



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA UFPI  
- EDITAL 23/2016 -

Realização:



# CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
ÁREA PROFISSIONAL: FISIOTERAPIA

**DATA: 22/01/2017**

**HORÁRIO: das 08 às 11 horas**

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O  
CADERNO DE QUESTÕES**

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
  - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10**
  - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40**
- ☒ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica com **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

## SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

01. O Sistema de Saúde Brasileiro é universal desde a Constituição de 1988, entretanto, um longo percurso foi delineado em relação às Políticas Públicas de Saúde no país desde o início do século XX. Em relação a essa trajetória, marque a opção INCORRETA.
- (A) A Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), marcando o início de uma atividade do estado em relação à assistência médica.
  - (B) No governo de Getúlio Vargas, a partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores por categorias profissionais, constituindo gradativamente um sistema nacional de previdência social sob a gestão do Estado.
  - (C) A Reforma Capanema foi um marco em relação à saúde pública, com a centralização, normatização e uniformização das estruturas estaduais e estabeleceu os estados como os responsáveis pelas atividades relacionadas à saúde.
  - (D) A partir da criação do INPS, foi priorizada a contratação de serviços públicos para a assistência médica e o credenciamento e remuneração pelos serviços eram feitos pelas Unidades de Serviços (US).
  - (E) O Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, passou a ter função assistencial na saúde, limitado aos trabalhadores com carteira assinada.
02. 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” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a condução regional da política será realizada:
- (A) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, instâncias de pactuação permanente, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde.
  - (B) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).
  - (C) por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
  - (D) por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos consultivos e deliberativos responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
  - (E) por meio das Conferências Estaduais de Saúde, instâncias intersetoriais e interinstitucionais responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.
03. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Segundo a Lei 8.080, estão corretas as opções, EXCETO:
- (A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
  - (B) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
  - (C) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e pela iniciativa privada.
  - (D) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde são um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).
  - (E) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal e com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).
04. A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta a Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Segundo esta Lei, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes, EXCETO:
- (A) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
  - (B) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
  - (C) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.

- (D) Obras de infraestrutura realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde.
- (E) Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
05. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Acerca dos pactos, é CORRETO afirmar:
- (A) O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e são derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelo governo federal a serem executados pelos estados e municípios.
- (B) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos.
- (C) O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a aumentar as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.
- (D) O Pacto de Gestão reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.
- (E) O Pacto de Gestão reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.
06. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com vistas à sistematização dessas informações, a Organização Pan-americana de Saúde (2008) recomenda a sua organização em 6 subconjuntos temáticos. Assinale a opção que apresenta subconjuntos.
- (A) Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco; Recursos; Cobertura.
- (B) Demográficos; Morbimortalidade; Demandas e necessidades em saúde; Socioassistencial; Recursos; Cobertura.
- (C) Demográficos; Epidemiológico; Morbimortalidade; Tecnologia em saúde; Assistência em saúde; Recursos; Cobertura.
- (D) Contingente populacional; Demandas sanitárias; Mortalidade; Morbidade; Tecnologia em Saúde; Recursos; Cobertura.
- (E) Demográficos; Socioeconômicos; Epidemiológico; Rede assistencial; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco.
07. Leia atentamente a afirmação abaixo e assinale a opção que completa de forma CORRETA a assertiva.
- As ações, no âmbito do SUS possuem critérios de planejamento baseados na racionalização e na formulação de proposições viáveis, com vistas à solução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas. Dessa forma, \_\_\_\_\_ é o processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações (TEIXEIRA, 2010).
- (A) Análise de viabilidade.
- (B) Territorialização.
- (C) Análise da situação em saúde.
- (D) Avaliação dos riscos em saúde.
- (E) Condições de saúde da população.
08. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) preconiza a universalidade da atenção à saúde no Brasil e, dessa forma, estabelece alguns fundamentos e diretrizes. Assinale a opção que NÃO apresenta uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica.
- (A) Coordenar a integralidade.
- (B) Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
- (C) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
- (D) Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita.
- (E) Estimular a participação dos usuários.

09. O Sistema Único de Saúde (SUS) consolida o modelo público de atenção integral a saúde no Brasil e é orientado por uma série de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. A sua implementação ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação das leis n. 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Uma das inovações que ocorreram, a partir da implementação do SUS, foram as comissões intergestores tripartite e bipartite (GIOVANELLA et al, 2012). Assinale a opção que apresenta o ano de criação das Comissões Intergestores Bipartite.
- (A) 1991
  - (B) 1992
  - (C) 1993
  - (D) 1994
  - (E) 1995
10. O SUS possui princípios e diretrizes que propõem um projeto de cidadania, através da saúde, prevendo e fomentando a controle social nas instâncias de planejamento e execução de suas ações. Foi a partir desse posicionamento que, no ano de 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Assinale a opção que apresenta a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários na saúde.
- (A) Portaria nº 560, de 19 de março de 2009.
  - (B) Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.
  - (C) Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009.
  - (D) Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.
  - (E) Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.

#### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. A Insuficiência Cardíaca (IC) é um distúrbio clínico de alta prevalência, e a fisioterapia tem papel importante na terapêutica. Para uma atuação efetiva, o profissional deve conhecer a fisiopatologia, ter domínio na avaliação e tratamento. Com relação à fisiopatologia da IC, marque a opção que NÃO corresponde a um dos mecanismos compensadores com o surgimento da IC (PASCHOAL, 2010).
- (A) Na expectativa de melhorar a pré e pós-carga cardíacas, ocorrem dilatação e hipertrofia cardíaca.
  - (B) A dilatação anormal das câmaras cardíacas causa diminuição da capacidade contrátil por distensão exagerada dos miofilamentos de actina e miosina.
  - (C) A hipertrofia do músculo cardíaco é um mecanismo que melhora a capacidade de pós-carga cardíaca, podendo ser a solução para o distúrbio clínico.
  - (D) Ocorre aumento do débito de catecolaminas com intenção de promover maior excitação cardíaca.
  - (E) Ocorre aumento do volume sanguíneo por ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
12. A avaliação fisioterapêutica do cliente com Insuficiência Cardíaca (IC) hospitalizado é fundamental para o planejamento dos objetivos terapêuticos e conduta. Para melhor esclarecer o grau de severidade da IC, são utilizadas classes funcionais, sendo muito utilizada a Classificação de IC Congestiva, segundo o grau de dispneia da New York Heart Association (NYHA). Sobre a classificação NYHA, marque a opção CORRETA.
- (A) O grau IV corresponde ao paciente assintomático.
  - (B) O grau I corresponde ao paciente com dispneia que surge nas atividades habituais.
  - (C) O grau II corresponde ao paciente com dispneia que surge aos mínimos esforços.
  - (D) O grau I corresponde ao paciente com dispneia mesmo ao repouso.
  - (E) O grau III corresponde aos pacientes com dispneia que surge a esforços leves a moderados.
13. Segundo Sarmiento (2012), um dos desafios da atuação fisioterapêutica na abordagem das disfunções do sistema respiratório é a recuperação da função muscular comprometida. Um dos recursos com evidências científicas na melhora da função respiratória é o treinamento muscular desse sistema. Sobre a avaliação e o treinamento muscular respiratório, marque a opção INCORRETA.
- (A) A pressão inspiratória máxima (PI<sub>máx</sub>) é obtida por meio de esforço inspiratório a partir do volume residual. O manômetro do equipamento registrará o valor de pressão inspiratória alcançado no ramo negativo da escala.
  - (B) A pressão expiratória máxima (PE<sub>máx</sub>) é medida a pressão positiva gerada pela contração dos músculos expiratórios a partir da capacidade pulmonar total.

