



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
HOSPITALAR – 2017  
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO 001/2017

SELEÇÃO DE CANDIDATOS ÀS VAGAS DO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO NA MODALIDADE DE RESIDÊNCIA INTEGRADA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE / EM ÁREA PROFISSIONAL DE  
SAÚDE HOSPITALAR PARA O PERÍODO LETIVO DE 2017

Data: 05 de fevereiro de 2017  
Hora Inicial: 13:00 (Hora Local)  
Tempo da Prova: 04 horas

SAÚDE PÚBLICA

FISIOTERAPIA

---

**SÓ ABRA QUANDO AUTORIZADO**

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Verifique se este caderno contém um total de **20** questões de Saúde Pública e **20** questões de conhecimentos específicos.
2. Fique atento aos avisos a serem feitos pelo fiscal de sala.
3. Após ser autorizado, abra o caderno, verifique o seu conteúdo e solicite imediatamente a troca caso falem folhas ou existam falhas na impressão.
4. Transfira cada uma de suas respostas para a **Folha de Respostas** conforme as instruções lá contidas.
5. Para se dirigir aos fiscais, levante o braço e aguarde ser atendido.
6. O candidato que for flagrado com **telefone celular** ou outro aparelho eletrônico, “mesmo desligado”, terá a sua prova anulada. Não leve o celular ou outro aparelho eletrônico para o banheiro, pois o porte destes, nessa situação, também ocasionará a anulação da prova.

**OBS.: os fiscais não estão autorizados a dar informações sobre esta prova.**

---

## SAÚDE PÚBLICA

1) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como objetivos gerais:

I- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

II- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

III- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

IV- Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados.

V- Aumentar em 30% os serviços de atendimento de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios polos de microrregião.

### Assinale a alternativa correta:

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

2) No tocante ao cumprimento dos Princípios da Atenção Básica, compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal. EXCETO:

a) Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União.

b) Incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal.

c) Inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde.

d) Organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica.

e) Desenvolver mecanismos técnicos estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

3) O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Diante do exposto assinale a alternativa que não corresponde:

a) Uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

b) Uma ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

c) Implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

d) Um espaço ou um local que pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo.

e) Um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada ao usuário.

4) Ao operar os Processos de Acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde se objetiva:

I- As mudanças estruturais de gestão em saúde.

II- A operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

III- A mudança de objeto (da doença para o sujeito).

IV- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.

V- A reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho.

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

5) A capacitação constitui-se como uma das ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Das alternativas abaixo, assinale a incorreta.

- a) Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal.
- b) Formação de enfermeiras obstétricas.
- c) Qualificação de parteiras tradicionais e doulas.
- d) Capacitação para a atenção às urgências obstétricas e neonatais.
- e) Orientação e apoio ao aleitamento materno.

6) A Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012, no seu Art. 38. Reza que: O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, quanto a:

I- Elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual.

II- Despesas empenhadas e não liquidadas consolidadas no Fundo de Saúde

III- Despesas custeadas com receitas com receitas provenientes de operações de crédito.

IV- Cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias.

V- Aplicação dos recursos vinculados ao SUS.

Assinale a alternativa correta:

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

7) De acordo com FERREIRA (2005), ao refletir sobre o Programa da Humanização da Saúde proposto pelo Ministério da Saúde como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. É correto afirmar que:

I- Observa-se diferentes sentidos dados ao termo originando uma diversidade de práticas.

II- Consiste simplesmente em exercer a atividade, seja qual for a profissão.

III- Constitui uma política ministerial bastante singular, uma vez que busca introduzir “uma nova cultura de atendimento à saúde” tendo como foco a sensibilização de seus profissionais.

IV- Traz ao campo da saúde, iniciativas que se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”.

V- Demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional.

