

FISIOTERAPIA 2012

11/12/2011

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 20 questões de conhecimentos comuns e 30 de conhecimentos específicos de Fisioterapia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família referente à área de abrangência de seu local de residência, apresenta-se, logo após acordar pela manhã, com sintomas sugestivos de crise hipertensiva. É, então, levado por seus familiares à Unidade de Saúde da Família para receber atendimento. Neste caso, a Unidade de Saúde da Família

- (A) deve apresentar medicamentos e materiais essenciais para o atendimento inicial de estabilização de urgências até a transferência para estabelecimento de saúde que proporcione atendimento especializado ao paciente.
- (B) deve encaminhar o paciente para os hospitais terciários especializados porque o atendimento pré-hospitalar fixo referente à atenção às urgências é restrito a estes hospitais, visto apresentarem melhor estrutura física para atendimento.
- (C) deve recusar o atendimento dos quadros agudos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, indicando ao paciente e a seus familiares para procurarem inicialmente atendimento de urgência em pronto-socorros especializados.
- (D) deve evitar a solicitação de encaminhamento à Central de Regulação, visto que a Unidade de Saúde da Família deve se restringir ao atendimento de Atenção Primária em Saúde, o que impede a transferência do paciente pelo SAMU.

— QUESTÃO 02 —

Em relação ao processo saúde-doença, alguns debates, como a necessidade do setor saúde ser inter e multidisciplinar e ter ações multiprofissionais e humanizadas, têm se apresentado no meio acadêmico e nos serviços de saúde. Assim, determinadas ações e definições governamentais apresentam-se como:

- (A) regulação em saúde, que possui como enfoque a organização dos serviços de saúde mediante a exigência do cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
- (B) humanização em saúde, que são ações enfocadas nas tecnologias de ponta, levando os usuários dos serviços de saúde a receber as melhores terapias e ações tecnicistas.
- (C) saúde suplementar, formando ações de caráter nutricional interligadas a programas como Fome Zero e Hiperdia, colaborando na prevenção da obesidade, hipertensão e diabetes.
- (D) assistência farmacêutica, formando o que se chama Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo ações como dispensação, uso racional, prescrição e distribuição.

— QUESTÃO 03 —

A política de saúde no Brasil pode ser dividida sequencialmente em três etapas: década de 1970 e início da década de 1980; final da década de 1980 e 1990; a partir do ano 2000. Essas etapas caracterizam-se, respectivamente, por:

- (A) modelo de proteção social baseado na seguridade; centralização das políticas públicas; descentralização das ações e início da Reforma Sanitária.
- (B) expansão dos movimentos reformistas; ênfase na descentralização das políticas públicas de saúde; projetos para a redução das desigualdades sociais.
- (C) início do processo de descentralização; expansão e início dos movimentos de saúde da Reforma Sanitária; modelo de proteção social assistencialista.
- (D) política liberal de Estado; modelo de proteção social baseado em Seguro Social e na Constituição de 1988; início dos movimentos da Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 04 —

Uma mulher jovem procura o pronto-socorro referindo dispneia, tontura e dor no peito, apresentando-se com muita ansiedade. Tem como histórico atendimentos prévios por transtorno do pânico. Diz insistentemente a diversos profissionais do serviço de saúde que precisa de atendimento médico de emergência. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a usuária deverá:

- (A) aguardar a ação de triagem, para então ser encaminhada a atendimento médico específico, visto que se trata de paciente com distúrbio psiquiátrico e somente o médico psiquiatra poderá realizar o acolhimento da paciente.
- (B) aguardar o acolhimento de acordo com a ordem de chegada, visto que seu quadro psiquiátrico não exige atendimento médico de emergência, devendo posteriormente ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial.
- (C) aguardar o acolhimento por classificação de risco, restrita ao profissional médico psiquiatra, visto que o quadro psiquiátrico apresentado pela paciente relaciona-se à baixa gravidade.
- (D) aguardar o acolhimento por qualquer profissional de saúde e ser encaminhada de acordo com classificação de risco, podendo ser atendida antes de outros pacientes, caso seu quadro seja considerado de maior gravidade e risco.

— QUESTÃO 05 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS, a Clínica Ampliada compreende a

- (A) realização de atendimento de todos os usuários dos serviços de saúde restrito aos médicos de diversas especialidades, de modo a permitir diagnóstico e tratamento mais intensos de cada doença.
- (B) realização de ações pautadas na intersectorialidade e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando soluções para problemas que não podem ser resolvidos pela área da saúde.
- (C) realização intensa de diversos exames complementares e tratamentos a fim de possibilitar o cuidado do usuário do serviço de saúde, impedindo a criação de vínculos deste com os profissionais de saúde.
- (D) realização de exigências enfáticas de mudanças de comportamentos considerados não saudáveis para os usuários dos serviços de saúde, culpabilizando-os pela falta de adesão às regras de saúde recomendadas.

