

FISIOTERAPIA

12/11/2017

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno de prova, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno contém a prova objetiva e é composto de 50 questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. Preencha, no cartão-resposta, a letra correspondente à resposta que julgar correta.
4. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
5. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta **AZUL** ou **PRETA**, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação terá pontuação zero.
6. Esta prova objetiva terá **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
7. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de sua realização após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
8. Os três últimos candidatos, ao terminarem sua prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão apor suas respectivas assinaturas.
9. **AO TERMINAR SUA PROVA ENTREGUE, OBRIGATORIAMENTE, O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.**

— QUESTÃO 01 —

Em 1904, no contexto da modernização e do saneamento do Rio de Janeiro, as medidas adotadas para erradicação da epidemia de febre amarela pelo diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, médico Oswaldo Cruz, foram interpretadas como:

- (A) uso eleitoreiro do programa governamental antiamarílico.
- (B) revolta popular contra a redução dos investimentos públicos em saúde.
- (C) uso da força e da autoridade como estratégias preferenciais de ação.
- (D) revolta da comunidade científica contra o reducionismo das ações.

— QUESTÃO 02 —

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, criado para direcionar o processo de consolidação do SUS, deve envolver a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do governo e possui os seguintes instrumentos básicos:

- (A) diagnóstico de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão.
- (B) plano de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão.
- (C) diagnóstico de saúde, programação anual de saúde e avaliação anual de gestão.
- (D) plano de saúde, programação anual de saúde e coordenação das ações de saúde.

— QUESTÃO 03 —

A origem da saúde coletiva está associada à crítica

- (A) ao modelo mix público-privado.
- (B) ao modelo biomédico.
- (C) à universalização excludente.
- (D) à mercantilização da medicina.

— QUESTÃO 04 —

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem por objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver da população, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. São diretrizes desta política:

- (A) reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida.
- (B) considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como requisitos fundamentais no processo de sua concretização.
- (C) adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.
- (D) incentivar a gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil.

— QUESTÃO 05 —

Em relação ao SUS, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, reitera um de seus princípios, a saber:

- (A) a regionalização.
- (B) a autonomia.
- (C) a acessibilidade.
- (D) a racionalidade.

— QUESTÃO 06 —

A Portaria MS n. 3.124/2012 estabelece que nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de trabalho devem ser formadas por profissionais de nível superior. As modalidades de NASF 1, 2 e 3 devem se vincular, respectivamente, no mínimo e no máximo a quantas Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas?

- (A) 5 e 9, 3 e 4, 1 e 2.
- (B) 1 e 2, 3 e 4, 5 e 9.
- (C) 4 e 8, 2 e 4, 1 e 3.
- (D) 1 e 3, 2 e 4, 4 e 8.

— QUESTÃO 07 —

Conforme assegura a Lei n. 8.142/1990, “[...] avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” é atribuição

- (A) dos indicadores de saúde.
- (B) da Conferência de Saúde.
- (C) do mapa de saúde.
- (D) do Conselho de Saúde.

— QUESTÃO 08 —

O aparecimento de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika tem sido alvo de preocupação das vigilâncias em saúde dos estados e municípios, levando-os a realizar ações de detecção e investigação dos casos. Dessa forma, são considerados casos suspeitos, elegíveis para a vigilância, as gestantes que, em qualquer idade gestacional, apresentem:

- (A) suspeita de infecção pelo vírus zika, com identificação da origem do exantema que não seja a infecção por vírus zika.
- (B) doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas, com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus zika.
- (C) doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas.
- (D) suspeita de infecção pelo vírus zika, com identificação da origem do exantema e com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus zika.

— QUESTÃO 09 —

O Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde, destacando-se entre elas a seguinte:

- (A) a participação da iniciativa privada.
- (B) a integralidade de assistência.
- (C) a participação da comunidade.
- (D) o direito à informação.

— QUESTÃO 10 —

Incidência e prevalência são, fundamentalmente, as diferentes formas de medir a ocorrência de doenças nas populações. A relação entre essas medidas varia entre as doenças. Uma mesma doença pode apresentar baixa incidência e alta prevalência, ou alta incidência e baixa prevalência. Essa afirmativa é verificada, respectivamente, em:

- (A) diabetes menos frequente por longo período e resfriado mais frequente com curta duração.
- (B) resfriado mais frequente por longo período e diabetes mais frequente com curta duração.
- (C) diabetes mais frequente por um curto período e resfriado menos frequente com longa duração.
- (D) resfriado menos frequente por curto período e diabetes menos frequente com curta duração.

— QUESTÃO 11 —

As diretrizes contidas na Portaria n. 4.279/2010 visam superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a

- (A) assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.
- (B) implantar um modelo de atenção, com ações e serviços de saúde dimensionados, a partir da oferta.
- (C) promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos.
- (D) promover a modernização da gestão pública com financiamento por procedimentos, assegurando sua eficiência.