Assinale a alternativa correta:

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

**8)** De acordo com FEUERWERKER e CECILIO (2007), as diferentes lógicas de acumulação de capital, de racionalização de custos e de humanização da atenção são vertentes que operam em favor de uma reorganização da atenção à saúde, prevendo novos lugares e papéis para os hospitais dentro da rede de serviços de saúde. Diante do exposto é incorreto afirmar:

a) Que nessa nova situação, ao hospital caberia um novo papel, centrado no cuidado das situações clínicas mais graves, que demandam maior intensividade de cuidado.

b) Que o hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações.

c) Que a integralidade da atenção hospitalar é compreendida a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e a partir do hospital, que é a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com os demais equipamentos de saúde.

d) Que um importante desafio do processo gerencial do hospital atualmente é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado eficaz e de qualidade.

e) Que o hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

**9)** A Regulação é um componente importante da gestão da assistência à saúde e tem como objetivo fundamental:

a) Organizar e garantir o acesso da população às ações e os serviços do Sistema Único de Saúde, visando à melhor alternativa assistencial disponível para as demandas concretas dos usuários.

b) Garantir uma gestão eficiente e uma gerência competente dos estabelecimentos públicos de saúde.

c) Construir força política necessária à obtenção de mais recurso e estabilidade do SUS.

d) Melhorar a eficiência do SUS.

e) Criar um mercado médico extremamente complexo, com inúmeras especialidades com ofertas e demandas distintas.

**10)** No tocante a Avaliação de Risco e Vulnerabilidade é correto afirmar que:

I- O usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo.

II- É uma prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde.

III- Avaliar risco e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico.

IV- Sua elaboração e implementação são de responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia.

V- Compõem a alta complexidade do SUS.

Assinale a alternativa correta

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

**11)** A Portaria GM/MS 1.996, de 20 de dezembro de 2007, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. De acordo com esse documento, julgue a alternativa que está ERRADA.

a) A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

b) Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde independente dos Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região.

c) As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

d) As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço devem articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde.

e) A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

**12)** De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.996, de 20 de dezembro de 2007, as comissões de Integração Ensino Serviço devem ter a seguinte composição, EXCETO:

- a) Gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes.
- b) Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos.
- c) Secretários municipais e estaduais de saúde.
- d) Trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas
- e) Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS

**13)** São objetivos da Política de Promoção da Saúde do SUS, EXCETO:

- a) Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;
- b) Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- c) Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- d) Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- e) Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder privado, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras).

**14)** De acordo com Estatuto do Idoso, leia as frases abaixo e marque (F) para as falsas e (V) para as verdadeiras. Em seguida, assinale a alternativa que contém a sequência correta.

( ) É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

( ) Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

( ) A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas obrigatoriamente por meio de atendimento hospitalar, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

( ) É facultada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

( ) Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária

- a) V, V, F, V, V
- b) V, F, F, V, F
- c) F, V, V, V, F
- d) V, F, V, F, F
- e) V, V, F, F, V

**15)** As Redes de Atenção à Saúde (RASs) se constituem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Com relação aos elementos constitutivos das RASs, é INCORRETO afirmar que:

a) O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.

b) O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de

Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

c) O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

d) A estrutura operacional das RASs compõe-se de dois componentes: o centro de comunicação, a APS e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.

e) O terceiro elemento constitutivo das RASs que são os modelos de atenção à saúde.

**16)** Analise as afirmativas abaixo, e marque (V) para as verdadeiras e (F) para as falsas.

**I.** Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

**II.** Diversos são os modelos que procuram esquematizar os enfoques dos determinantes sociais da saúde (DSS). O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em formato de pirâmide, onde os macrodeterminantes se situam na base.

**III.** O modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde.

**IV.** De acordo com Whitehead (2000), as iniquidades em saúde podem ser compreendidas como aquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

Assinale a alternativa correta:

- a) Todas são corretas.
- b) I, II e IV são corretas
- c) I e II são corretas
- d) I, III e IV são corretas
- e) Todas são incorretas

**17)** Com relação às Redes de Atenção à Saúde (RASs), julgue a alternativa CORRETA.

a) A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

b) As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que diminui o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.

c) A integração vertical se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. Na integração horizontal, nas redes de atenção à saúde, se faz através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a rede da Kaiser Permanente nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação

d) A substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos apenas dentro dos mesmos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

e) Outro conceito fundamental na construção das redes de atenção à saúde é o de nível de atenção à saúde. Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de maior densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de menor densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

**18)** De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, assinale a afirmativa CORRETA:

a) A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer sem doenças, é reconhecidamente a meta principal de toda ação de saúde.

b) A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada com foco nos problemas de saúde que acometem o idoso.

c) A prática da intrasetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intrasetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

d) Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras

doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica.

e) Deverão ser definidas e pactuadas, apenas em nível municipal, as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa.

