

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
UNIRIO**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE - HUGG  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO - PROPGPI**

**PROCESSO SELETIVO DISCENTE**

**2020**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**



- 1)** O trabalho em saúde, realizado sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que por sua vez tem por característica a
- descontextualidade.
  - normatividade.
  - totalidade.
  - efetividade.
  - incerteza.
- 2)** A integralidade na saúde é polissêmica. Os quatro (4) eixos fundamentais relacionados são conhecidos como
- Necessidade, Finalidade, Articulação e Interação.
  - Hierarquização, Eficácia, Articulação e Finalidade.
  - Otimização, Necessidade, Assimetria e Avaliação.
  - Assimetria, Eficácia, Avaliação e Decisão.
  - Interação, Hierarquização, Avaliação e Decisão.
- 3)** A Educação Interprofissional na Saúde (EIP) se compromete com o/a
- planejamento normativo.
  - fazer colaborativo.
  - exercício de liderança.
  - visão protocolar.
  - ampliação da produtividade.
- 4)** Pode-se afirmar que, diante da ocorrência de uma falha, no que tange à Segurança do Paciente,
- a manutenção do sigilo institucional é fundamental para evitar pânico.
  - a investigação visa à identificação do principal responsável.
  - a prestação de contas é universal e recíproca.
  - a resolução do problema é hierárquica.
  - a punição dos responsáveis é uma medida preventiva necessária.
- 5)** É desafio primordial para o fomento da cultura de Educação Permanente nos serviços de saúde a seguinte atitude:
- definir temas e organizar atividades educativas contínuas para os seus profissionais.
  - criar espaços reflexivos coletivos na problematização do processo cotidiano de trabalho e de cuidado.
  - garantir a participação de seus profissionais nos cursos, treinamentos e capacitações patrocinadas pelo grupo local de desenvolvimento de pessoas.
  - investir para melhorar o ranking no status de pesquisa e de publicações de seus profissionais.
  - estabelecer parcerias com instituições acadêmicas que possam proporcionar cursos de pós-graduação (*stricto* e *lato sensu*) aos seus profissionais.
- 6)** Quanto à Reforma Fiscal proposta pelo Governo Temer, em 2016, e aprovada pelo legislativo federal (Câmara dos Deputados - PEC 241e Senado - PEC 55), no que tange aos setores saúde e educação; pode-se afirmar que
- os gastos em educação e em saúde acompanharão o crescimento populacional.
  - austeridade é uma forma efetiva de garantir políticas públicas redistributivas.
  - aponta para um impacto social positivo.
  - são tratados em acordo com a globalização neoliberal.
  - o valor mínimo destinado à educação e à saúde independe das receitas e do PIB.

7) A proposição da ferramenta de cuidado - Projeto Terapêutico Singular - é

- a) baseada na Racionalidade Biomédica.
- b) específica para a Atenção Básica na Saúde.
- c) dependente da competência profissional do líder da equipe.
- d) de fácil manejo quando a equipe é composta por especialistas.
- e) um dispositivo na constituição de Comunidade de Prática.

8) Os componentes da Vigilância em Saúde (SNVS) são os seguintes:

- a) Promoção de Saúde, Pesquisa Clínica e Vigilância à Mortalidade Materna.
- b) Pesquisa Clínica, Vigilância Sanitária e Vigilância à Mortalidade por Causas Externas.
- c) Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Comportamental.
- d) Promoção de Saúde, Vigilância às Emergências em Saúde Pública e Vigilância em Saúde Ambiental.
- e) Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Habitacional e Vigilância Comportamental.

9) A construção do cuidado em ambiente hospitalar requer do profissional

- a) domínio de Tecnologia Dura em detrimento da Tecnologia Leve.
- b) resolutividade pontual, pois não é atribuição do hospital se inserir em redes de cuidados.
- c) gestão compartilhada do processo de trabalho nas linhas de cuidado que desenvolve.
- d) tratar todos os pacientes conforme protocolos definidos, evitando singularidades existentes.
- e) prevenção para evitar processos nos quais não estejam definidas, a priori, as competências de cada categoria profissional.

10) Compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o texto constitucional brasileiro, com **EXCEÇÃO** de

- a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- b) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
- c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- d) incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação.
- e) subsidiar Planos Populares de Saúde a partir do mix público/privado.