— QUESTÃO 06 —

As práticas de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças orientam-se pela organização e análise de dados, que são adquiridos por intermédio

- (A) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Sistema de Notificação Compulsória que tem sua realização restrita aos profissionais médicos, e de informações fornecidas por hospitais sentinelas e de urgência.
- (B) do Sistema de Vigilância que se divide em: Vigilância Ativa, realizando a notificação dos miasmas; Vigilância Passiva, iniciada por profissionais de saúde, tendo alto custo e dificuldades operacionais, preferíveis em períodos longos de vigilância.
- (C) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- (D) da Vigilância Passiva, com informações pontuais em um nível; da Vigilância Ativa realizada por pacientes, tendo, assim, baixo custo; da Vigilância Sentinela, que possui um formato particular utilizado para longos períodos e doenças crônicas.

— QUESTÃO 07 —

Relativo à incidência das doenças nos estudos epidemiológicos, afirma-se que

- (A) os estudos de coorte se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (B) os estudos transversais se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (C) a incidência é a soma dos casos novos das doenças com os já existentes.
- (D) a incidência prioriza os casos antigos de doenças em detrimento dos novos.

— QUESTÃO 08 —

Os estudos epidemiológicos ensaios clínicos, de coorte, ecológicos, e de caso-controle podem ser caracterizados, respectivamente, como estudos

- (A) agregados, de intervenção, longitudinais, individuados.
- (B) observacionais, longitudinais, individuados, de intervenção.
- (C) de intervenção, longitudinais, observacionais, individuados.
- (D) individuados, de intervenção, experimentais, longitudinais.

— QUESTÃO 09 —

Dentre os estudos epidemiológicos têm-se os transversais, de coorte e de caso-controle. Relativo à determinação da causalidade, ao tipo de medida de associação e às vantagens, afirma-se, respectivamente, que

- (A) os três estudos determinam a causalidade, a medida de associação razão de prevalência e a vantagem de serem indicados na investigação de doenças de maior prevalência.
- (B) os estudos transversais determinam a causalidade, apresentam a medida de associação *Odds ratio* e a vantagem de serem colaboradores para desenhos de estudos de coorte.
- (C) os estudos de caso-controle buscam a doença como causa, tendo a razão de médias como medida de associação e a vantagem de determinarem a incidência e a prevalência.
- (D) os estudos de coorte determinam a causalidade, apresentando a medida de associação risco relativo (RR) e a vantagem de estudarem vários desfechos ao mesmo tempo.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os atributos da Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- (A) ordenação pela referência e ordenação pelo modelo curativo de doenças.
- (B) ordenação pelos cuidados contínuos a todos os usuários e ordenação pela longitudinalidade.
- (C) centralidade nos cuidados individuais e centralidade na alta complexidade.
- (D) centralidade nos cuidados preventivos e centralidade na horizontalidade.

— QUESTÃO 11 —

Nas intervenções em saúde, é um princípio normativo da economia da saúde:

- (A) eficiência, que se refere à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza, ao menor custo possível. É determinada mediante a relação por quociente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregados.
- (B) equidade, que é definida pelo grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais.
- (C) efetividade, que se refere ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção ou serviço pode gerar um resultado desejável em condições ideais.
- (D) eficácia, que, como conceito genérico, equivale à retidão ou ao sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é provisão igualitária de serviços para toda a população de um determinado território.

— QUESTÃO 12 —

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto n. 7508/2011, uma das portas de entrada do SUS às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde é o serviço de

- (A) atenção de urgência e emergência.
- (B) tratamento fora de domicílio.
- (C) referência e contrarreferência.
- (D) maior complexidade e de densidade tecnológica.

— QUESTÃO 13 —

Todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde devem estar descritas na

- (A) RENAST
- (B) RENAME
- (C) RENASES
- (D) RENASUS

— QUESTÃO 14 —

As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Dentre essas comissões, a

- (A) CIT, no âmbito da União, vincula-se ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) CIR, no âmbito do Estado, vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) CIB, no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) CID, no âmbito municipal, vincula-se à Secretaria Municipal para efeitos administrativos e operacionais relacionados aos distritos sanitários.

— QUESTÃO 15 —

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio

- (A) do termo de compromisso aprovado pelos conselhos de saúde.
- (B) do contrato organizativo da ação pública da saúde.
- (C) do pacto de gestão regionalizado.
- (D) da programação pactuada integrada.

