta débil a um toque leve na glabela.

D) ansioso, agitado ou inquieto.

33. Um homem de 60 anos, pesando 60 Kg, internado na UTI de um hospital universitário com quadro de exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apresenta a seguinte gasometria arterial de entrada: (FiO2: 0,21): pH: 7,30; PaCO2: 56 mmHg; PaO2: 48 mmHg, HCO3-: 26 mEq/l, BE: + 2, SaO2: 86%. Sobre esse caso, considere as afirmativas a seguir:

I	O laudo da gasometria arterial é acidose mista com hipoxemia.
II	Deve-se usar ventilação não invasiva (VNI) no tratamento da DPOC agudizada para aumentar a necessidade de intubação orotraqueal, diminuição do tempo de internação no hospital e diminuição da mortalidade.
III	Pode-se usar VNI em paciente com rebaixamento de nível de consciência devido à hipercapnia em DPOC.
IV	Na presença de tosse produtiva com expectoração amarelada, o fisioterapeuta pode indicar a técnica de expiração forçada (huffing) para a higiene brônquica.

Estão corretas as afirmativas

A) I e IV.

B) II e III.

C) III e IV.

D) I e II.

34. Considere a seguinte técnica de higiene brônquica: o paciente será posicionado em decúbito lateral, mantendo o pulmão acometido como região dependente (para baixo). Solicita-se ao paciente que execute a expiração completa, de forma prolongada, com um bocal, para que a glote se mantenha aberta. O fisioterapeuta permanece atrás do paciente, realizando compressão torácica e abdominal na fase expiratória, para favorecer o carreamento de secreção.

Essa técnica é denominada

A) Hiperinsuflação manual ou bag squeezing.

B) Exercício de fluxo inspiratório controlado (EDIC).

C) Drenagem autógena.

D) Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral (ELTGOL).

35. Atualmente, a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é classificada como SDRA leve, moderada e grave. Os critérios para a classificação da SDRA moderada incluem

A) tempo de início: aparecimento súbito dentro de uma semana após exposição a fator de risco, ou aparecimento ou piora de sintomas respiratórios; relação PaO2/FIO2: 101-200 com PEEP ≥ 5; origem do edema: insuficiência respiratória não claramente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga volêmica; anormalidades radiológicas: opacidades bilaterais.

B) tempo de início: aparecimento súbito dentro de duas semanas após exposição a fator de risco, ou aparecimento ou piora de sintomas respiratórios; relação PaO2/FIO2: 301-400 com PEEP ≥ 5; origem do edema: insuficiência respiratória claramente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga volêmica; anormalidades radiológicas: opacidades bilaterais.

C) tempo de início: aparecimento súbito dentro de duas semanas após exposição a fator de risco, ou aparecimento ou piora de sintomas respiratórios; relação PaO2/FIO2: 201-300 com PEEP ≥ 5; origem do edema: insuficiência respiratória não claramente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga volêmica; anormalidades radiológicas: opacidades bilaterais.

D) tempo de início: aparecimento súbito dentro de uma semana após exposição a fator de risco, ou aparecimento ou piora de sintomas respiratórios; relação PaO2/FIO2: ≤ 100 com PEEP ≥ 5; origem do edema: insuficiência respiratória claramente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga volêmica; anormalidades radiológicas: opacidades bilaterais.

36. Um homem de 70 anos, pesando 80 Kg é internado na UTI de um hospital universitário com quadro de choque séptico. Encontrava-se sedado e bem adaptado ao suporte ventilatório invasivo. Para otimização da terapêutica, foi realizado o procedimento de passagem de acesso venoso central pela veia subclávia direita e feita a radiografia de tórax para controle. A radiografia de tórax evidenciou sinais de pneumotórax no hemitórax direito. Os sinais que indicam a presença de pneumotórax são:

A) desvio do mediastino ipsilateral, aproximação de brônquios e de vasos e aumento da densidade no hemitórax direito.

B) borramento do ângulo costofrênico , cúpula diafragmática baixa e plana e aumento da altura dos campos pulmonares no hemitórax direito.

C) hipertransparência no espaço pleural e colapso pulmonar, com ausência de imagens vasculares no hemitórax direito.

D) horizontalização das costelas, deslocamento das fissuras lobares e eventual contenção de líquido no local do pneumotórax.

37. Das opções a seguir, aquela em que todos os itens são considerados complicações agudas do infarto agudo do miocárdio é:

A) rotura do septo interatrial; angina pós-infarto e endocardite infecciosa.

B) estenose da valva aórtica; acidente vascular encefálico pós-infarto e pericardite.

C) fibrilação ventricular; aneurisma de aorta e rotura do septo interventricular.

D) edema agudo de pulmão; rotura do músculo papilar e choque cardiogênico.

38. Uma mulher de 40 anos, pesando 50 Kg, no 3º dia de pós-operatório de troca valvar, internada na enfermaria cardiológica de um hospital universitário, em programa de reabilitação cardiovascular fase hospitalar encontra-se consciente, orientada, hemodinamicamente estável, em respiração espontânea, em ar ambiente, eupneica e sem sinais de desconforto respiratório. Apresenta frequência cardíaca ao repouso de 60 bpm e pressão arterial sistêmica ao repouso de 110x80 mmHg. Na prescrição do exercício físico, a intensidade recomendada para essa paciente é:

A) frequência cardíaca com valores de 50 bpm abaixo do limiar isquêmico e/ou escala de percepção de esforço de Borg (6 a 20) inferior a 13.

B) frequência cardíaca entre 120 bpm a 156 bpm e/ou escala de percepção de esforço de Borg (6 a 20) inferior a 16.