**19)** Com base na Política Nacional de Atenção Básica, marque a alternativa INCORRETA. São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- a) Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea.
- b) Assistência básica integral e contínua, organizada a qualquer indivíduo independente de seu território, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratório.
- c) Realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.
- d) Desenvolvimento de ações intersectoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.
- e) Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

**20)** Segundo a Lei Orgânica 8.080 de 1990, entende-se por Vigilância Epidemiológica:

- a) Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- b) Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
- c) Conjunto de medidas de controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
- d) Conjunto de ações de controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- e) Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

## FISIOTERAPIA

01) Segundo Postiaux e Lens, Sarmiento (1992, 2007) a técnica **AFEL E ELPR** respectivamente:

- a) Podem ser comparadas quando analisamos seus princípios fisiológicos, pois ambas impõe fluxo expiratório lento e prolongado ao paciente, cuja diferença consiste no momento de início das manobras, enquanto a AFEL começa no platô inspiratório, terminando ao final da expiração, sem ultrapassar seus limites fisiológicos, a ELPr inicia-se ao final de uma expiração espontânea e prossegue até o Volume Residual (VR).
- b) Não podem ser comparadas seus princípios fisiológicos, físicos e funcional pois ambas impõe fluxo inspiratório lento e prolongado ao paciente, cuja diferença consiste no momento de início das manobras, enquanto a AFEL começa no platô inspiratório, terminando ao final da expiração, sem ultrapassar seus limites fisiológicos, a expiração, inicia-se ao final de uma expiração e prossegue até o Volume de Reserva Expiratória (VRE).
- c) Podem ser comparadas quando analisamos seus princípios fisiológicos, pois ambas impõe fluxo inspiratório lento e prolongado ao paciente, cuja diferença consiste no momento de início das manobras, enquanto a AFEL começa no platô inspiratório, terminando ao final da expiração, sem ultrapassar seus limites fisiológicos, a ELPr inicia-se ao final de uma expiração forçada e prossegue até o Volume Reserva Expiratório (VRE).
- d) Não podem ser comparadas quando analisamos seus princípios fisiológicos, físicos e experimentais pois ambas impõe fluxo expiratório lento e rápido ao paciente, cuja diferença consiste no momento de início das manobras, enquanto a AFEL começa no platô inspiratório, terminando ao final cada inspiração, chegando a ultrapassar seus limites fisiológicos, a ELPr, inicia-se ao final de uma expiração espontânea e prossegue até o Volume de Reserva inspiratório (VRI).
- e) Podem ser comparadas quando analisamos seus princípios fisiológicos e funcionais pois ambas impõe fluxo inspiratório lento e prolongado ao paciente, cuja diferença consiste no momento de início das manobras, enquanto a AFEL começa no platô inspiratório, terminando ao final da expiração, sem ultrapassar seus limites fisiológicos, a ELPr inicia-se ao final de uma expiração rápida e forçada e prossegue até o Volume Residual (VR).

**02)** A Estimulação Precoce na UTI é iniciada quando:

- a) Imediatamente pós admissão na UTI, respeitando os sinais de estresse, sono REM e alimentação através de técnicas específicas objetivando facilitar a motricidade normal.
- b) A criança estiver hemodinamicamente e clinicamente estável, com mais de 72 horas de vida, peso acima de 1.100 gramas e em curva de ganho ponderal ascendente, respeitando os sinais de estresse, sono profundo e dois terço do tempo após a última alimentação.
- c) A criança estiver hemodinamicamente e clinicamente estável, com mais de 21 horas de vida, peso acima de 3.500 gramas e em curva de ganho ponderal ascendente, respeitando os sinais de estresse, sono profundo e dois terço do tempo após a última alimentação
- d) A criança estiver hemodinamicamente e clinicamente estável, com mais de 48 horas de vida, peso acima de 2.800 gramas e em curva de ganho ponderal ascendente, respeitando os sinais de estresse, sono profundo e um terço do tempo após a última alimentação
- e) Imediatamente pós admissão na UTI e/ou uma semana após estabelecimento do protocolo médico inicial, respeitando os sinais de estresse, sono profundo, alimentação e sinais de maturação neurológica através de técnicas específicas objetivando inibir as posturas normais e facilitar a motricidade normal.