- (C) Na avaliação utilizando o manovacuômetro, orienta-se um número máximo de cinco manobras para cada pressão, sendo todas as manobras aceitáveis e reproduzíveis.
- (D) Para o treinamento de força muscular inspiratória, pode-se utilizar carga pressórica linear variando de 30 a 70% da P<sub>lmáx</sub>.
- (E) A estimulação elétrica neuromuscular vem sendo utilizada no fortalecimento diafragmático sendo feita aplicação nos pontos motores localizados na região da linha axilar média e paraxifoidea e da fossa supraclavicular.
14. Segundo Brunetto (2009), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a doença respiratória de maior custo ao Sistema Único de Saúde na atualidade. Para uma atuação fisioterapêutica efetiva nesses indivíduos, o profissional deve estar ciente das definições, etiopatogenia e incidência desta entidade clínica. Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT (2000), a DPOC pode ser classificada em quatro níveis de estadiamento levando-se em consideração o Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1) e a existência de hipoxemia. Assinale a opção INCORRETA.
- (A) Estádio I corresponde à doença leve com pacientes com VEF1 pós-broncodilatador  $\geq 60\%$  com relação ao VEF1/CVF inferior a 90% do teórico. Compreende poucos dos pacientes com DPOC.
- (B) Estádio II corresponde à doença moderada com pacientes com VEF1 pós-broncodilatador  $< 60\% > 40\%$ , sem hipoxemia ou hipercapnia.
- (C) Estádio III corresponde à doença grave com pacientes com VEF1  $\leq 40\%$ , ou com necessidade de oxigenoterapia domiciliar, sem hipercapnia, sem dispneia que os incapacite de realizar atividades diárias, necessárias à sustentação e à higiene pessoal.
- (D) Estádio IV corresponde à doença muito grave, independente da VEF1, pacientes com hipercapnia, ou pacientes com dispneia que os incapacite a realizar atividades diárias necessárias à sustentação e à higiene pessoal.
- (E) A hipercapnia ocorre em pacientes com grau muito avançado da obstrução e que já apresentam a algum tempo hipoxemia.
15. A base do tratamento fisioterapêutico do aparelho respiratório e das demais disfunções causadas pela DPOC visa minimizar principalmente as alterações das propriedades mecânicas que promovem a ventilação pulmonar. Nos outros sistemas, a fisioterapia visa minimizar ou reverter as alterações funcionais decorrentes do processo evolutivo da DPOC ao longo dos anos (BRUNETTO, 2009). Uma das terapêuticas da DPOC é a oxigenoterapia que pode ser contínua ou intermitente. Sobre a oxigenoterapia aplicada a esta entidade clínica, marque a opção INCORRETA.
- (A) A oxigenoterapia contínua é aplicada de forma ininterrupta e por um longo prazo, quando o paciente apresenta DPOC grave possuindo saturação arterial de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) em ou abaixo de 88%, com ou sem hipercapnia.
- (B) A oxigenoterapia contínua é aplicada de forma ininterrupta e por um longo prazo, quando o paciente apresenta DPOC grave possuindo SaO<sub>2</sub> de 89%, se houver evidência de hipertensão pulmonar, edema periférico, sugerindo insuficiência cardíaca congestiva ou policitemia.
- (C) O objetivo da oxigenoterapia a longo prazo é aumentar a condição de base da pressão arterial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) para, pelo menos, 90 mmHg, ao nível do mar e em repouso e/ou produzir SpO<sub>2</sub>, em pelo menos, 90%.
- (D) A oxigenoterapia intermitente é aplicada aos pacientes com DPOC que apresentam, ao repouso, níveis de PaO<sub>2</sub> superior a 60 mmHg ou saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) for de 89% e, durante o exercício, desenvolvem queda acentuada inferior a 55 mmHg ou SpO<sub>2</sub> menor que 88%.
- (E) A interrupção da oxigenação intermitente deve acontecer quando a oxigenação arterial estiver adequada, com o paciente respirando ar ambiente (PaO<sub>2</sub> > 80 mmHg e SpO<sub>2</sub> > 90%).
16. Em 2016, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou uma série de acordões sobre a atuação do fisioterapeuta em ambiente hospitalar. Sobre os acordões nº 473, 474 e 475 de 20 de maio de 2016, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Os procedimentos de decanulação ou troca de cânula traqueal não se encontram no rol de atribuições do fisioterapeuta.
- (B) O acordão salienta o importante papel do fisioterapeuta na avaliação da indicação e do prognóstico da decanulação, baseando-se na mensuração de parâmetros ventilatórios e musculoesqueléticos, tais como capacidade vital lenta, pico de fluxo de tosse, força muscular inspiratória, expiratória e periférica, dentre outros.
- (C) O profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva tem como uma das suas atribuições a montagem e/ou troca dos circuitos do ventilador mecânico.