— QUESTÃO 12 —

Na saúde ambiental e ocupacional, a epidemiologia é usada para estabelecer a:

- (A) incidência e a prevalência dos agravos à saúde, a etiologia e a história natural das doenças, o valor das intervenções e os serviços de saúde.
- (B) etiologia e a história natural da doença, o nível de saúde da população, o valor das intervenções e os serviços de saúde.
- (C) etiologia, a incidência e a prevalência dos agravos à saúde, a história natural da doença e o nível de saúde da população.
- (D) incidência e a prevalência dos agravos à saúde, o nível de saúde da população, o valor das intervenções e os serviços de saúde.

— QUESTÃO 13 —

De 2000 a 2006 (MS, 2007), dos 24.603 novos casos registrados de DST e Aids, 19.793 deles, ou seja, 80%, estão relacionados a adolescentes e jovens. Os dados são preocupantes porque, segundo as estatísticas, houve

- (A) expressivo número de óbitos por Aids na faixa etária de 10 a 14 anos.
- (B) elevado número de casos de Aids entre pessoas de 13 a 24 anos.
- (C) considerável aumento nos prognósticos de HPV entre adolescentes de 15 a 17 anos.
- (D) significativa redução no uso de preservativo no grupo de 15 a 19 anos.

— QUESTÃO 14 —

A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões e representa uma ferramenta imprescindível à Vigilância Epidemiológica (VE) por se constituir no fator desencadeador do processo de:

- (A) diagnóstico-decisão-ação.
- (B) informação-diagnóstico-ação.
- (C) diagnóstico-ação-decisão.
- (D) informação-decisão-ação.

— QUESTÃO 15 —

A Clínica Ampliada, conforme a política de humanização, é uma diretriz para trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde. Portanto, ela visa

- (A) constituir-se numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas atuantes prioritariamente na Atenção Básica e criar um cenário favorável.
- (B) estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar a assistência, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
- (C) assegurar que o processo de trabalho seja centrado em procedimentos, em profissionais, de maneira harmoniosa, sem ocorrer a supremacia de alguns saberes sobre outros.
- (D) integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multi-profissional.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

A miastenia gravis é uma doença crônica autoimune que cursa com um distúrbio neuromuscular caracterizado por déficit motor e fadiga da musculatura esquelética. A insuficiência respiratória aguda pode ocorrer nas crises miastênicas por falência da placa neuromuscular acompanhada de fraqueza bulbar. O tratamento que deve ser instituído precocemente, em casos de crise miastênicas, é o seguinte:

- (A) aplicação de estratégia protetora, com monitorização da pressão intracraniana e da pressão de perfusão cerebral.
- (B) uso da ventilação não invasiva (BIPAP), em caso de insuficiência respiratória aguda, na tentativa de evitar intubação orotraqueal, sendo $PCO_2 > 50$ mmHg um fator preditivo de falência.
- (C) realização imediata de intubação orotraqueal, adequando o volume corrente de 5-6 ml/kg, a fim de evitar hiperinsuflação alveolar.
- (D) indicação de VMI, via traqueostomia, em virtude da dificuldade de proteção das vias aéreas e da disfunção bulbar grave, visto tratar-se de doença de caráter degenerativo.

— QUESTÃO 17 —

Quando ocorre uma inflamação difusa da membrana alvéolo-capilar, em resposta a vários fatores de risco pulmonares ou extrapulmonares (como aspiração de conteúdo gástrico, pneumonia, lesão inalatória, contusão pulmonar, sepsis, traumatismo, pancreatite, politransfusão), pode acarretar o que se denomina de síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), também conhecida como síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A SARA pode ser dividida em leve, moderada e grave, sendo que:

- (A) nas primeiras 48-72 horas de ventilação mecânica, recomenda-se ventilar em modo volume controlado (VCV) ou pressão controlada (PCV), com volume corrente de 6 ml/kg (SARA leve) e de 3 – 6 ml/kg (SARA moderada e grave), usando a menor FiO_2 possível para assegurar uma $SatO_2 > 92\%$.
- (B) nas primeiras 24-48 horas de ventilação mecânica não invasiva aplicada por CPAP ou BIPAP torna-se eficaz, pois ambas modalidades são para prevenir o edema agudo pulmonar e evitar a intubação orotraqueal.
- (C) pelo menos seis horas por sessão a posição prona deve ser instituída em pacientes com $P/F < 300$, sendo repetida até atingir uma $P/F > 400$ com $PEEP = 12$ cm H_2O em posição supina.
- (D) durante as primeiras 12 horas, adota-se a posição de Trendelenburg reverso durante a ventilação, com o objetivo de melhorar a oxigenação e o débito cardíaco, além de evitar atelectasias.