— QUESTÃO 16 —

Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

- (A) deverão necessariamente participar do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante processo de concorrência pública a ser estabelecido pelos municípios, para que seus alunos possam construir competências teórico-práticas na atenção à saúde de acordo com as necessidades desse sistema.
- (B) poderão atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, respeitada a autonomia universitária e a demanda desse sistema.
- (C) articulam-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio para a realização de estágios nas unidades do SUS para alunos de graduação e pós-graduação na modalidade de ensino em serviço na perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão.
- (D) integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

— QUESTÃO 17 —

Para assegurar a participação da comunidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com

- (A) Conselho de Saúde com composição paritária, sendo 50% de representantes do governo e 50% de representantes da sociedade civil organizada, tendo caráter permanente e consultivo, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho e homologado pelos gestores.
- (B) Conferência de Saúde que se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou pelo Judiciário.
- (C) Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- (D) Conferência de Saúde organizada mediante a aprovação dos conselhos de saúde, com periodicidade a ser definida a partir de proposta apresentada pelas comissões intergestoras, convocada pelo Poder Legislativo, com participação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

— QUESTÃO 18 —

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem, entre seus objetivos específicos, o seguinte:

- (A) incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na alta complexidade.
- (B) contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- (C) promover o entendimento da concepção específica de doença, entre os usuários da saúde, tanto nos conselhos de saúde como nas conferências de saúde
- (D) prevenir fatores de risco de doenças e agravos à saúde com ações restritas à modificação individual de comportamentos e estilos de vida

— QUESTÃO 19 —

A estratégia de Saúde da Família, como forma de territorialização, permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Essa estratégia

- (A) compreende a dinâmica do núcleo familiar, sem contudo construir elementos para avaliar que determinantes sociais contribuem para o processo de saúde em seu território.
- (B) é de atuação restrita a um território e, por esse motivo, é insuficiente para atuar como orientadora das políticas intersetoriais, visando ao bem-estar da comunidade.
- (C) é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que atuam nesse espaço, de modo a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.
- (D) é fundamental como porta de entrada à atenção básica no SUS, porém não é capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema.

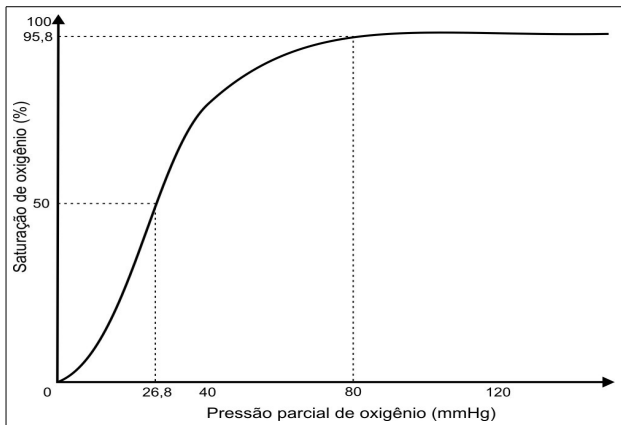
— QUESTÃO 20 —

A humanização como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS pode ser entendida como

- (A) o estabelecimento de hierarquização, rígida e eficaz, entre os profissionais de saúde na produção da linha de cuidado em saúde.
- (B) o estabelecimento de ações com foco em informações construídas de forma científica por meio de pesquisas realizadas por centros de excelência.
- (C) a identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, tendo as equipes orientadoras de tipo “posso ajudar” como instrumento de ação.
- (D) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

— QUESTÃO 21 —

A curva de dissociação de hemoglobina representa o quanto a saturação da hemoglobina com oxigênio varia com alteração da PO_2 .



Disponível em: <http://www.uff.br/fisio6/aulas/aula_21/topico_01.htm>, Acesso em: 21 nov.2011 [Adaptado].

De acordo com o gráfico apresentado e com os fatores que afetam a carga e a descarga de oxigênio,

- (A) a saturação da hemoglobina está relacionada linearmente com a PO_2 .
- (B) a presença de pequena queda da PO_2 com uma PO_2 acima de 60 mmHg, acarreta grande queda na saturação de oxigênio, indicando aumento na afinidade pelo oxigênio.
- (C) a curva desvia-se para a esquerda quando a afinidade da hemoglobina está diminuída.
- (D) a redução da temperatura desvia a curva para a direita e a afinidade da hemoglobina pelo oxigênio aumenta.

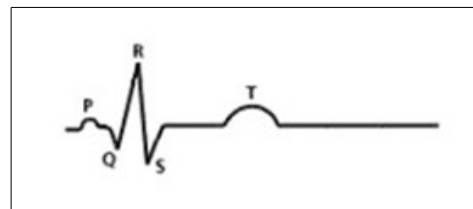
— QUESTÃO 22 —

A aferição dos sinais vitais deve fazer parte da avaliação à beira do leito e traz informações importantes a respeito da condição clínica do paciente. É um sinal vital:

- (A) a temperatura corpórea, que é regulada pelo hipotálamo. Em situações em que ocorre aumento superior a $1^\circ C$ em relação à temperatura basal, iniciam-se a vasoconstrição periférica, a sudorese e o aumento da ventilação para perda de calor e manutenção da homeostasia.
- (B) o pulso, avaliado pela frequência, ritmo e força do pulso periférico. Pode ser aferido colocando-se qualquer polpa digital nas artérias periféricas durante um minuto.
- (C) a frequência respiratória, contada observando-se o movimento abdominal ou da parede torácica para dentro e para fora durante um minuto. A alteração desse sinal vital (maior que 20 ipm) é denominada dispneia.
- (D) a pressão arterial, que é a força exercida contra a parede das artérias quando o sangue se move através delas. Sua mensuração exige um esfigmomanômetro e um estetoscópio, sendo que a obstrução parcial do fluxo sanguíneo gera turbulência e vibrações denominadas ruídos de Korotkoff.