**03)** Segundo Lanza e col (2011), a ASMA continua sendo a doença pulmonar crônica que mais acomete as crianças e, quando estas doenças evoluem para um quadro de Insuficiência Ventilatória devem ser adotadas medidas de tratamento imediato. Portanto, exige indicação da VNIPP na Asma e Insuficiência Ventilatória e podem ser empregado os seguintes modos ventilatórios:

- a) CPAP com valores de 3 a 8 cmH<sub>2</sub>O e BiPAP com valores acima de 5cmH<sub>2</sub>O
- b) Apenas o CPAP já que apresenta crises de sibilância e um quadro de hiperinsuflação pulmonar
- c) CPAP com valores acima de 7CmH<sub>2</sub>O já que apresenta apenas um quadro de hipoxemia com benefícios na troca gasosa, e BIPAP apenas na redução no trabalho respiratório e pressão transdiafragmática.

d) CPAP e IPAP já que apresenta crises de sibilância, roncos e desinsuflação pulmonar.

e) CPAP e BiPAP com benefícios na troca gasosa, redução no trabalho respiratório, frequência respiratória, exalação de CO<sub>2</sub>, pressão transdiafragmática, produto pressão tempo dos músculos respiratórios e redução da necessidade de AVMI.

**04)** Segundo Postiaux (2000, P. 146), a técnica Drenagem Autógena (**DA**) é aplicada:

a) Uma técnica de higiene brônquica que utiliza inspirações e expirações lentas controladas pelo paciente em posição sentada, começando em VRE para mobilização de secreções situadas nos brônquios médios, depois evoluindo progressivamente até o VRI para a eliminação das secreções que se localizam na árvore aérea proximal.

b) Uma técnica de higiene brônquica que utiliza inspirações e expirações lentas controladas pelo paciente em posição sentada, começando em VRE para mobilização de secreções situadas nos brônquios médios, depois evoluindo progressivamente até o VRI para a eliminação das secreções que se localizam na árvore aérea proximal. A Drenagem autógena revelou-se capaz de modificar as qualidades reológicas das secreções.

c) Uma técnica de higiene brônquica que utiliza inspirações e expirações rápidas controladas pelo fisioterapeuta em posição sentada, começando em VRE para mobilização de secreções situadas nos brônquios médios, depois evoluindo progressivamente até o VRI para a eliminação das secreções que se localizam na árvore aérea proximal. A Drenagem Autógena revelou-se capaz de melhorar a transportabilidade do muco.

d) Uma técnica de depuração brônquica aplicada em Lactente, que não conseguem expectorar e tem como objetivo conduzir a secreção deslocada pela tosse e acumulada no fundo da cavidade bucal. É uma técnica ativo-passiva, realizada em decúbito lateral onde o paciente realiza expirações lentas a partir da CRF até o VR. A Drenagem Autógena revelou-se capaz de melhorar a transportabilidade do muco.

e) Uma técnica aplicada em adultos e crianças internados na UTI neonatal, que não conseguem expectorar e tem como objetivo conduzir a secreção deslocada pela tosse e acumulada no pulmão, de onde é facilmente retirada. A Drenagem Autógena revelou-se capaz de melhorar a transportabilidade do muco.

**05)** Em pediatria e neonatologia a escolha dos parâmetros ventilatórios iniciais está condicionada a:

- a) Peso da criança, sinais de Desconforto Respiratório (DR) e exame gasométrico
- b) Extensão da doença e apresentar valor > que 8 na Escala do desconforto Respiratório - BSA
- c) Fases do Desenvolvimento neuromotor e doença de base
- d) Idade da criança e doença de base
- e) Controle da respiração em nível de SNC, gasometria e exames complementares como RX do pulmão.