— QUESTÃO 18 —

Na respiração tranquila, a inspiração é ativa, sendo o músculo diafragma o mais importante, e a expiração é passiva. Outros músculos que auxiliam na respiração são os abdominais, intercostais e os acessórios. Sobre a mecânica da respiração, diversos fatores exacerbam o mecanismo de limitação do fluxo, como:

- (A) a desigualdade da distribuição do fluxo sanguíneo no pulmão na posição ereta, sendo que, por ação da gravidade, há fluxo muito maior na base do que no ápice.
- (B) a diferença entre os fluxos laminar e turbulento, pois no primeiro, assim como nas vias aéreas de menor calibre, a resistência é inversamente proporcional à quarta potência do raio.
- (C) a compressão dinâmica das vias aéreas durante a expiração forçada resultando num fluxo independente de esforço e pode ocorrer durante exercícios leves, causando incapacidade grave, em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (D) o grau de desequilíbrio entre ventilação-perfusão em um pulmão doente, que pode ser avaliado a partir do cálculo da diferença alvéolo-arterial de PO_2 de uma amostra de sangue arterial.

— QUESTÃO 19 —

O estado ácido-básico do sangue é determinado pela equação de Henderson-Hasselbalch e, especialmente, pela relação entre concentração de bicarbonato e PCO_2 . As anormalidades ácido-básicas incluem a acidose e a alcalose respiratória e metabólica. No caso de um paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica, quais seriam, respectivamente, os valores de PCO_2 , PO_2 e pH que representariam uma acidose respiratória compensada?

- (A) $PCO_2: 50$ mmHg; $PO_2: 45$ mmHg e pH: 7,10.
- (B) $PCO_2: 110$ mmHg; $PO_2: 60$ mmHg e pH: 7,20.
- (C) $PCO_2: 32$ mmHg; $PO_2: 70$ mmHg e pH: 7,60.
- (D) $PCO_2: 60$ mmHg; $PO_2: 50$ mmHg e pH: 7,35.

— QUESTÃO 20 —

Os exercícios respiratórios, também conhecidos como padrões ventilatórios, são uma importante contribuição do fisioterapeuta argentino Cuello (década de 1980). Seus principais objetivos visam restaurar o padrão respiratório normal, controlar a respiração com mínimo esforço, mobilizar secreções, reexpandir pulmão colapsado, dentre outros. Sobre as estratégias respiratórias, em que consiste o exercício suspiro inspiratório?

- (A) Realização de expiração suave contra a resistência imposta pelos lábios semifechados, com o tempo inspiratório podendo ser curto ou longo.
- (B) Aplicação de estímulo manual na região abdominal com leve compressão, junto com uma inspiração nasal suave e profunda.
- (C) Realização de inspirações nasais breves, sucessivas e rápidas, até atingir a capacidade inspiratória máxima, com expiração suave e prolongada.
- (D) Pressão manual na região torácica acometida, solicitando uma expiração prolongada seguida de uma inspiração nasal profunda, associada com uma resistência das mãos seguida de retirada brusca.

— QUESTÃO 21 —

Na avaliação fisioterapêutica de um paciente com comprometimento cardiorrespiratório, é de suma importância a monitorização cardiorrespiratória, que inclui, dentre outros itens, a oximetria de pulso, o teste de caminhada de seis minutos e a avaliação da musculatura respiratória, dos volumes e fluxos pulmonares e do pico de fluxo expiratório. No caso de um paciente com hiperresponsividade brônquica, é mais importante avaliar:

- (A) a manovacuometria, a que mensura tanto a P_{lmax} , indicando fraqueza da musculatura inspiratória, quanto a P_{Emax} , analisando a eficácia da tosse.
- (B) a medida do pico de fluxo expiratório, que identifica e monitora o progresso da limitação ao fluxo aéreo, avaliando sua severidade, variação e resposta ao tratamento.
- (C) a espirometria, um teste não invasivo que mede os fluxos e todos os volumes pulmonares e avalia a função ventilatória.
- (D) a oximetria de pulso, que monitora a saturação periférica da hemoglobina de oxigênio, sendo dependente da perfusão periférica.

— QUESTÃO 22 —

Uma mulher de 31 anos foi internada com história de três dias de fraqueza crescente nos membros inferiores e paresiásias nas mãos e nos pés, depois de uma infecção respiratória. Cursou com uma deficiência motora generalizada, deterioração da função respiratória, dor, sensibilidade distal reduzida e distúrbios autônomos. A análise do seu quadro clínico permite o seguinte diagnóstico:

- (A) doença de Huntington.
- (B) esclerose múltipla.
- (C) doença de Werdnig-Hoffman.
- (D) síndrome de Guillain-Barré.