— QUESTÃO 23 —

A compreensão do ECG exige um conhecimento básico da fisiologia relacionada com a contração e o relaxamento do músculo cardíaco, que pode ser representado pelo seguinte traçado.



M.A.T., 60 anos, hipertensa, dislipidêmica, apresentou subitamente dor em aperto no peito, sudorese e cianose periférica. Encaminhada prontamente ao Hospital das Clínicas, assim que chegou foi submetida a um eletrocardiograma. De acordo com a clínica apresentada por essa paciente, haverá alteração

- (A) do complexo QRS.
- (B) da onda Q.
- (C) do segmento ST.
- (D) do segmento RS.

— QUESTÃO 24 —

A maioria das técnicas de higiene brônquica somente ajuda a mover as secreções para as vias aéreas centrais. A depuração real dessas secreções exige a tosse ou a aspiração. Então, a tosse dirigida a ser ensinada pelo fisioterapeuta ao paciente

- (A) pode ser uma manobra intencional que visa mimetizar a tosse em expiração forçada em Huff.
- (B) deve abranger orientações como, por exemplo, o posicionamento adequado para a manobra, que deve ser executada preferencialmente na posição supina devido à vantagem mecânica do diafragma nesta postura.
- (C) deve incluir o controle da respiração. Para realizar uma inspiração eficaz, deve-se inspirar lenta e profundamente pelo nariz. Após a inspiração profunda, o paciente deve aprender a realizar pressão contra a glote para tossir.
- (D) pode ser ineficaz, mesmo que haja um correto posicionamento do paciente e um bom controle da respiração, devido à fraqueza dos músculos inspiratórios.

— QUESTÃO 25 —

Durante os jogos Pan-americanos de Guadalajara (outubro/2011) foi comum no noticiário brasileiro reclamações a respeito da altitude (1500 m) que pode piorar a performance dos nossos atletas. Uma forma de se combater esse inimigo oculto é a aclimação, que inclui

- (A) hiperventilação ocasionada pela estimulação hipóxica dos barorreceptores.
- (B) policitemia, responsável pelo aumento da capacidade de transporte de oxigênio e redução da viscosidade do sangue.
- (C) liberação de hemopoietina pelo rim, a qual por sua vez estimula a medula óssea a produzir maior número de eritrócitos.
- (D) redução dos níveis de 2,3 difosfoglicerato devido à acidose respiratória contínua.

— QUESTÃO 26 —

O aparelho respiratório da criança não é uma miniatura do aparelho respiratório dos adultos. O paciente pediátrico apresenta características fisiológicas específicas que são alteradas continuamente com o seu crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, tem-se que a

- (A) posição da laringe ao nascimento faz com que a epiglote fique mais distal ao véu palatino, contribuindo para que o recém-nascido respire obrigatoriamente pelo nariz.
- (B) traqueia apresenta um formato de “funil” com a extremidade superior mais estreita que a inferior, tornando-se cilíndrica durante os primeiros cinco anos de vida da criança.
- (C) caixa torácica das crianças tem formato elíptico com costelas horizontalizadas e baixa complacência devido à imaturidade de seu tecido ósseo, o que acarreta uma menor eficiência da ventilação.
- (D) ausência da zona de aposição e o posicionamento do diafragma em desvantagem mecânica são responsáveis pelo aumento do trabalho muscular no recém-nascido.

— QUESTÃO 27 —

A abordagem fisioterapêutica pediátrica e neonatal difere de forma substancial das práticas utilizadas no adulto, devendo ser adaptada a esses pacientes em constante crescimento. Quanto às adaptações das técnicas, pode-se dizer que

- (A) a drenagem postural, no recém-nascido (RN) até a segunda década de vida, apesar de o peso do pulmão ser menor e a ventilação ser distribuída de forma diferente à do adulto, tem o mesmo efeito.
- (B) a técnica da ponte consiste em uma modificação da técnica aceleração do fluxo expiratório (AFE), utilizada sobretudo em recém-nascidos prematuros, objetivando preservar o abdome, criando um limite mecânico para a mão torácica.
- (C) a expiração lenta e prolongada (ELPr) é uma técnica de higiene brônquica, a qual desloca secreções de vias aéreas periféricas para as mais distais, baseada nos mesmos princípios fisiológicos da ELTGOL, porém dirigida a crianças.
- (D) o efeito mecânico das percussões no RN e lactente, em razão da baixa complacência da caixa torácica, está consideravelmente diminuído. Seria necessário, portanto, aplicar uma energia muito maior do que a indicada para o adulto.