- (D) A aspiração traqueal pode ser um dos componentes do protocolo fisioterapêutico, devendo ser realizada por esse profissional, quando necessária, após a instituição dos diversos recursos que compõem o escopo da terapia para remoção de secreção.
- (E) A aspiração traqueal deve ser entendida como técnica comum a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.
17. A Ventilação Não Invasiva (VNI) utiliza pressão positiva inspiratória para ventilar o paciente por meio de uma interface e uma Pressão Positiva Expiratória (PEEP) para manter as vias aéreas e alvéolos abertos melhorando a oxigenação. Existem critérios que indicam quando utilizar a VNI; no entanto deve-se também verificar as possíveis contraindicações. A seguir marque a opção que não corresponde à contraindicação para VNI.
- (A) Pacientes que evoluem para parada cardíaca ou respiratória.
- (B) Pacientes com rebaixamento de nível de consciência (exceto acidose hipercápnica em DPOC).
- (C) Pacientes com incapacidade de cooperar, proteger as vias aéreas, ou secreções abundantes.
- (D) Os pacientes com incapacidade de manter ventilação espontânea (Volume minuto > 4 lpm, PaCO<sub>2</sub> < 50 mmHg e pH > 7,25).
- (E) Pacientes com trauma ou deformidade facial.
18. A Ventilação Mecânica (VM) consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Sobre as modalidades ventilatórias, marque a opção INCORRETA.
- (A) A Ventilação por Pressão de Suporte (PSV) é considerada o modo preferencial durante a ventilação assistida ou espontânea. Deve ser iniciado seu uso o mais precocemente possível, conforme o quadro clínico.
- (B) A Ventilação Assistida-Controlada à Pressão (PCV) fixa-se a frequência respiratória, o tempo inspiratório e o limite de pressão inspiratória. O disparo é sempre pré-determinado de acordo com a frequência respiratória indicada.
- (C) A Ventilação Assistida-Controlada a Volume (VCV) pode ser disparado a tempo (controlado), pressão e fluxo (assistido) e é ciclado ao se atingir o volume corrente inspirado pré-determinado.
- (D) A Ventilação por Pressão de Suporte (PSV) é disparada e ciclada pelo paciente, sendo a ciclagem realizada quando o fluxo inspiratório do paciente reduz-se a um nível crítico, normalmente 25% do pico de fluxo inspiratório atingido.
- (E) A Ventilação Proporcional Assistida (PAV) foi desenvolvida para aumentar ou reduzir a pressão nas vias aéreas em proporção ao esforço do paciente ao amplificar a proporção de pressão nas vias aéreas pelo suporte em volume e em fluxo inspiratório.
19. O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24h. Sobre o processo de desmame, analise as opções a seguir e marque a INCORRETA.
- (A) Como critérios para considerar a aptidão para o desmame destaca-se a resolução ou controle da causa da falência respiratória, hemodinâmica estável, PaO<sub>2</sub> ≥ 60 mmHg com fração inspirada de oxigênio (FIO<sub>2</sub>) ≤ 0,4 e PEEP ≤ 5 a 8 cmH<sub>2</sub>O.
- (B) No Teste de Respiração Espontânea (TRE), o paciente deve ser colocado em Tubo em T ou PSV de 5-7cm H<sub>2</sub>O durante 30-120 minutos. Durante o TRE, o paciente deve ser monitorizado para sinais de insucesso.
- (C) Os parâmetros clínicos e funcionais para interromper o TRE são frequência respiratória > 35 ipm, SaO<sub>2</sub> < 90%, frequência cardíaca > 140 bpm, pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou < 90 mmHg, sinais e sintomas de agitação, sudorese e alteração do nível de consciência.
- (D) O índice preditivo de desmame com melhor acurácia é a taxa da Frequência Respiratória dividida pelo Volume Corrente (FR/VC) ou Índice de Ventilação Superficial Rápida (IVSR) podendo ser utilizado de forma isolada na tomada de decisão para se realizar o TRE.
- (E) Considera-se sucesso de extubação o paciente que tem a prótese endolaríngea retirada (extubação) após passar no TRE e não é reintubado nas próximas 48 horas.
20. A assistência ventilatória invasiva na DPOC tem como objetivo promover repouso da musculatura respiratória, promover a melhora dos distúrbios agudos da troca gasosa, redução da hiperinsuflação pulmonar e otimização da sincronia paciente-ventilador. Analise as alternativas abaixo sobre o suporte ventilatória na DPOC e marque a opção INCORRETA.
- (A) Ajustar a FIO<sub>2</sub> com base na gasometria arterial e na oximetria de pulso de modo a utilizar-se a menor FIO<sub>2</sub> que mantenha a SaO<sub>2</sub> entre 92-95% e PaO<sub>2</sub> entre 65-80 mmHg.