11) A ventilação mecânica (VM) substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda (IRpA) ou crônica agudizada. Propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório e pode ser utilizada de forma não invasiva por meio de uma interface externa, geralmente, uma máscara facial e de forma invasiva por meio de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia. Não havendo contraindicação, os pacientes com incapacidade de manter ventilação espontânea devem iniciar uso de ventilação não invasiva (VNI) com dois níveis de pressão, com a pressão inspiratória suficiente para manter um processo de ventilação adequada, visando a impedir a progressão para fadiga muscular e/ou parada respiratória. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), para manter a ventilação espontânea adequada, é necessário manter o **volume-minuto, a PaCO<sub>2</sub> e o pH** dentro dos valores:

- a) Volume-minuto > 6Lpm, PaCO<sub>2</sub> > 50mmHg e pH < 7,20
- b) Volume-minuto < 4Lpm, PaCO<sub>2</sub> < 45mmHg e pH > 7,25
- c) Volume-minuto > 4Lpm, PaCO<sub>2</sub> < 50mmHg e pH > 7,25
- d) Volume-minuto > 5Lpm, PaCO<sub>2</sub> < 55mmHg e pH > 7,20
- e) Volume-minuto > 8Lpm, PaCO<sub>2</sub> < 50mmHg e pH > 7,25

**12)** Ainda sobre ventilação não invasiva (VNI), o uso de VNI deve ser monitorado pelo fisioterapeuta à beira-leito, de 0,5 a 2 horas. Para ser considerado sucesso, devem ser observados alguns sinais clínicos no paciente. Quando não há sucesso, é necessário realizar imediata intubação orotraqueal e ventilação invasiva. Espera-se o sucesso na população hipercápnica com o uso da VNI em 75% dos casos e nos hipoxêmicos em cerca de 50%. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), alguns desses sinais observados para que seja considerado **sucesso na VNI** são os seguintes:

- a) Diminuição da frequência respiratória, aumento do volume corrente, melhora do nível de consciência, diminuição ou cessação de uso de musculatura acessória, aumento da pressão parcial do oxigênio e/ou da saturação arterial periférica e diminuição da pressão parcial de gás carbônico.
- b) Piora do nível de consciência, queda da pressão arterial, aumento do volume corrente, aumento da frequência respiratória, queda do pH.
- c) Aumento do volume corrente, melhora do nível de consciência, cessação de uso de musculatura acessória, diminuição da pressão parcial do oxigênio e/ou da saturação arterial periférica e aumento da pressão parcial de gás carbônico.
- d) Aumento da frequência respiratória, diminuição do volume corrente, piora do nível de consciência, diminuição ou cessação de uso de musculatura acessória, aumento da pressão parcial do oxigênio e/ou da saturação arterial periférica e diminuição da pressão parcial de gás carbônico.
- e) Queda do pH, aumento do  $\text{HCO}_3$ , aumento da pressão parcial de oxigênio, melhora do nível de consciência.

**13)** A ventilação não invasiva (VNI) apresenta, apenas, duas contraindicações absolutas. Todas as demais são relativas e devem ser avaliadas criteriosamente pelo fisioterapeuta durante o atendimento, visando ao bem-estar do paciente. Quando bem ajustada e bem avaliada, a VNI pode ser bem indicada e o paciente pode ser beneficiado com a terapêutica. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), quais são as únicas **contraindicações absolutas** da VNI?

- a) arritmias malignas e hemorragias digestivas.
- b) alto risco de aspiração e incapacidade de proteger vias aéreas.
- c) necessidade de intubação de emergência e parada cardiorrespiratória.
- d) obstrução de vias aéreas superiores e anastomose de esôfago recente.
- e) rebaixamento do nível de consciência e trauma facial.

**14)** De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), em pacientes internados por causas clínicas na unidade de terapia intensiva (UTI), o procedimento de traqueostomia não precisa ser realizado precocemente, uma vez que não reduz a mortalidade em 30 dias, tampouco o tempo de UTI e a necessidade de sedação. Com quantos dias é recomendada a realização deste procedimento em paciente clínicos internados na UTI?

- a) 8 dias
- b) 13 dias
- c) 10 dias
- d) 14 dias
- e) 15 dias

**15)** A ventilação com pressão de suporte (PSV) é considerada o modo preferencial durante a ventilação assistida ou espontânea. Seu uso deve ser iniciado o mais precocemente possível, conforme o quadro clínico do paciente. É um modo de ventilação disparado exclusivamente pelo paciente: a pressão ou a fluxo. Caracteriza-se por pressão limitada durante toda fase inspiratória. O modo PSV é ciclado da seguinte forma:

- a) 15% da pressão.
- b) 25% do pico de fluxo inspiratório.
- c) ao atingir o volume corrente.
- d) pelo paciente.
- e) pelo *Rise Time*.