— QUESTÃO 28 —

As modalidades ventilatórias em pediatria e neonatologia devem ser adequadas de acordo com as necessidades do paciente, tentando gerar o menor trabalho muscular possível para não aumentar o consumo energético e facilitar o desmame. A adequação inicial da ventilação mecânica em neonatologia deve ser composta de parâmetros mínimos, tais como:

- (A) PIP (cmH₂O) 05; PEEP (cmH₂O) 10; FR (ipm) 15; Ti (s) 0,35-0,45; Fluxo (L/min) 10-12; FIO₂=1.
- (B) PIP (cmH₂O) 15; PEEP (cmH₂O) 03; FR (ipm) 30; Ti (s) 0,35-0,45; Fluxo (L/min) 6-8; FIO₂ <0,5.
- (C) PIP (cmH₂O) 30; PEEP (cmH₂O) 8; FR (ipm) 60; Ti (s) 0,10-0,60; Fluxo (L/min) 6-8; FIO₂ <0,5.
- (D) PIP (cmH₂O) 35; PEEP (cmH₂O) 12; FR (ipm) 30; Ti (s) 0,50-1,00; Fluxo (L/min) 8-12; FIO₂ >0,5.

— QUESTÃO 29 —

A ventilação mecânica tem por objetivo adequar a ventilação e as trocas gasosas pulmonares às necessidades orgânicas e seu uso provoca alterações hemodinâmicas, dependendo do estado cardiovascular prévio do paciente. Uma das repercussões da PEEP no sistema cardiovascular é o aumento da

- (A) pré-carga ventricular esquerda pelo aumento do retorno venoso do tórax.
- (B) pré-carga ventricular direita pela redução do retorno venoso do tórax.
- (C) câmara ventricular, conseqüente ao deslocamento do septo interventricular, diminuindo a complacência ventricular esquerda.
- (D) pós-carga e da sobrecarga ventricular direita.

— QUESTÃO 30 —

Na avaliação biomecânica, é importante o estabelecimento de um diagnóstico funcional adequado. Nessa avaliação, o movimento em alça de balde corresponde à

- (A) elevação das costelas superiores com aumento do diâmetro anteroposterior.
- (B) horizontalização das costelas superiores durante a inspiração.
- (C) orientação das costelas inferiores dorsalmente e com rotação da direção lateral e craniana na inspiração.
- (D) verticalização dos arcos costais, com as extremidades ventrais, movendo-se na direção craniana e ventral.

— QUESTÃO 31 —

A síndrome da angústia respiratória aguda é uma das mais importantes causas de insuficiência respiratória aguda em pacientes graves internados em unidades de terapia intensiva. As condições que caracterizam essa síndrome são:

- (A) hipoxemia refratária, oxigenodependente, aumento da pressão platô, quadrado radiológico intersticial.
- (B) alteração radiológica em quatro quadrantes, hipoxemia leve, aumento da complacência estática.
- (C) hipoxemia refratária, PEEP dependente, aumento da pressão de pico e de platô.
- (D) hipoxemia grave, alteração da complacência estática, alteração radiológica em quatro quadrantes, PEEP dependente.

— QUESTÃO 32 —

A ventilação não invasiva por pressão positiva consiste em suporte ventilatório administrado por máscaras ou interfaces, sem uso de prótese traqueal. Na insuficiência respiratória aguda, as contraindicações relativa e absoluta para seu uso são, respectivamente,

- (A) não cooperação do paciente e instabilidade hemodinâmica.
- (B) distensão abdominal e grande distúrbio da troca gasosa, com necessidade de alta FIO₂.
- (C) excitação psicomotora e choque.
- (D) hemorragia digestiva alta e pneumotórax drenado.

— QUESTÃO 33 —

Qualquer processo fisiológico que diminua a PCO₂ arterial produz alcalose respiratória. Uma PaCO₂ baixa (hipocapnia) força a reação de hidratação para a esquerda, diminuindo a concentração de ácido carbônico e aumentando o pH. São causas comuns de alcalose respiratória:

- (A) síndrome de Pick Wick, miastenia grave e pneumonia.
- (B) diarreia, insuficiência renal e hipovolemia.
- (C) sepse, edema pulmonar e ansiedade.
- (D) anestesia, vômitos e aspiração nasogástrica.

— QUESTÃO 34 —

Em uma coleta de sangue arterial foram obtidos os seguintes resultados.

pH = 7.3; PaCO₂ = 40; PaO₂ = 56; HCO₃⁻ = 23; BE = -2.