- (B) Utilizar volumes correntes baixos, de 6 ml/kg do peso predito e nos modos PCV e PSV monitorizar excessos de volume corrente que podem ocorrer com valores baixos de pressão.
- (C) Ajustar relação I:E em valores superiores a 1:3, permitindo um tempo expiratório menor, suficiente para promover a desinsuflação pulmonar e melhorar o aprisionamento aéreo.
- (D) Aplicação de PEEP externa na ventilação assistida/espontânea no valor de aproximadamente 85% da auto-PEEP para facilitar ao paciente atingir o limiar de disparo do ventilador.
- (E) Deve-se realizar a monitorização da mecânica respiratória e da hiperinsuflação pulmonar na exacerbação da DPOC. Em crises de broncoespasmo graves, pressão de pico de até 45 cmH<sub>2</sub>O pode ser tolerada, desde que esteja acompanhada de pressão de platô abaixo de 30 cmH<sub>2</sub>O.
21. Paciente com dreno de tórax, normalmente na avaliação fisioterapêutica encontra-se em posição antálgica com espasmo muscular protetor e conseqüente alteração na biomecânica torácica. Quanto à atuação do fisioterapeuta neste paciente, assinale a opção CORRETA.
- (A) Para minimizar a dor e melhorar a postura do paciente, o fisioterapeuta poderá realizar mobilização passiva da cintura escapular e alongamento dos músculos torácicos.
- (B) Em pacientes com dreno torácico com postura antálgica, o fisioterapeuta não deve realizar mobilização articular em cintura escapular e alongamentos dos músculos torácicos, pois neste momento irá exacerbar o quadro álgico do paciente, ficando indicado portanto, iniciar exercícios respiratórios para reexpansão pulmonar.
- (C) Pacientes com dreno torácico funcionante, a retirada do paciente do leito para realizar caminhada é contraindicado, neste momento.
- (D) A tensão muscular na região do braço, ombro e tórax homolateral ao dreno não dificulta a expansão pulmonar.
- (E) Para pacientes com dreno torácico, é contraindicado realizar VNI.
22. Os recursos de cinesioterapia respiratória, geralmente refere-se à aplicação de exercícios que, em muitos momentos, recebem a denominação de exercícios respiratórios. O objetivo da aplicação desses exercícios sempre será o acionamento da bomba muscular e a repercussão dessa ação sobre o processo de ventilação pulmonar. Sobre esses exercícios, coloque V (para verdadeiro) ou F (para falso) e assinale a opção CORRETA.
- I. ( ) Ao optar por realizar exercícios diafragmáticos, o fisioterapeuta pretende possibilitar a melhora da ventilação na região de bases pulmonares, aumentar a capacidade residual funcional e o volume de reserva inspiratório.
- II. ( ) Ao realizar soluços inspiratórios, o principal objetivo do fisioterapeuta é proporcionar o aumento da ventilação nas zonas basais dos pulmões.
- III. ( ) Inspiração em tempos visa proporcionar a melhora da complacência torácica e pulmonar, bem como otimização da capacidade inspiratória.
- IV. ( ) Expiração abreviada objetiva aumentar o volume pulmonar e o tempo expiratório.
- V. ( ) Exercício com ventilação desde o volume residual, a fase inspiratória inicia-se a partir do volume residual e possibilita uma maior ventilação nas regiões apicais e o aumento da capacidade vital, do volume corrente.
- (A) V - V - V - F - V
- (B) V - F - V - V - V
- (C) F - V - V - F - F
- (D) V - F - F - V - F
- (E) V - V - V - V - V
23. Na insuficiência cardíaca congestiva em sua forma aguda, crônica ou crônica agudizada, a dispnéia é o sintoma mais comum, causada pela piora da função pulmonar. Os mecanismos causados pelo desconforto são, EXCETO:
- (A) Desequilíbrio ventilação / perfusão.
- (B) Redução da complacência e resistências de vias aéreas.
- (C) Aumento do *drive* ventilatório ocasionado pela hipoxemia.
- (D) Disfunção dos músculos respiratórios.
- (E) N.R.A