— QUESTÃO 23 —

A fisioterapia em pacientes com lesão medular espinhal alta busca auxiliar o controle de cabeça e fortalecer os músculos acessórios da respiração. O uso da prancha ortostática tenta promover o bem-estar físico e, juntamente com a cinesioterapia passiva, objetiva evitar contraturas e manter amplitude articular. Um paciente com síndrome de Brown-Séquard apresentará quais danos?

- (A) Perda motora completa inferiormente à lesão, e perda da sensibilidade dolorosa e térmica.
- (B) Paralisia ipsilateral e interrupção da coluna posterior, dor e perda da sensibilidade térmica contralaterais.
- (C) Atrofia flácida dos membros superiores e padrão espástico nos membros inferiores.
- (D) Disfunção do intestino e da bexiga urinária, com déficits simétricos variáveis dos membros inferiores.

— QUESTÃO 24 —

A utilização adequada do exercício terapêutico no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos depende da identificação da estrutura envolvida, do reconhecimento de seu estágio de recuperação e da determinação das limitações e incapacidades funcionais. O tipo de exercício terapêutico indicado para a fase aguda ao local da lesão é:

- (A) punho e mão – exercícios de Codman, isométricos intermitentes, ativos-assistidos e protegidos com apoio de peso.
- (B) ombro e da cintura escapular – uso de splint, alongamentos de músculos retrádos, fortalecimento de músculos fracos.
- (C) quadril – degraus, agachamento total, estabilização rítmica, resistência em cadeia fechada.
- (D) joelho – exercícios isométricos intermitentes, gelo, compressão, massoterapia, eletroestimulação, mobilizações intra-articulares, amplitude de movimento passiva.

— QUESTÃO 25 —

Com a modernização das técnicas de ventilação mecânica, a fisioterapia passou a ser imprescindível em UTI, assumindo um papel importante junto à equipe multidisciplinar no que tange a uma intervenção precoce e direcionada nas complicações respiratórias e motoras. É função do fisioterapeuta a atenção:

- (A) ao nível ideal de insuflação do cuff (entre 40-50 mmHg), a fim de prevenir estenose de traqueia, fístulas traqueoesofágicas e traqueomalácia.
- (B) à mobilização precoce para prevenir ou minimizar os efeitos do imobilismo, além da estimulação sensório-motora.
- (C) à utilização racional de antibióticos, pois a administração inadequada de antimicrobianos propicia o desenvolvimento de cepas resistentes.
- (D) à troca de cateter periférico, o qual deve ser trocado a cada três dias, e aos acessos venosos centrais que não devem ser trocados rotineiramente.

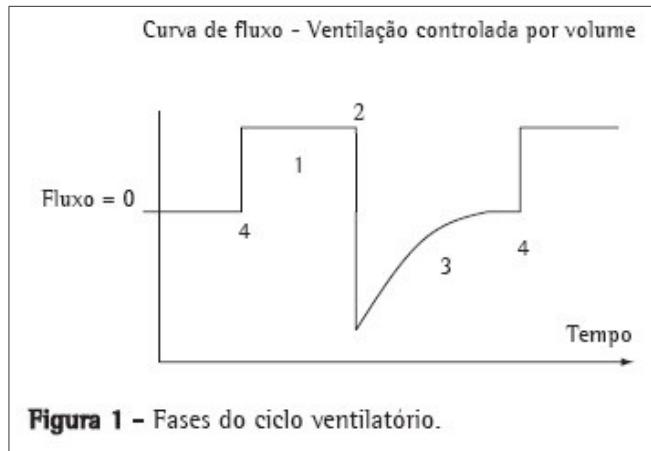
— QUESTÃO 26 —

Figura 1 – Fases do ciclo ventilatório.

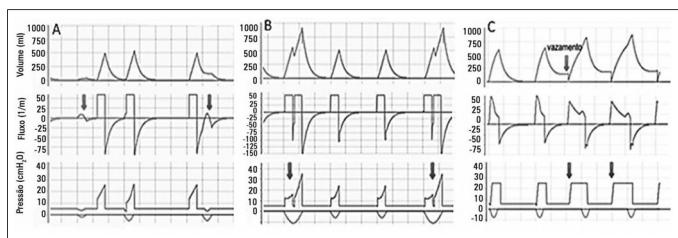
CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 33, supl. 2, p. 54-70, July, 2007.

De acordo com a figura acima, o ciclo ventilatório durante a ventilação mecânica, com pressão positiva, pode ser dividido, respectivamente, em:

- (A) 1 – fase inspiratória, 2 – ciclagem, 3 – fase expiratória, 4 – disparo.
- (B) 1 – fase inspiratória, 2 – disparo, 3 – ciclagem, 4 – fase expiratória.
- (C) 1 – disparo, 2 – pausa inspiratória, 3 – ciclagem, 4 – pausa expiratória.
- (D) 1 – disparo, 2 – ciclagem, 3 – fase inspiratória, 4 – fase expiratória.