**16)** Um paciente internado em uma UTI encontra-se sedado, intubado e acoplado à ventilação mecânica. Ao exame, ele se encontra agitado, com movimentos despropositados frequentes e briga com o ventilador. De acordo com Nassar Junior, A. P., et al., a pontuação deste paciente na Escala de Sedação-Agitação de Richmond (RASS) é igual a

- a) 0
- b) +2
- c) +3
- d) +1
- e) +4

**17)** Um paciente interna em uma UTI com diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico com o seguinte exame neurológico: abertura ocular ao chamado; apresenta confusão mental e, no exame da resposta motora, localiza com movimento de retirada ao estímulo doloroso. De acordo com Nassar Junior, A. P., et al., a pontuação deste paciente na Escala de Coma de Glasgow é igual a

- a) 9
- b) 11
- c) 12
- d) 10
- e) 13

**18)** O conceito de “sucesso de desmame” refere-se ao paciente que tem sucesso no teste de respiração espontânea (TRE), ainda conectado ao ventilador. Já “sucesso de extubação” refere-se ao paciente que tem o tubo orotraqueal retirado após passar no TRE e não é reintubado nas próximas 48 horas. No caso dos doentes traqueostomizados, equivalerá ao sucesso na extubação o paciente que tolerou desconexão do ventilador após passar no TRE e não precisou voltar a ser reconectado ao ventilador nas próximas 48 horas. Deve-se avaliar e identificar diariamente o paciente (busca ativa por meio de diretrizes internas preestabelecidas pela equipe multiprofissional) com vistas à possibilidade de descontinuar a ventilação, visando a diminuir o tempo de ventilação mecânica e haver um menor custo. Deve-se realizar a suspensão diária da sedação, para se verificar a capacidade de ventilação espontânea do paciente.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), alguns dos tópicos a serem buscados de forma ativa rotineiramente nos pacientes sob ventilação mecânica para iniciar o desmame são

- a)  $PaO_2 < 60$  mmHg com  $FIO_2 \leq 0,4$  e  $PEEP > 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O; causa da falência respiratória ainda não resolvida ou controlada; paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios; equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais; hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica.
- b)  $PaO_2 \geq 60$  mmHg com  $FIO_2 \leq 0,4$  e  $PEEP \leq 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O; causa da falência respiratória resolvida ou controlada; paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios; equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais; hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica.
- c)  $PaO_2 \geq 60$  mmHg com  $FIO_2 > 0,4$  e  $PEEP \leq 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O; causa da falência respiratória resolvida ou controlada; paciente incapaz de iniciar esforços inspiratórios; equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais; hemodinâmica estável sem doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica.
- d)  $PaO_2 \geq 60$  mmHg com  $FIO_2 \leq 0,4$  e  $PEEP \leq 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O; causa da falência respiratória resolvida ou controlada; paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios; equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais; hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica, porém com proposta de retorno ao centro cirúrgico nas próximas 24 horas.
- e)  $PaO_2 < 60$  mmHg com  $FIO_2 \leq 0,4$  e  $PEEP \leq 5$  a  $8$  cmH<sub>2</sub>O; equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais; hemodinâmica instável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores, ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica.

**19)** O Índice de Desmame Integrado (Integrative Weaning Index –  $IWI = Cst,rs \times SaO_2 / (f/ Vt)$ ) é um índice preditivo de desmame com boa acurácia. Não deve ser usado isoladamente na tomada de decisões para realizar o teste de respiração espontânea, mas auxilia no processo de desmame dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), qual o valor limite para o índice citado acima?

- a)  $IWI > 25$  ml/cmH<sub>2</sub>O respirações/min./L.
- b)  $IWI > 20$  ml/cmH<sub>2</sub>O respirações/min./L.
- c)  $IWI > 35$  ml/cmH<sub>2</sub>O respirações/min./L.
- d)  $IWI < 25$  ml/cmH<sub>2</sub>O respirações/min./L.
- e)  $IWI < 20$  ml/cmH<sub>2</sub>O respirações/min./L.

**20)** A ventilação mecânica causa efeitos cardiovasculares devido à pressão positiva imposta pelas pressões do ventilador mecânico. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), como a pressão positiva afeta hemodinamicamente o ventrículo esquerdo e o ventrículo direito em relação à pré e à pós-carga?

- a) VE: diminui a pré-carga / diminui a pós-carga  
VD: diminui a pré-carga / aumenta a pós-carga
- b) VE: diminui a pré-carga / aumenta a pós-carga  
VD: diminui a pré-carga / aumenta a pós-carga
- c) VE: aumenta a pré-carga / diminui a pós-carga  
VD: aumenta a pré-carga / aumenta a pós-carga
- d) VE: diminui a pré-carga / diminui a pós-carga  
VD: aumenta a pré-carga / aumenta a pós-carga
- e) VE: diminui a pré-carga / diminui a pós-carga  
VD: diminui a pré-carga / diminui a pós-carga

**21)** Leia o trecho a seguir, para preencher as lacunas corretamente, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013).