**06)** O uso do CPAP nasal em neonatos, independente de seu peso ao nascer, mas é necessário observar o quadro de insuficiência respiratória, por ser:

- A. Considerado um sistema de ventilação artificial utilizado com geradores de pressão durante a fase expiratória. Doença da Membrana Hialina (DMH), fibrocísticos, cardiopatas e algumas neoplasias da infância.
- B. Considerado um método terapêutico para diversas doenças pulmonares como Doença da Membrana Hialina (DMH), apnéia da prematuridade, SAM, desmame do respirador.
- C. Considerado uma VMNI, com geradores de pressão durante a fase expiratória da respiração espontânea que pode atuar nas doenças TTRN, Pneumonia, atelectasia e SDR
- D. Considerado um sistema de ventilação artificial que promove um ritmo respiratório regular nos RNPT e reduzir a resistência vascular pulmonar pela melhora da oxigenação como no caso da Doença da membrana hialina e síndrome de aspiração de mecônio
- E. Considerado um sistema de ventilação artificial e um método terapêutico que permite recrutamento de alvéolos colapsados como e importante atuação nos casos de Atelectasia.

Considerando as alternativas desta questão:

- a) Apenas a alternativa A está correta
- b) Apenas a alternativa B está correta
- c) Apenas a alternativa C está correta
- d) Apenas a alternativa D está correta
- e) Todas as alternativas estão corretas

**07)** Na Ventilação Mecânica Invasiva a vantagem da ventilação controlada por volume está no fato de:

- a) Esta modalidade de VMI está no fato de que a garantia do volume residual evita a hipercapnia mediante mudanças nas propriedades mecânicas do sistema respiratório e manutenção de volume corrente menor que 3ml/k.
- b) Esta modalidade de VMI está no fato de que a garantia do volume corrente evita a hipoventilação mediante mudanças nas propriedades mecânicas do sistema respiratório e manutenção de volume corrente em torno de 15ml/k.
- c) Esta modalidade de VMI está no fato de que a garantia do volume corrente evita a hipoventilação ou a hiperventilação mediante mudanças nas propriedades mecânicas do sistema respiratório e manutenção de volume corrente em torno de 6ml/k.

d) Esta modalidade de VMI não permite a participação do paciente durante o ciclo inspiratório, o que promove a garantia do volume corrente e evita a hipoventilação ou a hiperventilação mediante mudanças nas propriedades mecânicas do sistema respiratório e manutenção de volume corrente em torno de 10ml/k.

e) Esta modalidade de VMI permite a participação do paciente até o momento da ciclagem, o que leva a garantia do volume corrente evitando a hipoventilação mediante mudanças nas propriedades mecânicas do sistema respiratório e manutenção de volume de reserva e corrente maior que 8ml/k.

**08)** Conforme Sarmiento (2007), o oxigênio é imprescindível em pacientes com insuficiência respiratória e naqueles que utilizam ventilação mecânica. São exemplos de complicações decorrentes do uso de oxigênio por tempo prolongado:

- A. Apenas a Displasia Broncopulmonar que evolui para um quadro de hipoxemia e pneumonia
- B. Retinopatia da prematuridade, displasia broncopulmonar, atelectasia, traqueobronquite e lesão pulmonar aguda.
- C. Retinopatia da prematuridade, LPA, atelectasia e neoplasias
- D. Doença da membrana hialina, neoplasias, síndrome de aspiração de mecônio e cardiopatias

E. Apenas a Atelectasias de absorção e valvulopatias

Todas as alternativas estão incorretas, exceto:

- a) A alternativa E
- b) A alternativa D
- c) A alternativa A
- d) A alternativa C
- e) A alternativa B