C) frequência cardíaca até 90 bpm e/ou escala de percepção de esforço de Borg (6 a 20) inferior a 13.

D) frequência cardíaca até 80% da frequência máxima prevista para a idade e/ou escala de percepção de esforço de Borg (6 a 20) inferior a 15.

39. Os programas de reabilitação cardiovascular têm por objetivo garantir aos seus pacientes as melhores condições física, mental e social, por meio da prática do exercício físico e ações educacionais voltadas para mudanças no estilo de vida. Em programas de reabilitação cardiovascular fase ambulatorial supervisionada, são contraindicações absolutas para prática do exercício físico:

A) Angina estável; miocardite e obstrução severa sintomática do trato de saída do ventrículo esquerdo com baixo débito esforço-induzido.

B) Tromboembolismo pulmonar e tromboflebite – fase aguda; pericardite e transplante cardíaco.

C) Endocardite infecciosa; dissecção de aorta – tipo A e cardiopatias congênitas severas não corrigidas e sintomáticas.

D) Diabetes mellitus descontrolada; insuficiência cardíaca crônica e arritmias ventriculares complexas e graves.

40. Considere a seguinte conceituação: doença autoimune, causada por anticorpos contra os receptores de acetilcolina, localizados na porção pós-sináptica da junção neuromuscular, levando à redução do número desses receptores. Essa é a conceituação de

A) Miastenia grave.

B) Síndrome de Guillain-Barré.

C) Esclerose lateral amiotrófica.

D) Poliomielite.

41. A aspiração endotraqueal consiste na retirada de secreção realizada por meio de um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo). A técnica de aspiração endotraqueal deve ser realizada

A) de forma asséptica.

B) objetivando a reexpansão pulmonar.

C) como rotina na unidade de saúde.

D) após aspiração nasal.

42. Lactente com 9 meses, encontra-se há 3 dias com coriza, tosse produtiva, febre e irritabilidade. Na avaliação clínica, apresenta-se prostrado, ausculta pulmonar com sibilos difusos e dispneia. Apresentou vômitos durante exame físico. Mãe relata que o irmão mais velho (4 anos) apresentou quadro similar há uma semana. O provável diagnóstico é

A) Pneumonia.

B) Bronquiolite.

C) Bronquiectasia.

D) Refluxo gastresofágico.

43. Pacientes com disfunções respiratórias podem apresentar retrações ou tiragens torácicas durante a inspiração. Esses sinais clínicos surgem em decorrência do aumento da

A) complacência pulmonar.

B) pressão intrapleural.

C) pressão intracraniana.

D) resistência ao fluxo aéreo.

44. Criança com 5 anos de idade é internada no pronto socorro com quadro de tosse não-produtiva, febre, inapetência e perda ponderal, com piora evolutiva da tosse e sibilos na ausculta pulmonar. O provável diagnóstico é

A) Pneumonia.

B) Pneumotórax.

C) Derrame Pleural.

D) Asma.

45. O fisioterapeuta é chamado para atender um lactente em ventilação mecânica invasiva, que apresenta atelectasia total do pulmão direito verificado no raio-x de tórax. Após calcular o shunt intrapulmonar, o fisioterapeuta verifica que é de 30% e que a saturação de pulso de oxigênio é de 85%. A conduta mais adequada para esse paciente é:

A) posição prona e extubação.

B) aumento da FiO_2 e posicionamento no leito.

C) desobstrução das vias aéreas e reexpansão pulmonar.

D) adequação da PEEP e diminuição da frequência respiratória.

46. O fisioterapeuta é comumente chamado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para controlar os parâmetros da ventilação não invasiva (VNI). Considerando que o lactente em VNI apresenta um hipofluxo pulmonar, o profissional deve

A) utilizar pressão positiva inspiratória final elevada.

B) utilizar baixa fração inspirada de oxigênio.

C) utilizar pressão positiva expiratória final baixa.

D) indicar a ventilação invasiva.

47. Recém-nascido pré-termo, idade gestacional de 32 semanas e peso de 2200g, com 27 dias de vida em ventilação mecânica segue com indicação de extubação. Um parâmetro que pode auxiliar na conduta de extubação é

A) a gasometria arterial.

B) as plaquetas.

C) o volume residual.

D) a capacidade pulmonar total.

48. Em neonatologia, o ajuste de certos parâmetros da ventilação mecânica requer a utilização de alguns cálculos.
Sendo: Ct= constante de tempo; C= complacência; R=resistência das vias aéreas; P= pressão nas vias aéreas e V= volume corrente.

Na ventilação mecânica, a equação Ct = CxR é utilizada para o ajuste

A) da relação I:E.

B) do tempo inspiratório.

C) da sensibilidade.

D) da pressão de platô.

49. Recém-nascidos prematuros apresentam características anatômicas e fisiológicas que interferem negativamente na indicação de manobras de higiene brônquica. A característica que contraindica esta técnica de fisioterapia em recém-nascidos nas primeiras 72 horas é

A) a frequência respiratória > 60 rpm.

B) a caixa torácica cartilaginosa.

C) o aumento da resistência do parênquima pulmonar.

D) a presença de matriz germinativa.

50. A hipersinsuflação manual é uma técnica indicada para mobilização e remoção de secreções brônquicas. Essa técnica, comumente empregada para aumentar a oxigenação, prevenir e reverter atelectasias, potencializar a ventilação alveolar e melhorar a complacência pulmonar, pode contraindicar para recém-nascido. Um fator de contraindicação da hipersinsuflação manual em neonatologia é

A) PEEP ≥ 10 cmH_2O.

B) pressão platô 15cmH_2O.

C) pico pressão = 17 cmH_2O.

D) complacência 0,5.