O objetivo da ventilação mecânica (VM) no paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é promover o repouso da musculatura respiratória, a melhora dos distúrbios agudos da troca gasosa, a redução da hiperinsuflação pulmonar e a otimização da sincronia paciente-ventilador. Só considerar a VM invasiva quando houver contra-indicação para ventilação não invasiva (VNI) ou quando houver falha no uso da VNI (25% dos casos), além de otimizar o tratamento medicamentoso.

Na intubação orotraqueal, utilizar cânulas com maior diâmetro possível, idealmente maior que \_\_\_\_\_, para reduzir a resistência das vias aéreas e facilitar a remoção das secreções. Utilizar qualquer um dos modos ventilatórios (volume controlado ou pressão controlada) na abordagem inicial da exacerbação da DPOC, desde que haja monitorização adequada e familiaridade da equipe com o mesmo. Ajustar a  $FiO_2$  com base na gasometria arterial e na oximetria de pulso de modo a utilizar-se a menor  $FiO_2$  que mantenha a  $SaO_2$  entre 92 e 95% e  $PaO_2$  entre 65 e 80mmHg. Utilizar volumes correntes baixos, de \_\_\_\_\_ do peso predito. Programar a frequência respiratória inicial entre \_\_\_\_\_ por minuto. O volume-minuto deve ser ajustado para normalizar o pH arterial, e não a  $PaCO_2$ . No modo volume controlado, utilizar fluxos inspiratórios desacelerados de \_\_\_\_\_, com ajuste da relação inspiração:expiração (I:E) em valores < \_\_\_\_\_, permitindo um tempo expiratório prolongado, suficiente para promover a desinsuflação pulmonar e melhorar o aprisionamento aéreo. No modo pressão controlada, ajustar o menor valor de pressão de distensão, visando a atingir um tempo inspiratório suficiente para ocorrer a zeragem do fluxo inspiratório pelo ventilador (tempo de enchimento pulmonar). Deve-se manter uma relação I:E em valores inferiores a \_\_\_\_\_ visando ao tempo expiratório suficiente, com o mínimo de auto-PEEP.

Os termos que preenchem, corretamente, as lacunas são

- a) 8mm / 6mL/kg / 8 e 15 / 40 a 70L/min / 1:3 / 1:3
- b) 8mm / 6mL/kg / 8 e 12 / 40 a 60L/min / 1:3 / 1:3
- c) 7mm / 8mL/kg / 8 e 12 / 40 a 50L/min / 1:3 / 1:3
- d) 8,5mm / 7mL/kg / 8 e 12 / 40 a 60L/min / 1:3 / 1:3
- e) 8mm / 6mL/kg / 8 e 16 / 50 a 60L/min / 1:3 / 1:3

**22)** A mobilização precoce do paciente internado em UTI é fundamental, pois é viável, segura e resulta em benefícios funcionais significantes. A estimulação elétrica neuromuscular e o uso do cicloergômetro podem ser considerados como complemento do programa de mobilização precoce. O treinamento de transferência de sedestação para ortostase pode ser incluído no plano terapêutico e preceder à deambulação, considerando a correlação com a limitação funcional, conforme consenso obtido junto à equipe multiprofissional. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), a mobilização precoce do paciente em ventilação mecânica invasiva e não invasiva deve ser iniciada em menos de

- a) 48 horas do início da VM
- b) 12 horas do início da VM
- c) 36 horas do início da VM
- d) 72 horas do início da VM
- e) 24 horas do início da VM

**23)** A posição prona é uma manobra utilizada para combater a hipoxemia nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SRDA). Deve ser evitada na SRDA leve de forma rotineira. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), em que pacientes deve ser utilizada a posição prona?

- a) Nos casos de SDRA com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ , com  $< 48$  horas do diagnóstico de SDRA.
- b) Nos casos de SDRA com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ , com  $< 24$  horas do diagnóstico de SDRA.
- c) Nos casos de SDRA com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ , com  $< 48$  horas do diagnóstico de SDRA.
- d) Nos casos de SDRA com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ , com  $< 24$  horas do diagnóstico de SDRA.
- e) Nos casos de SDRA com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ , com  $< 36$  horas do diagnóstico de SDRA.