— QUESTÃO 27 —

As assincronias paciente-ventilador são eventos frequentes nos ciclos ventilatórios. Trata-se de uma incoordenação entre os esforços e as necessidades ventilatórias do paciente em relação ao que é ofertado pelo ventilador. A presença destas assincronias e suas correções devem ser buscadas ativamente durante a avaliação do paciente em VM, como demonstram os dados dos gráficos a seguir:



Figuras obtidas pelo Xlung.net, simulador virtual de ventilação mecânica. Disponível em: <<http://www.xlung.net>>.

De acordo com esses gráficos, as setas evidenciam em A, B e C, respectivamente:

- (A) autociclagem, autodisparo e esforço eficaz.
- (B) fluxo expiratório ineficiente, ciclagem retrógrada e fluxo inspiratório aumentado.
- (C) esforço inefetivo, duplo disparo e autodisparo.
- (D) autoesforço, disparo ineficaz e ciclagem inativa.

— QUESTÃO 28 —

Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), um pulmão muito complacente, associado a uma hiperinsuflação da caixa torácica, provoca um aumento da transmissão da pressão dos alvéolos para os vasos torácicos e pericárdio, ocasionando autoPEEP e hipertensão pulmonar. Com o uso da ventilação mecânica, pode-se desenvolver uma instabilidade hemodinâmica. Diante deste efeito deletério, para corrigi-lo, busca-se:

- (A) controlar a PEEP intrínseca; evitar acidose respiratória e usar baixas relações I:E e baixos volumes correntes.
- (B) manter PaCO_2 entre 28-35 mmHg e decúbito a 45°; modo de ventilação controlada e usar PEEP menor que 5 cm H₂O.
- (C) manter autoPEEP abaixo de 15 cm H₂O; usar volume corrente igual ou menor que 08 ml/kg e manter sedado; elevar a FiO_2 .
- (D) utilizar altas frequências respiratórias e altos volumes correntes; manter PEEP entre 10 e 12 cm H₂O e aguardar repouso da musculatura.

— QUESTÃO 29 —

Nos três primeiros meses de vida, quando o lactente nascido a termo fica com a cabeça voltada para a direita ou para a esquerda, os membros de um dimídeo ficarão em extensão e os do outro em flexão. Tal posicionamento deve-se ao

- (A) reflexo de Moro.
- (B) reflexo tônico cervical assimétrico.
- (C) reflexo tônico cervical simétrico.
- (D) reflexo de Landau.

— QUESTÃO 30 —

Antes do nascimento, a placenta é responsável pelas funções nutricional, respiratória, digestiva e renal do feto. Quando o feto e a placenta se separam ao nascimento, devem ocorrer várias alterações pulmonares, tais como:

- (A) o líquido pulmonar é eliminado dos pulmões, permitindo a insuflação de ar. A eliminação completa desse líquido ocorre pela compressão torácica no canal de parto.
- (B) os gradientes de pressão transpulmonar muito baixos são desenvolvidos durante as primeiras respirações para substituir o líquido pulmonar remanescente por ar que estabelece a capacidade residual funcional (CRF).
- (C) a CRF de repouso do neonato é obtida com três a quatro respirações, com aumento gradativo do volume pulmonar a cada respiração, até alcançar a CRF.
- (D) a interrupção do fluxo umbilical provoca redução rápida da resistência vascular periférica e desvio do fluxo para as artérias pulmonares com fechamento imediato do canal arterial.

— QUESTÃO 31 —

O neonato que desenvolve uma membrana hialina de forma aguda, frequentemente complicada por um *shunt* direita-esquerda através de um canal arterial persistente ou de um forame oval patente, seguida de edema pulmonar, fibrose intersticial e, finalmente, por lesões enfisematosas, apresenta um caso de:

- (A) hipertensão pulmonar persistente no neonato.
- (B) taquipneia transitória do neonato.
- (C) síndrome da angústia respiratória aguda.
- (D) displasia broncopulmonar.