24. Na fase intra-hospitalar da reabilitação cardiovascular de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, os protocolos são constituídos de exercícios globais de progressão diária, utilizando grandes grupos musculares. Sobre esta fase do processo de reabilitação, é INCORRETO afirmar:
- (A) A intensidade do exercício durante o atendimento fisioterapêutico na fase intra-hospitalar deve permitir o aumento de até 20 batimentos em relação a frequência cardíaca de repouso.
  - (B) O protocolo tem progressão diária, com acréscimo nas distâncias percorridas de modo que antes da alta o paciente deve estar habilitado a caminhar 600 metros e subir/descer um lance de escada.
  - (C) No último dia, pode-se aplicar o teste de caminhada de 6 minutos para avaliar a resposta do paciente frente ao esforço.
  - (D) Aos sinais de sudorese, taquipneia, pulso paradoxal, palidez cutânea, a terapia deve ser interrompida.
  - (E) Pacientes que apresentam capacidade física superior a 4METs são os que possuem melhor prognóstico, embora esse objetivo seja muitas vezes pretencioso.
25. Pacientes acometidos de determinadas patologias requerem atenção especial para o treinamento físico. Nas doenças coronarianas, são contraindicações absolutas para a reabilitação cardíaca, EXCETO:
- (A) Tromboembolismo recente.
  - (B) Arritmias não controladas.
  - (C) Taquicardia ventricular em repouso.
  - (D) Pericardite ou miocardite em atividade.
  - (E) Angina estável.
26. Fatores, como o tempo e a concentração de oxigênio, somados à forma de administrar errônea, podem ocasionar efeitos deletérios ao sistema respiratório. Marque a opção que NÃO expressa esses efeitos.
- (A) Atelectasia por absorção.
  - (B) Diminuição do surfactante pulmonar.
  - (C) Desidratação de mucosas.
  - (D) Redução da capacidade vital devido ao estímulo respiratório diminuído.
  - (E) Diminuição do efeito *shunt*.
27. A Ventilação Não Invasiva (VNI) consiste na aplicação de ventilação artificial sem necessidade da utilização de próteses endotraqueais. Considera contraindicada a aplicação da VNI na seguinte condição, EXCETO:
- (A) Instabilidade hemodinâmica.
  - (B) Pneumotórax não-drenado.
  - (C) Infarto agudo do miocárdio recente.
  - (D) Doenças neuromusculares.
  - (E) Pós-operatório do trato digestivo alto.
28. Dentre as técnicas de VNI mais comumente utilizada, há a BIPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), com demanda de dois níveis pressóricos nas vias aéreas (IPAP e EPAP). Sobre esta técnica, marque a opção INCORRETA.
- (A) Dentre os benefícios, estão a diminuição do trabalho respiratório, repouso da musculatura acessória da respiração, aumento do PaO<sub>2</sub>, ajuste da PaCo<sub>2</sub>, diminuição da intubação orotraqueal em pacientes com falência respiratória.
  - (B) O tempo inspiratório, o volume, a frequência respiratória e o fluxo é determinado pela impedância do sistema respiratório do doente.
  - (C) A IPAP deve ser ajustada para manter um volume corrente entre 8 a 10ml/kg.
  - (D) É indicado o uso da BIPAP em pacientes terminais que escolham não receber ventilação invasiva e pacientes imunossuprimidos.
  - (E) Como complicações da BIPAP, há lesões orofaciais, como ressecamento, escaras, conjuntivite irritativa.
29. Sobre a ventilação mecânica por pressão positiva, está INCORRETO afirmar:
- (A) A deflagração da fase inspiratória é denominada disparo e pode ocorrer por liberação dos ciclos pré-determinados pelo ventilador ou pelo esforço inspiratório do paciente, também denominado de deflexão negativa.
  - (B) São efeitos adversos da PEEP a diminuição do débito cardíaco com redução da pré-carga.
  - (C) A PCV é um modo ventilatório ciclado a tempo e assistido por pressão limitada, caracterizado pelo rápido aumento da pressão nas vias aéreas e pelo padrão de fluxo desacelerado.

- (D) Em pacientes ventilados mecanicamente, o objetivo é manter uma  $FiO_2 < 50\%$  e uma  $PaO_2 \geq 60\text{mmHg}$ ; para isso, pode utilizar-se de manobras como o aumento do tempo inspiratório, a utilização da PEEP, as manobras de recrutamento alveolar.
- (E) Na ventilação controlada à pressão, o aumento da resistência das vias aéreas e a redução da complacência pulmonar não afetam o volume corrente.
30. O desmame da ventilação mecânica deve ser iniciado após a estabilização do quadro clínico do paciente e alguns critérios devem ser verificados para a utilização de um teste de respiração espontânea eficiente, EXCETO.
- (A) Oxigenação adequada com pressão arterial de oxigênio ( $PaO_2$ ) maior ou igual a 50mmHg.
- (B) PEEP menor ou igual a 5-10mmHg.
- (C) Relação  $PaO_2 / FiO_2$  maior ou igual a 100 mmHg.
- (D) Ausência de distúrbios hidroeletrólítico.
- (E) Fração inspirada de oxigênio ( $FiO_2$ ) menor ou igual a 0,4.
31. Para que o terapeuta possa identificar os principais problemas e alterações do tronco e, por conseguinte, direcionar melhor as condutas indicadas a cada paciente, é fundamental que seja realizada uma avaliação bastante detalhada (MOURA et al, 2010). Os principais fatores observados na avaliação estática são:
- (A) Base de suporte, centro de gravidade em relação à base e alinhamento das partes do corpo em todos os planos.
- (B) Base de suporte, transferência de peso em pé e avaliação dos movimentos do tronco.
- (C) Alinhamento das partes do corpo em todos os planos, análise da marcha e movimentação de membros superiores.
- (D) Centro de gravidade em relação à base, trocas posturais e transferência de peso em pé.
- (E) Base de suporte, centro de gravidade em relação à base, avaliação da visão anterior, posterior e perfil, e transferência de peso.
32. Paciente com diagnóstico clínico de acidente vascular encefálico apresenta comprometimento do hemisfério esquerdo e, dentre as complicações, estão as disfunções no ombro que são comuns e limitantes para o processo de reabilitação. Com base no enunciado, assinale a opção INCORRETA.
- (A) O ombro doloroso pode ocorrer bem precocemente após Acidente Vascular Encefálico ou desenvolver-se em uma fase mais tardia.
- (B) Um dos fatores que levam à dor no ombro do lado acometido é a espasticidade dos rotadores mediais do ombro, levando à não rotação lateral do membro, onde o tubérculo maior colide contra o arco coracoacromial durante o movimento passivo.
- (C) A subluxação inferior é o tipo mais comum, relatado nos casos de plegia do membro superior.
- (D) A subluxação anterior pode ocorrer em virtude de o ligamento glenoumeral estar tenso e não proteger a articulação anteriormente.
- (E) A subluxação superior é menos comum, ocorre deslocamento superior da cabeça do úmero em relação a cavidade glenoide.
33. Paciente de 68 anos de idade foi internado após ter sofrido acidente vascular encefálico isquêmico. Ao ser avaliado, apresentou quadro clínico de hemiparesia direita com predominância no membro superior e relatou dificuldades em reconhecer e sentir objetos na mão afetada, estando com os olhos fechados. Marque a opção CORRETA em relação ao suprimento vascular comprometido.
- (A) Artéria cerebral anterior.
- (B) Artéria basilar.
- (C) Artéria cerebral posterior.
- (D) Artéria cerebral média.
- (E) Artéria carótida interna.
34. Os nervos cranianos têm origem nos diferentes segmentos do encéfalo, com exceção do cerebelo. Eles nascem aos pares, são independentes e não formam plexos (SANVITO, 2010). Em relação aos pares cranianos, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A incapacidade de mover o olho lateralmente, com preservação dos outros movimentos oculares, sugere lesão do nervo abducente.
- (B) Os pares cranianos, a seguir relacionados, contêm fibras destinadas à inervação da língua: o trigêmeo, o facial, o glossofaríngeo e o hipoglosso.
- (C) O nervo troclear tem como função exclusiva inervar o oblíquo superior do olho.