**24)** Leia o trecho a seguir para completá-lo corretamente, de acordo com Scanlan.

Na respiração de Cheyne-Stokes, a frequência respiratória e o volume corrente aumentam gradualmente e, em seguida, diminuem gradualmente até a apneia completa, a qual pode durar vários segundos. A respiração de \_\_\_\_\_ é similar a Cheyne-Stokes, exceto pelo fato de que os volumes correntes possuem uma extensão idêntica. Ela ocorre em pacientes com hipertensão intracraniana, mas os mecanismos desse padrão não estão claros. O termo que completa a lacuna é

- a) Biot
- b) Kussmaul
- c) Apnêustica
- d) Neurogênica central
- e) Hiperventilação

**25)** Leia o trecho a seguir para completar, corretamente, as lacunas de acordo com Machado.

A insuficiência respiratória aguda é um dos problemas mais frequentes e de maior gravidade em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Necessita de diagnóstico rápido e preciso e apresenta altas taxas de mortalidade. O tratamento para a insuficiência respiratória é de suporte até que se resolva a causa subjacente. Baseia-se em \_\_\_\_\_ para a correção da hipoxemia, e \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ para a correção da hipercapnia e hipoxemia refratária à administração de altas frações de oxigênio.

Os termos que completam **CORRETAMENTE** as lacunas são

- a) oxigenioterapia / ventilação mecânica invasiva / EPAP.
- b) ELTGOL / ventilação mecânica não invasiva / cateter alto fluxo.
- c) oxigenioterapia / ventilação mecânica não invasiva / TGI.
- d) Flutter / ventilação mecânica não invasiva / cateter de alto fluxo.
- e) oxigenioterapia / ventilação mecânica não invasiva / invasiva.

**26)** O teste de permeabilidade de vias aéreas (*cuff leak test*) foi proposto como ferramenta simples para a detecção de edema de laringe em pacientes com tubo orotraqueal, mostrando ser bom indicador para o desmame (extubação) desses pacientes. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), ao realizar esse teste, espera-se que o volume corrente (VC) expirado com o balonete desinsuflado seja:

- a) < 80% do VC inspirado
- b) < 10% do VC inspirado
- c) < 90% do VC inspirado
- d) < 30% do VC inspirado
- e) < 50% do VC inspirado

**27)** Paciente sexo feminino, 42 anos, em coma diabético, levada à emergência, em insuficiência respiratória aguda. Apresenta a seguinte gasometria arterial: pH= 7,22, pCO<sub>2</sub>= 20 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>= 8mEq/L, BE= -16 mEq/L, PaO<sub>2</sub>= 50 mmHg, em ar ambiente. De acordo com Scanlan, qual o distúrbio apresentado na gasometria acima?

- a) Acidose Metabólica Parcialmente Compensada
- b) Acidose Metabólica Compensada
- c) Alcalose Metabólica
- d) Acidose Respiratória Parcialmente Compensada
- e) Acidose Respiratória Compensada

**28)** As manobras de expansão pulmonar são consideradas fundamentais na prevenção de complicações, tais como, atelectasias e pneumonias. O emprego desta manobra reduz o risco de complicações pulmonares. Todos os tipos de terapia de expansão pulmonar aumentam o volume pulmonar através do aumento do gradiente de pressão transpulmonar. De acordo com Scanlan, a espirometria de incentivo e o CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas) atuam nas seguintes pressões, respectivamente,

- a) diminui a pressão pleural; diminui a pressão alveolar.
- b) diminui a pressão alveolar; aumenta a pressão alveolar.
- c) aumenta a pressão pleural; aumenta a pressão alveolar.
- d) diminui a pressão pleural; aumenta a pressão alveolar.
- e) diminui a pressão pleural; aumenta a pressão pleural.

**29)** De acordo com Aires, tanto a ventilação quanto a perfusão pulmonares são maiores da base pulmonar e decrescem em direção ao ápice. Contudo, a perfusão varia mais do que a ventilação. Por esse motivo, podemos afirmar que a relação ventilação-perfusão é

- a) maior no ápice pulmonar.
- b) maior na base pulmonar.
- c) menor no ápice pulmonar.
- d) igual na base e no ápice pulmonar.
- e) invariável do ápice para a base.

**30)** A avaliação da força muscular respiratória (Pimáx e Pemáx) pode ser realizada pelo manovacuômetro, mas a avaliação da resistência desses músculos pode ser realizada, apenas, com a observação clínica. De acordo com Sarmiento, os sinais de sobrecarga muscular são

- a) hipertensão, rebaixamento do nível de consciência, hipoxemia.
- b) sonolência, rubor, sudorese, bradicardia, hipotensão.
- c) torpor, bradipneia, bradicardia, hipotensão.
- d) uso de musculatura acessória, respirações paradoxais, taquicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese e agitação psicomotora.
- e) uso de musculatura acessória, bradicardia, hipotensão.