— QUESTÃO 32 —

A asma pediátrica vem aumentando em alguns países do mundo por causa da poluição ambiental crescente, das condições de vida em aglomerados populacionais e da falta de conhecimento do público sobre a doença e seu controle. Para seu tratamento, indica-se:

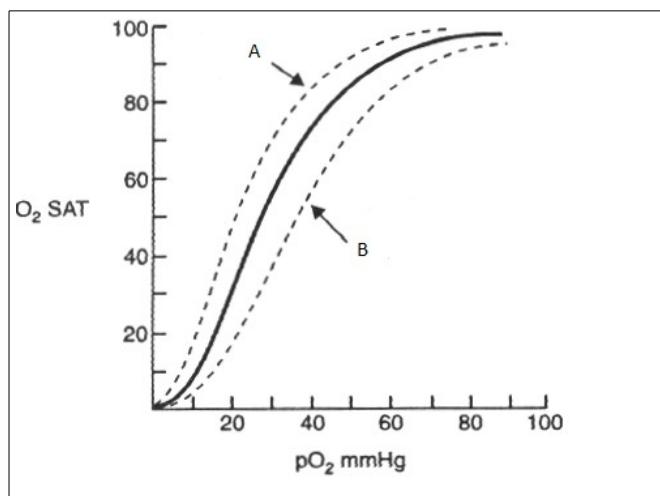
- (A) incluir um plano de ação baseado no reconhecimento de sintomas e da queda do fluxo expiratório máximo, com avaliação pelo peak flow.
- (B) controlar o primeiro sintoma na história natural da doença, a dispneia aos esforços moderados.
- (C) evitar o uso de espaçadores em crianças durante a aplicação das medicações inaláveis.
- (D) combater a constrição da musculatura lisa pulmonar, inflamação das vias aéreas e produção de muco que provocam o distúrbio ventilatório restritivo.

— QUESTÃO 33 —

O estabelecimento de um diagnóstico fisioterapêutico adequado depende de anamnese e exame físico bem feito. Ao realizar a avaliação de um paciente com síndrome hepatopulmonar, percebeu-se bastante dificuldade respiratória do paciente ao adotar a posição ortostática. Nesse caso, relata-se no prontuário:

- (A) ortopneia.
- (B) platipneia.
- (C) trepopneia.
- (D) apneia de decúbito.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 34 —

Disponível em: <<http://2.bp.blogspot.com/-ko1A3nNdgSM/UaAAUVHabel/AAAAAAAACw/2dUgHQ9diec/s1600/curva+oxihemo.gif>>.

Conforme mostra o gráfico, a hemoglobina pode ter sua afinidade por oxigênio afetada por diversos fatores. São fatores que promovem desvio da curva de dissociação da hemoglobina para a direita (A) e esquerda (B), respectivamente:

- (A) redução da concentração de H^+ , aumento da temperatura.
- (B) redução da PCO_2 , redução da temperatura.
- (C) redução da temperatura, redução da concentração de H^+ .
- (D) aumento da temperatura, redução da PCO_2 .

— QUESTÃO 35 —

Em pacientes críticos, o posicionamento tem papel fundamental no sistema respiratório, pois a gravidade influencia diretamente os volumes e as capacidades pulmonares e a mecânica respiratória, independente da posição adotada pelo indivíduo. Na posição supina ocorre:

- (A) deslocamento do diafragma inferiormente em consequência da redução da pressão intra-abdominal.
- (B) aumento do diâmetro anteroposterior do tórax e do abdome e redução no diâmetro lateral.
- (C) diminuição da capacidade vital, diminuição dos fluxos de ar e aumento da área dependente do pulmão.
- (D) aumento da complacência pulmonar e do trabalho ventilatório.

— QUESTÃO 36 —

Complicações pulmonares são fatores que mais contribuem para aumentar o risco de morbimortalidade no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dentre elas, a disfunção diafragmática destaca-se por requerer conhecimento do fisioterapeuta em relação à avaliação do quadro clínico e a melhor abordagem terapêutica. No tratamento da disfunção diafragmática, o treinamento muscular respiratório deve:

- (A) fortalecer a musculatura acessória, fazendo suprimir a deficiência do diafragma.
- (B) promover a melhora da capacidade anaeróbia, aumentando a resistência muscular e a tolerância ao esforço.
- (C) ser realizado por meio da utilização de resistor de carga linear, com carga de trabalho inferior a 20% da PI_{max} .
- (D) ser realizado por meio da utilização de resistor de carga linear, com carga de trabalho inicial acima de 60% da PI_{max} .

— QUESTÃO 37 —

Os distúrbios ventilatórios restritivos e obstrutivos são quantificados quanto à sua gravidade por meio de três graus: leve, moderado e acentuado. Para a classificação da gravidade nos distúrbios ventilatórios obstrutivos e restritivos, utiliza-se como parâmetros, respectivamente:

- (A) VF_1/CVF e CVF
- (B) CPT e VF_1
- (C) VF_1 e CPT
- (D) VF_1 e CVF

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 38 —

As terapias desobstrutivas têm por objetivo eliminar o muco da árvore brônquica, sendo o reflexo da tosse o mecanismo fisiológico mais efetivo. Entretanto, pacientes com doenças respiratórias crônicas podem apresentar, após tosse repetida, uma tendência ao fechamento das vias aéreas periféricas, dificultando o deslocamento do muco da periferia para as regiões centrais e tornando o reflexo da tosse menos eficaz, além do alto gasto energético que leva o paciente à exaustão. Para minimizar os efeitos negativos da tosse, propôs-se a técnica de expiração forçada, também conhecida como huffing, que consiste:

- (A) em uma expiração forçada com a glote aberta que produz pressão intratorácica maior que a tosse e com menor gasto energético; por isso, é mais efetiva e gera menos efeitos negativos.
- (B) em um reflexo gerado no centro da tosse que promove esforço expiratório com a glote aberta e minimiza a compressão excessiva das vias aéreas periféricas.
- (C) em uma técnica semelhante à tosse, porém com menor esforço do paciente, pois a glote permanece aberta, o que permite maior pressão transmural que a tosse, evitando assim o colapso dos bronquíolos.
- (D) em uma técnica muito utilizada em associação com outras técnicas na higiene brônquica de asmáticos por promover menor pressão intratorácica pela saída rápida do ar com a glote aberta.

— QUESTÃO 39 —

Duplo produto é o índice não invasivo que melhor reflete o consumo de oxigênio do miocárdio. Ele corresponde ao produto da frequência cardíaca e

- (A) da diferença arteriovenosa de oxigênio.
- (B) do volume sistólico.
- (C) da pressão arterial sistólica.
- (D) do débito cardíaco.

— QUESTÃO 40 —

As doenças neuromusculares caracterizam-se pelo acometimento primário ou secundário da unidade motora, levando ao comprometimento da função muscular. Apesar de os músculos serem afetados de maneira variável, tanto na localização como na intensidade, a insuficiência respiratória é a causa mais comum de morbidade e mortalidade. O sistema respiratório necessita de intervenções que combatam o aumento da restrição pulmonar, como a técnica de *air staking*, que

- (A) consiste no empilhamento consecutivo de volumes de ar nos pulmões, sem o fechamento da glote, até alcançar a capacidade de insuflação máxima.
- (B) objetiva promover respirações profundas para melhorar a efetividade da tosse e auxiliar no alongamento dos músculos torácicos.
- (C) prioriza aumentar ou manter a complacência pulmonar, com o uso de um ressuscitador manual, sem necessidade de cooperação do paciente.
- (D) deve ser executada preferencialmente na posição deitada para que o terapeuta possa acompanhar visualmente as incursões diafragmáticas e facilitar a tosse.

— QUESTÃO 41 —

O oxigênio, quando administrado em altas doses ou por um período prolongado de tempo, pode causar lesão pulmonar e sistêmica. São efeitos colaterais do oxigênio:

- (A) aumento do estresse oxidativo advindo da hipóxia.
- (B) alcalose respiratória em resposta à redução do estímulo hipóxico nos barorreceptores.
- (C) atelectasias de reabsorção devido à queda progressiva do nitrogênio alveolar, que é um estabilizador alveolar.
- (D) aumento da relação entre espaço morto e volume corrente.

— QUESTÃO 42 —

A pneumonia é considerada a principal causa de morte por doença infecciosa entre os idosos, sendo também a segunda causa mais frequente de internação hospitalar nesse grupo etário. A fisioterapia respiratória em idosos é capaz de reduzir o tempo de internação hospitalar e o risco de mortalidade. O *flutter* é um recurso fisioterapêutico no qual:

- (A) a vibração da esfera resulta na vibração das vias aéreas durante a expiração, promovendo o aumento da remoção de secreções sem gerar efeito tixotrópico.
- (B) a vibração da esfera modifica as condições realógicas do muco, com aumento do ângulo de adesão e redução da viscoelasticidade dinâmica do muco.
- (C) a pressão positiva intermitente das vias aéreas está associada à oscilação de alta frequência.
- (D) a frequência de oscilação da esfera está relacionada apenas ao fluxo gerado pelo paciente e pode variar de 2 a 32 Hz.

— QUESTÃO 43 —

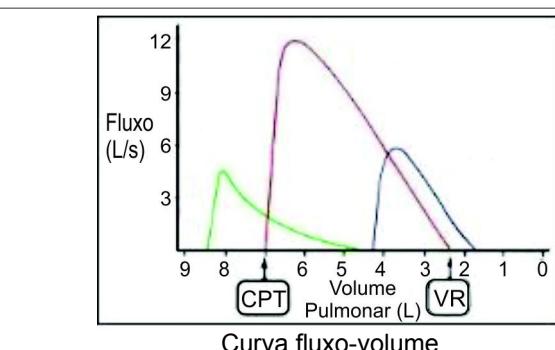
Durante a realização de um exercício dinâmico progressivo, a função primária do sistema cardiovascular é de fornecer aporte sanguíneo (oxigênio e nutrientes) adequado às necessidades metabólicas da musculatura esquelética ativa, removendo metabólitos e gás carbônico. O coeficiente respiratório (R) é definido como a relação entre a produção de CO_2 e o consumo de O_2 , sendo muito dependente do substrato utilizado no metabolismo celular. Valores de $R > 1.1$ em teste cardiopulmonar indicam esforço

- (A) de baixa intensidade.
- (B) de intensidade moderada.
- (C) inadequado com necessidade de refazer exame.
- (D) máximo ou próximo do máximo.