- (D) As lesões do nervo hipoglosso podem levar a distúrbios da sensibilidade gustativa no terço posterior da língua, disfagia e neuralgia.
- (E) O nervo facial apresenta funções motoras, sensitivas, sensoriais e vegetativas.

35. A lesão medular exigirá que o fisioterapeuta estabeleça metas funcionais específicas como parte do planejamento geral de reabilitação. Assinale a opção com a sequência correta entre a COLUNA I (Segmentos mais distais das raízes nervosas inervadas) e a COLUNA II (capacidades funcionais), para um paciente jovem saudável com uma lesão completa e sem comprometimentos ou complicações secundárias.

**Segmentos**

- 1- C1, C2 e C3
- 2- L2, L3 e L4
- 3- C8 a T1
- 4- T9 a T12
- 5- L4 e L5

**Capacidades funcionais**

- I. Deambulação dentro de casa com órtese joelho-tornozelo bilaterais e muletas ou andador, locomoção com cadeira de rodas usada para conservação de energia.
- II. Dependência total nas AVD's, dependente de respirador e locomoção com cadeira de rodas elétrica.
- III. Deambulação funcional com órteses tornozelo-pé bilaterais e muletas ou bengalas, locomoção com cadeira de rodas usada para conveniência e conservação de energia.
- IV. AVD independente em todos os cuidados pessoais e de higiene pessoal, locomoção com cadeira de rodas manual com aros convencionais, dirige automóvel com controles manuais.
- V. Deambulação funcional órteses joelho- tornozelo e muletas bilaterais, locomoção com cadeira de rodas usada por conveniência e para conservar energia.

A sequência CORRETA é:

- (A) 1-II; 2-I; 3-IV; 4-III; 5-I.
- (B) 1-II; 2-V; 3-IV; 4-I; 5-III.
- (C) 1-II; 2-IV; 3-V; 4-II; 5-I.
- (D) 1-II; 2-V; 3-IV; 4-III; 5-I.
- (E) 1-II; 2-IV; 3-V; 4-III; 5-I.

36. A motricidade e sensibilidade são duas funções essenciais do sistema nervoso e estão intimamente relacionadas entre si. Marque a opção INCORRETA sobre sensibilidade.

- (A) A sensibilidade palestésica é pesquisada com auxílio de diapasão.
- (B) A sensibilidade dolorosa à compressão profunda é pesquisada mediante a compressão das massas musculares, dos nervos e dos tendões.
- (C) A estereognosia é a capacidade que um indivíduo apresenta de localizar um estímulo cutâneo e reconhecer se o estímulo aplicado é único ou duplo.
- (D) A sensibilidade tátil deve ser pesquisada utilizando-se uma mecha de algodão ou um pincel.
- (E) A barestésica pode ser pesquisada exercendo pressão progressiva, com a polpa de um dedo sobre a pele.