**31)** Analise as afirmações sobre a Técnica de Energia Muscular:

- I. As técnicas de energia muscular exigem participação ativa do paciente.
- II. O objetivo desta técnica é tratar as disfunções somáticas por meio da recuperação dos músculos localizados ao redor da articulação, até que atinjam o estado neurofisiológico normal.
- III. Esta abordagem inclui movimentos passivos gerais em qualquer amplitude articular, até movimentos articulares acessórios (artrocinemática).

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

- a) II, apenas.
- b) I e III, apenas.
- c) I e II, apenas.
- d) II e III, apenas.
- e) I, II e III.

**32)** Segundo Sizinio, a definição sobre cisto poplíteo ou de Baker é a seguinte:

- a) Formação cística na região antero-medial do joelho, devido a uma hipertrofia da bolsa do músculo semimembranoso e aparece entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso.
- b) Formação cística na região pósteromedial do joelho, devido a uma hipertrofia da bolsa do músculo semimembranoso e aparece entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso.
- c) Formação cística na região pósteromedial do joelho, devido a uma hipertrofia da bolsa do músculo semitendinoso e aparece entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semitendinoso.
- d) Formação cística na região antero-medial do joelho, devido a uma hipertrofia da bolsa do músculo semitendinoso e aparece entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semitendinoso.
- e) Formação cística na região pósteromedial do joelho, devido a uma hipertrofia da bolsa do músculo semimembranoso e aparece entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semitendinoso.

**33)** Analise as afirmações sobre síndrome compartimental:

- I. Esta síndrome se desenvolve quando há redução da pressão do espaço compartimental, de modo a comprometer a perfusão tissular e colocar em risco a viabilidade de estruturas como músculos, tendões, vasos e nervos.
- II. A seqüela clássica da síndrome compartimental é a contratatura isquêmica de Volkman a qual resulta na perda completa da musculatura afetada.
- III. Pode ser causada por causas internas (edema e hemorragia) ou compressão extrínseca (enfaixamento e aparelho gessado).
- IV. O quadro clínico desta síndrome pode ser constituído dos seguintes elementos: dor intensa espontânea e piora com estiramento passivo da extremidade, parestesia, paresia e coloração escurecida da pele na região distal.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

**34)** O paciente chega ao ambulatório de fisioterapia ortopédica com sintomas de neuropatia do nervo ulnar. Segundo Dutton, o fisioterapeuta, para avaliar a tensão do respectivo nervo, deve adotar a seguinte posição:

- a) Paciente em posição supina. O fisioterapeuta deprime, abduz e roda internamente o ombro, prona o antebraço, estende o cotovelo e flexiona o punho e o polegar. Os sensibilizadores desse teste são as flexões laterais da cabeça e do pescoço, aproximando-se ou afastando-se do lado afetado.
- b) Paciente em posição supina. O fisioterapeuta coloca uma das mãos no topo do ombro do paciente e faz pressão sobre ele. Depois, roda a articulação glenoumeral externamente, flexionando a sua cabeça na direção oposta ao lado testado.
- c) Paciente em posição supina. O fisioterapeuta, permanecendo de frente, segura seu braço em cerca de 80° de flexão de cotovelo. O ombro deve ser colocado em rotação externa, com cerca de 10° de abdução. O fisioterapeuta aplica depressão do ombro, seguido de extensão glenoumeral.
- d) Paciente em posição supina. O fisioterapeuta coloca a mão no topo do ombro do paciente, cujo braço permanece em rotação interna e protração do ombro. Em seguida, movimentando o braço em adução horizontal. O paciente inclina a cabeça afastando-a do lado afetado.
- e) Paciente em posição supina. O fisioterapeuta estende o punho, supina o antebraço, flexiona totalmente o cotovelo, deprime e abduz o ombro. Os sensibilizadores desse teste são as flexões laterais da cabeça e pescoço, aproximando-se ou afastando-se do lado afetado.

**35)** A síndrome do desfiladeiro torácico é caracterizada por sintomas atribuíveis à compressão de estruturas neurais e anatômicas que passam pelo desfiladeiro. São consideradas fontes potenciais de compressão desta estrutura, **EXCETO**:

- a) Bíceps braquial.
- b) Peitoral menor.
- c) Escaleno anterior.
- d) Primeira costela.
- e) Costela cervical.

**36)** Os músculos inervados pelo nervo tibial são os seguintes:

- a) Tibial posterior e tibial anterior.
- b) Fibular longo e fibular curto.
- c) Tibial posterior e fibular curto.
- d) Gastrocnêmio e sóleo.
- e) Triceps sural e tibial anterior.