A principal alteração hemogasométrica e a conduta terapêutica mais indicada, neste caso, são, respectivamente:

- (A) acidose metabólica – aspiração nasotraqueal.
- (B) alcalose respiratória – ventilação não invasiva.
- (C) acidose respiratória – oxigenoterapia.
- (D) acidose respiratória – ventilação mecânica controlada.

— QUESTÃO 35 —

Ao programar e ajustar o ventilador mecânico às necessidades do paciente, seja à pressão ou a volume, o fisioterapeuta deve ter em mente que, no modo

- (A) assistido controlado, quando em assistido, o paciente controla a frequência respiratória, mas o volume corrente não é predeterminado.
- (B) controlado, o ventilador cicla por tempo, em uma pressão previamente ajustada pelo operador.
- (C) à pressão, variações na mecânica ventilatória (resistência e complacência) do paciente não influenciam no volume corrente atingido.
- (D) assistido, o paciente deflagra o ciclo respiratório, sendo contraindicado em escapes aéreos, pois o ventilador aumentará o fluxo inspiratório para compensar o escape gasoso e manter a pressão predeterminada.

— QUESTÃO 36 —

A hipoxemia é caracterizada por uma PaO₂ < 80 mmHg em um indivíduo respirando ar ambiente ao nível do mar, e pode ser causada pela diminuição da PO₂ inspirada ou aumento da PCO₂ inspirada e como resultado de doença pulmonar. O *shunt* é uma causa comum de hipoxemia em pacientes criticamente enfermos e pode ser originado na presença de

- (A) pneumonia e edema pulmonar.
- (B) fibrose pulmonar e ressecção pulmonar.
- (C) enfisema e broncoespasmo.
- (D) depressão do centro respiratório e doença neuromuscular.

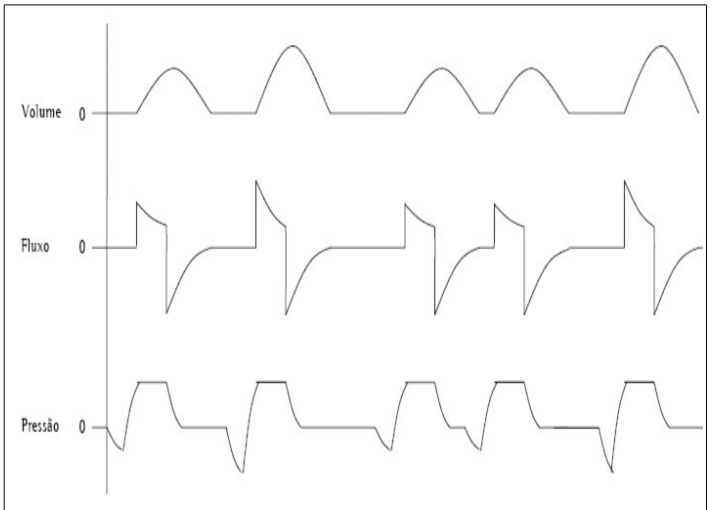
— QUESTÃO 37 —

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia. No que se refere aos sistemas de liberação de oxigênio, à capacidade de FIO₂ e às especificidades de uso,

- (A) a cânula nasal oferece um alto fluxo e, além de ser barata e confortável, o paciente pode falar e se alimentar por via oral livremente durante seu uso.
- (B) a máscara Venturi fornece a FIO₂ exata desejada, que não varia com a frequência ventilatória, porém aumenta o risco de aspiração.
- (C) a máscara simples fornece um alto fluxo de 5-8 L/min, é mais confortável do que a cânula nasal, porém pode irritar o vestibulo nasal com fluxos elevados.
- (D) a máscara de reventilação parcial libera concentração de oxigênio de até 100%, se o fluxo for suficiente para manter o reservatório inflado na inspiração.

— QUESTÃO 38 —

Analise o gráfico apresentado a seguir. Ele explicita a situação de um paciente em ventilação mecânica invasiva.



Os dados indicam que

- (A) o paciente não apresenta drive respiratório adequado, o que pode ser observado pela assincronia paciente-ventilador.
- (B) o volume corrente alcançado nesse modo ventilatório depende do fluxo determinado, da pressão preestabelecida, porém não sofre influência da mecânica do sistema respiratório.
- (C) o ventilador assiste à ventilação por meio da manutenção da pressão predeterminada até que o fluxo inspiratório reduza-se a um nível crítico, normalmente cerca de 25% do pico de fluxo atingido.
- (D) o modo ventilatório apresentado fornece um nível constante de pressão positiva na via aérea durante esforços inspiratórios espontâneos, o que garante um volume corrente predeterminado.