37. O protocolo básico de reabilitação das lesões nervosas tem o objetivo de orientar as necessidades básicas no tratamento destas lesões, podendo ou devendo ser modificado de acordo com as necessidades de cada paciente. Assinale a opção CORRETA de acordo com o protocolo citado na obra de FILHO, CAMARGO e CAMANHO (2012), em relação ao processo de reabilitação nas reconstruções do nervo ulnar ou mediano, isolados ou em conjunto, no nível de punho.

- (A) Até o 6º dia após o reparo do nervo, o membro é mantido em repouso com curativo e goteira gessada, mantendo o punho em até 30º de flexão.
- (B) No 6º dia após o reparo do nervo, pode ser confeccionada uma órtese estática, com bloqueio dorsal do punho, sem causar estresse na região do reparo.
- (C) Na 2ª semana, após remoção das suturas, devem-se iniciar os exercícios de fortalecimento da musculatura extensora.
- (D) Na 7ª semana, inicia-se o tratamento cicatricial com massageamento. São iniciadas também movimentação ativa e passiva de flexão e extensão das articulações interfalangeanas, mantendo a extensão das articulações metacarpofalangeanas e do punho.
- (E) O treino funcional de coordenação da mão é iniciado na 3ª semana.

38. Os testes ortopédicos, também conhecidos como testes especiais, podem auxiliar e facilitar a escolha da melhor conduta fisioterapêutica. Com relação aos testes especiais, marque a opção CORRETA.
- (A) Com o teste de Thomas positivo, o músculo tensor da fáscia lata deve ser alongado.
  - (B) O teste de Kennedy-Hawkins está indicado nos casos com suspeita de impacto do ombro envolvendo a longa porção do tendão bicipital.
  - (C) O teste de Ely é realizado nos casos em que há suspeita de retração dos músculos isquiotibiais.
  - (D) Para realização do teste de Lachman, o paciente é posicionado em decúbito dorsal e, com joelho entre 30° e 40° de flexão, o terapeuta estabiliza o fêmur distal com uma mão e com a outra envolve a tíbia proximal deslocando-a anteriormente.
  - (E) O teste de Yergason avalia a presença de tendinite bicipital no sulco bicipital.
39. As avaliações clínica e funcional são fundamentais para traçar uma boa conduta fisioterapêutica após cirurgia de artroplastia de quadril. Deve-se ter conhecimento da biomecânica do quadril, considerar qual tipo de prótese utilizada, as vias de acesso e as possíveis complicações para que seja traçado um programa de exercícios adequado à recuperação do paciente, assim como evitar complicações pós-cirúrgicas. Com relação às vias de acesso e descarga de peso no membro operado, marque a opção INCORRETA.
- (A) A descarga de peso no pós-operatório no membro operado depende do tipo de prótese utilizada. Em caso de prótese não cimentada, não deverá ser realizada descarga de peso por 3 semanas e em seguida 3 semanas com carga total.
  - (B) Na via de acesso lateral, há seção do músculo glúteo médio. Assim, durante o processo de reabilitação, deve-se preservar essa musculatura nas primeiras semanas.
  - (C) Na via de acesso posterior, são seccionados os músculos gêmeos superior e inferior, piriforme e obturador interno, o que não interfere na prescrição dos exercícios para a musculatura abduutora.
  - (D) A descarga de peso no membro operado depende do tipo de prótese utilizada. A prótese cimentada pode ser realizada descarga de peso total de acordo com a tolerância do paciente.
  - (E) As 6 semanas antes de iniciar a carga total no membro operado são necessárias para que ocorra o processo de osteointegração da prótese não cimentada.
40. As lesões do manguito rotador são muito frequentes e incapacitantes. O tratamento cirúrgico tem como objetivo primário aliviar a dor do paciente e, secundariamente, melhorar a função, a força e o arco de movimento que será adquirido em conjunto com o processo de reabilitação fisioterapêutica. Marque a opção CORRETA em relação ao protocolo de intervenção após reparo do manguito rotador (FILHO, CAMARGO e CAMANHO, 2012).
- (A) No pós-operatório fase inicial, a conduta fisioterapêutica inclui: uso de crioterapia, alongamento cervical, mobilização de mão, punho e cotovelo e orientações para higiene da axila; uso de tipoia; posição de dormir, manutenção dos exercícios de flexão de extensão para ombro e flexão da mão para diminuir edema.
  - (B) Na 10ª a 16ª semana, os objetivos são reforço muscular do supraespinal e início do treino proprioceptivo.
  - (C) Na 6ª a 10ª semana, os objetivos são melhorar o desempenho muscular e o controle neuromuscular.
  - (D) Os exercícios pendulares só poderão ser realizados na 4ª semana.
  - (E) Na 5ª semana, são realizados exercícios de fortalecimento com uso de halteres para o supraespinal.