**37)** Paciente sexo masculino, 55 anos, chega ao ambulatório de ortopedia apresentando contratura na fáscia palmar em ambas as mãos. Além disso, ao exame físico, observa-se deformidade fixa em flexão das articulações metacarpofalangeanas e interfalangeana proximal, mais proeminente no dedo anular e mínimo. Sobre o quadro clínico acima, a deformidade apresentada se refere à (ao)

- a) Contratura Isquêmica de Volkman.
- b) Contratura de Dupuytren.
- c) Punho Caído.
- d) Mão de bispo.
- e) Pescoço de Cisne.

**38)** O prontuário de um paciente sexo masculino, 52 anos de idade, apresenta a seguinte descrição: dor, dormência e disestesia no aspecto ântero-lateral da coxa (em formato de raquete), mais acentuado ao andar ou permanecer de pé, referindo piora dos sintomas em uso de roupas apertadas. Não apresenta alteração motora. Neste caso, o provável diagnóstico é

- a) Síndrome do piriforme.
- b) Tendinopatia de psoas.
- c) Bursite trocantérica.
- d) Meralgia parestésica.
- e) Osteoartrite de quadril.

**39)** Paciente sexo masculino, 33 anos, chega ao ambulatório de fisioterapia com queixa de lombociatalgia de caráter intermitente que piora ao flexionar o tronco, referindo dormência no trajeto de L4 e L5. Ao exame físico, o fisioterapeuta realiza o teste de elevação da perna estendida, também conhecido como Lasegue que objetiva testar a (o)

- a) mobilidade segmentar da coluna tóraco-lombar.
- b) comprimento muscular do tríceps sural.
- c) vascularização da coluna lombar.
- d) estresse da articulação sacroiliaca.
- e) mobilidade neurodinâmica.

**40)** São possíveis estruturas palpáveis na região medial do joelho

- a) Tendão do tensor da fáscia lata e tubérculo de Gerdy.
- b) Tendão do bíceps femoral e epicôndilo lateral.
- c) Epicôndilo medial e tubérculo do adutor.
- d) Epicôndilo medial e tendão do bíceps femoral.
- e) Cabeça da fíbula e sartório.

**41)** Após a lesão cerebral, pode ocorrer regeneração no Sistema Nervoso Central. Sobre esta regeneração e as respectivas implicações para a fisioterapia, analise as sentenças abaixo, de acordo com Shepherd, classificando-as em verdadeiras (**V**) ou falsas (**F**), e marque a sequência correta:

- ( ) A intervenção fisioterapêutica é necessária para evitar a morte neuronal secundária, controlar e orientar o brotamento de ramos regenerativos e ajudar os axônios a atingirem os alvos com êxito.
- ( ) Os fisioterapeutas devem aguardar a recuperação, iniciando então o treinamento pelas atividades relacionadas ao trabalho e à recreação.
- ( ) O enriquecimento ambiental não demonstra suficiente evidência de eficácia na recuperação após lesão cerebral.
- ( ) Os fisioterapeutas precisam proporcionar rapidamente o treinamento específico, ou seja, de atividades necessárias ao paciente, às quais ele queira se engajar.

A sequência **CORRETA** é

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

**42)** Perda de memória, alterações de comportamento e demência são encontrados em indivíduos de qualquer idade, mas são encontrados mais comumente em idosos. Sobre estes transtornos, assinale a alternativa **CORRETA**, de acordo com Rowland:

- a) A demência pode estar associada a infecções, transtornos metabólicos, tumores ou com o uso de drogas.
- b) Na demência as funções executivas superiores, memória, orientação, percepção visuoespacial e linguagem estão alteradas.
- c) A Doença de Lewy é a mais frequente forma de demência, sendo responsável por 50% do número total de pacientes.
- d) O delirium se deve mais comumente a uma doença degenerativa cerebral, mas acidentes vasculares cerebrais e infecções também podem ser causas dessa condição.
- e) O delirium se caracteriza por alterações na abstração, na práxis construcional, na capacidade de aprendizado e por flutuações no nível de consciência.

**43)** A pessoa com distúrbio motor decorrente de lesão cerebral precisa reaprender a executar as ações diárias da maneira mais eficiente possível. As afirmações abaixo são, segundo Shepherd, conhecimentos importantes para a elaboração do programa de reabilitação de um paciente que sofreu um acidente vascular encefálico, **EXCETO**:

- a) O treinamento da função do membro superior, restringindo o membro não afetado e forçando o uso do membro hemiparético é uma técnica válida.
- b) O exercício intensivo do membro superior leva à melhora na recuperação das funções do braço.
- c) A redução do gasto de energia e das exigências cardiovasculares na realização das tarefas ocorre após treinamento aeróbico na esteira.
- d) O paciente, durante o treino, deve focalizar a atenção em um músculo individual, observando a inserção muscular.
- e) A imobilização em posição fisiológica e o alongamento podem ser usados para aumentar o ângulo de flexão dorsal passiva do tornozelo.