**09)** Conforme Lanza (2012), em pediatria são considerados os seguintes critérios para iniciar o desmame da VPM:

a) Tosse, deglutição eficazes, correção de distúrbios metabólicos, PEEP entre 5 e 6 cmh<sub>20</sub>, estabilidade cardiovascular sem uso de medicação, nível de consciência sem sedação, ph, no mínimo 7,45

b) Tosse, deglutição eficazes, correção de distúrbios metabólicos, uma PEEP de 4 CmH<sub>20</sub>, estabilidade cardiovascular com uso de medicação, nível de consciência sem sedação, ph, no mínimo 7,25

c) Tosse, deglutição eficazes, correção de distúrbios metabólicos, PEEP entre 5 e 8 cmh<sub>20</sub>, estabilidade cardiovascular sem uso de medicação, nível de consciência sem sedação, ph, no mínimo 7,25

d) Doença da membrana hialina, neoplasias, síndrome de aspiração de mecônio e cardiopatias

e) Tosse, deglutição eficazes, correção de distúrbios metabólicos e eletrolítico, PEEP de 8 cmh<sub>20</sub>, estabilidade cardiovascular com ou sem uso de medicação, nível de consciência sem sedação, ph, no mínimo 7,21

**10)** A pressão positiva expiratória final – PEEP, pode ser utilizada em pacientes em respiração espontânea e em ventilação mecânica. Sobre PEEP marque a alternativa falsa:

a) O objetivo principal da PEEP está relacionado à melhora da oxigenação arterial em situações clínicas que cursam com distúrbios nas trocas gasosas.

b) A aplicação da PEEP pode ser também de fundamental importância para a redistribuição do líquido extravascular em doenças que cursam com lesão pulmonar.

c) Altos níveis de PEEP aumentam o retorno venoso, diminuindo a resistência vascular pulmonar e o volume diastólico final do ventrículo esquerdo.

d) A PEEP elevada pode causar hiperdistensão alveolar, redução da complacência do sistema respiratório, aumentando a ventilação do espaço morto e ruptura alveolar.

e) A aplicação da PEEP em pacientes com complacência pulmonar baixa, diminui a transmissão da pressão positiva para o espaço pleural, minimizando as repercussões dessa pressão sobre o retorno venoso.

**11)** Com o episódio do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, o sistema cardiovascular passa a ser limitante para a capacidade aeróbia. Nesse caso, o sistema musculoesquelético assume papel fundamental na melhoria do desempenho físico. A ação mais benéfica do treinamento físico é a melhora da capacidade funcional, EXCETO:

a) O treinamento aeróbio produz aumento da D (a-v) O<sub>2</sub>, reduzindo a necessidade de esforço maior pelo sistema cardiovascular.

b) A realização de exercício se traduz pela diminuição das catecolaminas sanguíneas e urinárias em repouso e durante o treinamento submáximo, provavelmente pela diminuição do tônus parassimpático, acarretando redução da frequência cardíaca e pressão arterial.

c) O treinamento físico tende a promover um aumento do tempo de diástole ventricular e consequentemente, um aumento do fluxo sanguíneo coronariano.

d) Após o treinamento, as modificações do sistema musculoesquelético incluem: aumento da densidade capilar, aumento do número e tamanho das mitocôndrias e aumento no número e atividade das enzimas oxidativas.

e) Como adaptação ao exercício ocorrem diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial sistólica de repouso e menor elevação destes durante o exercício submáximo, reduzindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

**12)** Sobre os padrões respiratórios patológicos, marque a alternativa FALSA:

a) Pacientes com fraqueza ou paralisia do músculo escaleno, podem apresentar depressão da região torácica superior quando o diafragma se contrai, chamado movimento paradoxal do tórax superior.

- b) A respiração assincrônica é caracterizada pelo padrão anormal de recrutamento dos músculos expiratórios, favorecendo a elevação do diafragma durante a inspiração.
- c) A ortopnéia é um sintoma comum na insuficiência ventricular esquerda. Os pacientes apresentam aumento acentuado da resistência das vias aéreas na posição supina, a qual não pode ser atribuída à redução do volume pulmonar e broncoconstrição induzida vagalmente.
- d) Na respiração de Cheyne-Stokes ocorre alteração crescente e decrescente da amplitude respiratória, com intervalos de apnéia e hipopnéia.
- e) A contração dos músculos abdominais, durante a expiração, alonga o diafragma e diminui o seu raio de curvatura, colocando-o em uma posição favorável na curva comprimento-pressão. Pacientes que apresentam obstrução ao fluxo aéreo por secreção podem apresentar a expiração forçada.