— QUESTÃO 44 —

O exercício físico é o pilar central de um programa de reabilitação pulmonar, que tem seu reconhecimento terapêutico descrito em várias diretrizes publicadas, sendo que a maioria das evidências estão concentradas na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Durante a exacerbão da DPOC, o treinamento de exercício deve ser:

- (A) interrompido em decorrência do aumento da dispneia, da quantidade de secreção e da alteração da sua co-localização.
- (B) interrompido porque o risco de mortalidade eleva-se.
- (C) mantido devido à depleção muscular eminente, porém com redução da carga de treinamento.
- (D) mantido se o paciente não estiver em uso de corticosteroides orais que têm efeito deletério para a musculatura esquelética quando associados à carga.

— QUESTÃO 45 —

Diretrizes para Testes de Função Pulmonar da SBPT, 2002.

As curvas espirométricas A, B e C mostradas na figura acima representam, respectivamente:

- (A) distúrbio ventilatório obstrutivo, exame normal, distúrbio ventilatório restritivo.
- (B) distúrbio ventilatório restritivo, exame normal, distúrbio ventilatório obstrutivo.
- (C) exame normal, distúrbio ventilatório obstrutivo, distúrbio ventilatório restritivo.
- (D) distúrbio ventilatório obstrutivo, distúrbio ventilatório misto, distúrbio ventilatório restritivo.

— QUESTÃO 46 —

A regulação precisa dos volumes dos líquidos corporais e das concentrações de solutos exige a excreção, pelos rins, de diferentes solutos e de água em intensidades variáveis. Participam desse controle diversos hormônios com diferentes locais de ação e efeitos. Dentre eles, está a agiotensina II, responsável por aumentar a

- (A) secreção de potássio pelos túbulos renais.
- (B) reabsorção de sódio e de água no túbulo proximal.
- (C) permeabilidade dos epitélios do túbulo distal, túbulo coletor e ducto coletor à água.
- (D) reabsorção tubular de cálcio, especialmente no ramo ascendente espesso na alça de Henle e túbulo distal.

— QUESTÃO 47 —

A alcalose respiratória é causada por:

- (A) hipoventilação e aumento da PCO_2 .
- (B) redução do bicarbonato do líquido extracelular.
- (C) hiperventilação e redução da PCO_2 .
- (D) aumento da concentração de bicarbonato extracelular.

— QUESTÃO 48 —

A Resolução n. 468, de 19 de agosto de 2016, determina que poderá ter registro profissional de fisioterapeuta o portador de:

- (A) diploma de graduação, bacharelado, em fisioterapia, em curso autorizado pelo Ministério da Educação.
- (B) declaração de colação de grau em fisioterapia de qualquer natureza.
- (C) diploma de graduação em fisioterapia em avaliação pelo Ministério da Educação.
- (D) declaração de conclusão de graduação em fisioterapia, sem a obrigatoriedade de reconhecimento pelo Ministério da Educação.

— QUESTÃO 49 —

De acordo com o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia estabelecido pela Resolução n. 424, de 3 de maio de 2013, compete:

- (A) aos Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional zelarem pela observância dos princípios do código de ética, funcionar como Conselho Superior de Ética e Deontologia Profissional, além de firmar jurisprudência e atuar nos casos omissos.
- (B) ao Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional zelar pela observância dos princípios e diretrizes deste código e funcionar como órgão julgador em primeira instância.
- (C) aos inscritos no conselho e aos interessados em comunicarem fatos que caracterizem a não observância do Código de Ética da Fisioterapia para que os Conselhos Regionais e Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional possam atuar com clareza e embasamento.
- (D) a outros conselhos profissionais auxiliarem na notificação de profissionais fisioterapeutas que infrinjam o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, como, por exemplo, a atuação na área de pilates em academias.

— QUESTÃO 50 —

Segundo o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, estabelecido pela Resolução n. 424, é permitido ao profissional fisioterapeuta:

- (A) negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso de indubitável urgência.
- (B) praticar qualquer ato que não esteja regulamentado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.
- (C) divulgar, para fins de autopromoção, imagem ou carta de agradecimento emitida por paciente ou familiar deste, em razão de serviço profissional prestado.
- (D) coibir a utilização de seu nome para atos que impliquem na mercantilização da saúde e da fisioterapia em detrimento da responsabilidade social e socioambiental.