— QUESTÃO 39 —

Um paciente de 43 anos, com hérnia incisional volumosa, programado para cirurgia extensa de abdome superior, apresenta prova de função pulmonar com capacidade vital reduzida, embora a relação entre o VEF_1/CVF seja normal. Na avaliação fisioterápica, foram observados: $PI_{máx} = -55$ cmH_2O ; $PE_{máx} = 60$ cmH_2O ; $PFE = 490$ L/min; oximetria durante o exercício = (90-94%). Neste caso, o fisioterapeuta deve utilizar, como recursos terapêuticos pré-operatórios,

- (A) oxigenoterapia, técnicas para remoção de secreção e *threshold* PEP.
- (B) técnicas para remoção de secreção, incentivos inspiratórios e cinesioterapia.
- (C) oxigenoterapia, reexpansão pulmonar e prevenção de TVP.
- (D) *threshold* IMT, deambulação e expiração abreviada.

— QUESTÃO 40 —

Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar. Assim, o princípio básico da

- (A) isonomia garante a liberdade pessoal reconhecida e o direito de decidir o próprio curso do tratamento e de seguir um plano com o qual os pacientes concordem livremente.
- (B) beneficência obriga os provedores de tratamento a evitarem prejudicar os pacientes e a prevenir ativamente os danos, quando possível.
- (C) justiça demanda a reparação por danos resultantes da ação de outrem.
- (D) não maleficência requer que os provedores de tratamento, além de não prejudicar, contribuam ativamente com a saúde e o bem-estar de seus pacientes.

— QUESTÃO 41 —

De acordo com a escala de classificação simples do nível de consciência, o paciente que está em estado de

- (A) confusão apresenta sonolência e alucinações.
- (B) *delirium* apresenta pensamentos incoerentes e acorda com dificuldade.
- (C) coma, apesar de inconsciente, responde aos testes de reflexos profundos e prolongados.
- (D) estupor reage à dor, mas responde lentamente aos estímulos verbais.

— QUESTÃO 42 —

Para que exista um fluxo da atmosfera até os alvéolos é necessário que ocorra diferença de pressão entre a atmosfera e o alvéolo na fase inspiratória, dando-se o inverso na fase expiratória. O movimento de líquidos e fluidos é governado pela lei de

- (A) Laplace.
- (B) Poiseuille.
- (C) Boyle.
- (D) Fick.

— QUESTÃO 43 —

Em pacientes com disfunções pulmonares e neuromusculares, além de ocorrer aumento na produção de muco, a defesa mecânica pulmonar torna-se ineficaz, ocasionando retenção importante de secreção no trato respiratório. Em relação às técnicas fisioterapêuticas que auxiliam na remoção de secreção brônquica,

- (A) o paciente, ao realizar a drenagem autógena (DA), deverá utilizar um bocal para ativação do reflexo bucofaríngeo, que favorece a manutenção da glote aberta.
- (B) o paciente, na DA, deve ser posicionado em decúbito dorsal, ventral ou lateral, podendo associar a drenagem postural, de forma independente ou com assistência.
- (C) a expiração lenta total com a glote aberta em infralateral (ELTGOL) deve ser realizada com a colaboração do fisioterapeuta e tem como objetivo deslocar secreções em vias aéreas inferiores.
- (D) a ELTGOL está indicada em casos de exacerbação de DPOC, pneumotórax drenado, patologias cavitárias e em outras situações onde há desuniformidades da relação V/Q.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 44 —

O objetivo primário do suporte nutricional é a manutenção da massa corpórea magra, o que é conseguido mediante o do suprimento da necessidade energética global do paciente e do fornecimento da combinação adequada de substratos para obtê-la. Considerando os aspectos gerais do suporte nutricional, em pacientes

- (A) com pneumopatia, o fornecimento de cargas elevadas de carboidratos pode ser prejudicial, pois há aumento da produção de CO_2 , resultando em maior demanda ventilatória.
- (B) sedados, a alimentação parenteral estimula os hormônios intestinais, submetendo os nutrientes aos controles absorptivos e metabólicos do trato gastrointestinal e do fígado, provendo uma melhor função imunológica.
- (C) idosos, caquéticos ou sépticos, as gorduras são essenciais para a manutenção ou restauração da massa corpórea e devem corresponder de 20% a 30% do fornecimento energético total.
- (D) com tubo endotraqueal, em que há maior risco de aspiração pulmonar, mesmo em decúbito elevado, a alimentação parenteral é a via de escolha.

— QUESTÃO 45 —

Um homem de 27 anos de idade foi admitido no hospital com um quadro de pneumonia bacteriana persistente, que não respondeu ao tratamento ambulatorial de seis dias com antimicrobianos. Ele apresentava discreta cianose e respiração trabalhosa. A gasometria arterial (com o paciente respirando ar ambiente) revelou: $\text{pH} = 7.44$, $\text{PaCO}_2 = 26\text{mmHg}$, $\text{HCO}_3^- = 17\text{mEq/L}$; $\text{PaO}_2 = 53\text{mmHg}$.