**13) Sobre ventilação mecânica, marque a alternativa FALSA:**

- a) No disparo a tempo, quando o comando frequência respiratória é ajustado, o tamanho do ciclo respiratório não fica predeterminado, é variável de acordo com o esforço do paciente.
- b) Na ciclagem a volume, o ventilador interrompe a inspiração quando o volume escolhido é alcançado. A velocidade de entrada deste também deve ser ajustada, ao que chamamos de fluxo inspiratório.
- c) Na forma de ciclagem a tempo, uma pressão constante pré-programada nas vias aéreas permanece constante por um tempo predeterminado. A ciclagem da máquina então se dá ao término do tempo inspiratório ajustado.
- d) Na ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV), a variável de controle pode ser a pressão controlada ou o volume controlado, mas o disparo é combinado, existindo um disparo a tempo pré-ajustado pela frequência respiratória.

- e) Na ventilação mandatória contínua (VMC), o aparelho inicia (disparo) e termina (ciclagem) a fase inspiratória automaticamente, sem possibilidade de interação com o *drive* respiratório do paciente.

**14) O Edema Agudo dos Pulmões (EAP) representa uma das principais causas de insuficiência e/ou desconforto respiratório que motivam a procura por unidades de emergência ou terapia intensiva. Sobre EAP assinale a alternativa FALSA:**

- a) O edema pulmonar é ocasionado pelo desequilíbrio das forças de Starling, em que pode ocorrer um aumento da pressão hidrostática capilar e/ou aumento da permeabilidade dos capilares pulmonares.
- b) No interstício pulmonar, os mecanorreceptores são capazes de perceber o aumento da pressão hidrostática e/ou aumento do fluxo de líquidos.
- c) A progressiva e intensa atividade muscular respiratória pode elevar o fluxo sanguíneo nessa musculatura, dos normais 4-5% à 50% do débito cardíaco, desviando o oxigênio destinado para outros tecidos, como o sistema nervoso central, o que pode provocar variações no nível de consciência.
- d) O aumento da complacência pulmonar, associada a diminuição da resistência das vias aéreas, e a diminuição do *drive* respiratório resultam em uma pressão pleural bastante negativa na fase inspiratória do ciclo respiratório.
- e) A fadiga muscular, leva progressivamente à hipotensão com hipoxemia, à retenção de dióxido de carbono e à acidose respiratória.

**15) O sistema respiratório necessita adaptar a ventilação pulmonar às demandas do organismo, mantendo adequada oxigenação dos tecidos e deles remover o CO<sub>2</sub> produzido no metabolismo. Sobre o controle da respiração, marque a alternativa ERRADA:**

- a) Os quimiorreceptores são estruturas responsáveis pela percepção das pressões parciais de O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> e H<sup>+</sup>.

- b) Os receptores de estiramento pulmonar, se estendem na musculatura lisa das vias aéreas, desde a traqueia até os brônquios. São responsáveis pelo reflexo de insuflação de Breuer-Hering, caracterizado pela diminuição do tempo expiratório e aumento da frequência respiratória em resposta a insuflação pulmonar.
- c) O aumento da pressão arterial pode causar hipoventilação por estimulação dos barorreceptores aórticos e carotídeos.
- d) Na alcalose metabólica, a compensação respiratória para os níveis elevados de  $\text{HCO}_3$ , ocorre com uma diminuição da ventilação alveolar.
- e) A atividade respiratória depende da atuação integrada de três grupos de neurônios: grupo respiratório pontino (GRP), grupo respiratório dorsal (GRD) e grupo respiratório ventral (GRV).

**16)** A escala de Lawton reflete o nível de capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiente habitual para execução de atividades rotineiras do dia-a-dia. Assim sendo, marque a alternativa incorreta:

- a) Ela avalia se o idoso pode ou não continuar morando sozinho;
- b) Não é utilizada para pacientes em acompanhamento ambulatorial.
- c) A avaliação funcional realizada de forma sistematizada tem como objetivo identificar o grau de disfunção, estimar a necessidade de cuidado, acompanhar e documentar mudanças no desempenho pessoal nas AVD ao longo do tempo;
- d) Tem ainda como objetivo monitorar o progresso do tratamento;
- e) Além de colaborar com a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e entre os familiares e também comparar dados de diferentes populações em publicações científicas.