**44)** Na fisioterapia neurofuncional, segundo Carr e Shepherd, conceitos dualísticos de sistema sensorial e sistema motor devem ser abandonados em favor do conceito de sistema de ação. É **INCORRETO** afirmar sobre a utilização do sistema sensorial na reabilitação que

- a) a movimentação passiva do paciente pelo terapeuta dá à pessoa informações cinestésicas sobre o movimento.
- b) na prática de ações que envolvem a interação com objetos e com o ambiente, o paciente exercita a resposta motora, a acuidade sensorial e a função cognitiva.
- c) a prática da percepção sensorial é uma ação necessária e efetiva.
- d) a utilização de informações verbais para o paciente conhecer os resultados de seus movimentos contribui para a recuperação da habilidade.
- e) a estimulação sensorial localizada leva à melhora no desempenho motor funcional.

**45)** Distúrbios metabólicos, lesões centrais e periféricas vestibulares podem causar sintomas diversos. De acordo com Rowland, o sintoma em que os objetos parecem estar se movendo para cima e para baixo enquanto o paciente está caminhando é denominado

- a) Tonteira.
- b) Atordoamento.
- c) Oscilopsia.
- d) Desequilíbrio.
- e) Vertigem.

**46)** Carr e Shepherd analisaram criticamente as hipóteses comuns que fundamentavam as abordagens neuroterapêuticas, sendo o conjunto chamado 'modelo da facilitação'. Qual das assertivas abaixo não faz parte deste modelo?

- a) Os movimentos de habilidade seriam considerados programas motores e deveriam levar em conta as mudanças no ambiente que ocorrem de maneira muito rápida.
- b) Poderíamos alterar os padrões motores dos pacientes aplicando padrões específicos de estimulação sensorial, especialmente por vias aferentes proprioceptivas.
- c) O sistema nervoso central seria hierarquicamente organizado, com centros superiores comandando centros inferiores, os quais, por sua vez, controlariam os comportamentos mais automáticos e primitivos.
- d) A recuperação da lesão cerebral seguiria uma sequência previsível que imitaria a aquisição do movimento normal durante a infância.
- e) Todo fenômeno motor associado à lesão cerebral teria base neurofisiológica.

**47)** Num acidente vascular cerebral, a gravidade da síndrome clínica, ao início, se correlaciona com a evolução funcional final, o que demonstra a importância do exame neurológico. De acordo com Rowland, os sintomas iniciais de acidente vascular cerebral são:

- a) assimetria de reflexos tendinosos, mioquimia e hipotonia.
- b) fasciculações, afasia, hemianopsia e hipertonia.
- c) nervos espessados, afasia e alteração da atividade mental.
- d) hemiparesia, mioquimia, afasia e heminegligência.
- e) desvio do olhar, hemiparesia e alteração da atividade mental.

**48)** Os tumores raquianos podem ser divididos por localização em intramedulares ou extramedulares. De acordo com Rowland, os sintomas dos tumores extramedulares são os seguintes:

- a) Envolvem, habitualmente, um segmento da medula espinhal e causam sinais difusos pela compressão das raízes nervosas.
- b) Podem acabar por afetar a medula espinhal, com perda completa da função acima do nível da lesão.
- c) Os primeiros sintomas são fraqueza espástica no nível da lesão radicular, adelgaçamento e atrofia de músculos.
- d) Podem causar síndrome de Brown-Sequard, ou seja, sinais contralaterais de disfunção da coluna posterior, do trato piramidal e da sensação de dor.
- e) No curso da doença, ocorre perda da sensibilidade, fraqueza e adelgaçamento muscular na distribuição das raízes nervosas afetadas.

**49)** Os neurônios não são capazes de transmitir ondas sonoras ou luz. São, portanto, necessárias estruturas especializadas na transformação destas formas de energia em sinais neurais, por meio da codificação das informações em uma linguagem comum ao sistema nervoso. Esta tarefa é cumprida pelos

- a) Receptores sensoriais.
- b) Impulsos nervosos.
- c) Potenciais de ação.
- d) Canais de cálcio.
- e) Nervos.

**50)** A medula espinhal contém os elementos mínimos necessários para a execução de tarefas motoras simples, como os reflexos. Segundo Rowland, o arco reflexo mais simples possível é o chamado

- a) Extensor.
- b) Extensor cruzado.
- c) De retirada.
- d) Miotático.
- e) Cutâneo.