No caso desse paciente,

- (A) a PaCO_2 encontrava-se bem abaixo do normal, indicando hipoventilação como um fator contribuinte do pH normal elevado.
- (B) o HCO_3^- era substancialmente maior do que o normal, mas como o pH encontra-se no lado alcalótico da faixa normal, a acidose metabólica primária é descartada, já que ocorreu compensação da alcalose respiratória.
- (C) o HCO_3^- estava aproximadamente 7mEq/L abaixo do normal. Isto é consistente com uma resposta compensatória renal, de aproximadamente 5mEq/L para cada redução de 10mmHg de PaCO_2 .
- (D) o pH encontrava-se no lado alcalótico, não estando ainda dentro da faixa de normalidade.

— QUESTÃO 46 —

O fisioterapeuta respiratório que trabalha em unidade de terapia intensiva tem responsabilidade fundamental na manutenção das vias aéreas de pacientes que necessitam de suporte ventilatório por via aérea artificial. Em função desta evidência, o terapeuta tem como objetivo reduzir a ocorrência de incidentes relacionados à manipulação das vias aéreas, melhorando a assistência ao paciente. No que se refere à via aérea artificial,

- (A) a posição correta da ponta do tubo endotraqueal é estar cerca de 2 cm a 3 cm acima da carina, pois isso minimiza a chance de o tubo se mover para o interior dos brônquios principais ou para o interior da laringe.
- (B) as mensurações das pressões do balonete necessitam de ajustes frequentes, salvo em caso de não alteração das condições clínicas.
- (C) os níveis ideais de pressão do balonete são $>25\text{cmH}_2\text{O}$, para se evitar aspiração, $>40\text{cmH}_2\text{O}$, para se evitar vazamento e $>26\text{cmH}_2\text{O}$, para se evitar isquemia.
- (D) a mensuração da pressão do balonete é importante, pois ele absorve determinados gases, como o óxido nítrico, que gradualmente se expande, e pode provocar isquemia e ulceração da traqueia.

— QUESTÃO 47 —

Uma paciente de 88 anos, 1,50 m de altura, 55 kg, foi admitida na unidade de terapia intensiva por pneumonia de repetição. Evoluiu com quadro de leucocitose, piora dos escores renais, rebaixamento do nível de consciência e queda da SpO_2 , sendo, então, entubada. Foram obtidos os seguintes dados, na avaliação fisioterapêutica:

Gasometria arterial:

$\text{pH}=7.19$; $\text{PCO}_2=66\text{mmHg}$; $\text{PO}_2=156\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3^-=19,9$; $\text{BE}=-8.1$; $\text{SaO}_2=98\%$

Parâmetros ventilatórios: $\Delta\text{P}=28$; $\text{PEEP}=10$; $\text{Ti}=1.0$; $\text{FR}=14$; $\text{FIO}_2=60\%$

Neste caso, a PaO_2 ideal e a FIO_2 desejada são, respectivamente,

- (A) 60 e 0,4
- (B) 70,7 e 0,27
- (C) 81 e 0,4
- (D) 88 e 0,27

— QUESTÃO 48 —

Desmame é o nome dado ao processo de retirada programada da ventilação mecânica. O fisioterapeuta, antes de iniciar o protocolo de desmame, deve observar que

- (A) o índice de *Tiffeneau* deve estar maior que 200mmHg e representa um ponto de partida necessário para o desmame.
- (B) o paciente deve estar sem febre e com níveis séricos de hemoglobina elevados para fornecer transporte de O₂.
- (C) os pacientes com DPOC agudizados e cardiopatas crônicos devem manter a Hb $\geq 12g\%$.
- (D) o pH avaliado na hemogasometria deve estar entre 7.35 e 7.45.

— QUESTÃO 49 —

A aspiração traqueobrônquica é um procedimento de rotina para remover secreção pulmonar e estimular a tosse em pacientes intubados ou traqueostomizados. Na realização do procedimento, o fisioterapeuta deve

- (A) introduzir o cateter, a ser feito com o sistema de aspiração aberto, até alcançar a carina.
- (B) observar os sinais vitais durante o procedimento; em caso de arritmias ou bradicardia, a aspiração deve ser interrompida imediatamente.
- (C) ventilar o paciente com oxigênio a 100% durante 15 minutos antes da repetição do procedimento.
- (D) manter o cateter aberto durante toda a aspiração para evitar o surgimento de atelectasias pulmonares.

— QUESTÃO 50 —

O treinamento muscular tem por objetivo o restabelecimento da função dos músculos respiratórios e a readaptação progressiva aos esforços. É bastante realizado no caso de pacientes submetidos a longos períodos de ventilação mecânica. Para o correto estabelecimento da carga de treinamento, o fisioterapeuta deve realizar o exame de

- (A) espirometria.
- (B) peak flow.
- (C) manovacuumetria.
- (D) threshold.