**17)** As quedas nos idosos constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade nos idosos, sendo diversos os fatores relacionados com a idade que contribuem para a instabilidade e as quedas. Neste sentido analise as seguintes alternativas e marque abaixo a alternativa correta:

- a) Muitas quedas “acidentais” são causadas por um ou pela combinação desses fatores interagindo com os perigos ambientais. Portanto, a identificação dos fatores de riscos não tem nenhuma importância no sentido de prevenção das quedas;
- b) Os riscos de quedas são classificados como: intrínsecos (fisiológicos e patológicos), extrínsecos (ambientais) e comportamentais;
- c) Os principais fatores extrínsecos relacionados com quedas que devem ser considerados de risco são: presença de móveis instáveis, escadas inclinadas, tapetes avulsos e carpetes mal adaptados, iluminação inadequada, presença de animais domésticos na casa, dentre outros;
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) As alternativas B e C estão corretas.

**18)** Coloque V, se verdadeira e F se Falsa, na questão abaixo:

O próprio processo de envelhecimento já é responsável pela diminuição da capacidade funcional. Assim sendo, a manutenção da funcionalidade do idoso vai depender:

- ( ) Principalmente, do estilo de vida adotado ao longo de sua vida;
  - ( ) Da herança genética e do meio ambiente;
  - ( ) Da prática regular de atividade física;
  - ( ) A atividade física não é capaz de beneficiar o paciente idoso;
  - ( ) Um programa destinado a idosos de qualquer faixa etária bem sucedido treinará: força, equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade e propriocepção, reflexos posturais, atividades funcionais — aquelas que reproduzam as tarefas do cotidiano — e ainda a resistência cardiorrespiratória em apenas uma sessão terapêutica.
- a) VVVVV
  - b) VFVVF
  - c) VVVFV
  - d) FFVVF
  - e) FVVVF

19) As consequências da imobilidade vão depender do seu tempo de curso e podem variar em grau de comprometimento. Alguns aspectos mais ligados à área motora que podem ter ação do fisioterapeuta em seu tratamento são: descondicionamento cardiorrespiratório, contraturas, úlceras de decúbito, osteoporose, trombose e embolia, incontinência e retenção urinária e infecções, constipação intestinal e formação de fecalomas, atrofia muscular, alterações articulares e limitações das ADM, alteração da postura, do equilíbrio e da marcha, insuficiência respiratória, pneumonia por aspiração, hipotensão ortostática e depressão. Na intervenção fisioterapêutica específica deve-se atentar para alguns princípios básicos:

- ( ) Tratar as comorbidades e acometimentos concomitantes tratáveis;
- ( ) Prevenir complicações associadas à imobilidade;
- ( ) Ser realista e individualizar as metas com delimitação em ordem hierárquica de prioridades na abordagem;
- ( ) Não se recomenda a realização de atividades com o objetivo de melhorar a independência funcional;
- ( ) Não exista necessidade de motivar e apoiar psicologicamente o paciente, a família e os cuidadores.

Marque abaixo a(as) alternativa(s) correta(s):

- a) VVVVV
- b) FVVVF
- c) FFFVV
- d) VVVFF
- e) FFFFV

20) Marque a alternativa **incorreta**: Os procedimentos gerais a serem executados pela fisioterapia gerontológica podem ser:

- a) Aliviar dores; Avaliar e incentivar as funções gerais, motoras, perceptuais e sensoriais;
- b) Não restaurar a independência;
- c) Manter e ampliar a amplitude de movimentos (ADMs) e prevenir o descondicionamento cardiorrespiratório;
- d) Prevenção de hipotrofias e da perda de força muscular;
- e) Posicionar, sempre que possível, o paciente sentado ou de pé, mesmo que sustentado por ajuda humana ou por dispositivos auxiliares (travesseiros, andadores e outros).