

Concurso UERJ 2022 - Técnico Universitário Superior (Área da Saúde)

FISIOTERAPEUTA (901)

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **60** questões, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **3 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 1 hora** do início da prova

INSTRUÇÕES DA PROVA OBJETIVA

- 1) Na mesa, são permitidos apenas este caderno, o cartão-resposta e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMP A**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, entregue este caderno e o cartão-resposta ao fiscal de sala.
- 3) Os três últimos candidatos somente poderão deixar a sala, juntos, quando último entregar a prova. Os três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. A bolinha deve estar completamente preenchida, caso contrário sua resposta poderá não ser computada. Somente as respostas nele assinaladas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, o candidato **NÃO** poderá anotar seu gabarito em nenhum outro local que não seja seu cartão-resposta.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Verifique, somente após autorização do início da prova, a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha ou parte dela.

Atenção: Por motivo de segurança, este caderno **NÃO** poderá ser levado pelo candidato em nenhum momento.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto I

Humanização

- 1 A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma
aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e
corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades
autônomas e protagonistas e é política porque está associada à organização social e institucional das
5 práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional
de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e
interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço
e à qualificação do Sistema Nacional de Saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário,
10 bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a
capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a
atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e
protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os
15 princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o
Governo Federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização, é
fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como
protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a
integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Fonte: Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao> - adaptado

De acordo com o Texto I, responda às questões de números 1 a 5.

- 1) O conceito de ética, no campo da saúde, está relacionado ao comprometimento e à
corresponsabilidade porque:
- a) envolve comportamentos humanos
 - b) mostra a importância dos indivíduos
 - c) sinaliza o valor da disciplina humana
 - d) discute a fragilidade dos seres humanos

- 2)** O objetivo da criação da Política Nacional de Humanização, em 2003, pelo Ministério da Saúde, foi:
- a) substituir a proposta de política de gestão por atendimento humanizado, com o propósito de fazer o SUS dirimir suas responsabilidades
 - b) rever a política de modelos anteriores já fracassados, de modo a substituí-los e torná-los mais eficazes, a partir de uma gestão para o SUS menos política e mais socializada
 - c) promover uma política de humanização descentralizadora, na qual o aspecto político seja focado na prática de custos de gestão, enquanto a coletividade opera com saldo de atenção
 - d) cruzar a ideia da humanização com os modelos já existentes de políticas públicas de saúde, a fim de aprimorar o SUS, em termos de gestão, e de melhorar o tratamento com os pacientes
- 3)** “... e a equidade das ofertas em saúde...” (ℓ.19). A palavra sublinhada pode ser substituída, sem prejuízo de sentido, por:
- a) igualdade
 - b) pluralidade
 - c) parcialidade
 - d) intencionalidade
- 4)** O texto tem predominantemente a função informativa. Dessa forma, o elemento valorizado no texto é:
- a) mensagem
 - b) emissor
 - c) assunto
 - d) contato
- 5)** “Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS.” (ℓ.6-8). O pronome sublinhado, no contexto, refere-se a:
- a) “subjetividades autônomas”
 - b) “demais políticas de saúde”
 - c) “práticas de atenção e gestão”
 - d) “Política Nacional de Humanização”

LEGISLAÇÃO

- 6)** Conforme definição extraída diretamente da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, considera-se:
- a) autarquia - o serviço autônomo criado por lei, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada
 - b) empresa pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam, em sua maioria, ao Estado ou a entidade da administração indireta
 - c) sociedade de economia mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado com patrimônio próprio e capital público majoritariamente do Estado, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito
 - d) fundação pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos do Estado e de outras fontes
- 7)** Os prontuários médicos são documentos que contêm dados relativos ao paciente, como identificação, histórico familiar, anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos e prescrições. Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais, assim considerada toda operação realizada com dados pessoais, pode ser realizado para:
- a) o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas, pela administração pública, independentemente de previsão legal ou respaldo em contratos, convênios ou instrumentos congêneres
 - b) a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, quando necessário, a pedido de qualquer das partes
 - c) a realização de estudos por qualquer órgão governamental, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais
 - d) o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

8) A Constituição da República Federativa do Brasil determina que a Administração Pública obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, e estabelece que:

- a) a proibição de acumulação remunerada não alcança empregos e funções nem abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público
- b) os cargos, os empregos e as funções públicas são acessíveis apenas aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, não sendo permitida a investidura de estrangeiros de qualquer nacionalidade
- c) é admitida a acumulação remunerada de cargos públicos, se houver compatibilidade de horários, de 2 cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas
- d) as funções de confiança são exercidas exclusivamente por servidores não concursados, eis que se destinam apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento

9) Acerca dos direitos e deveres dos servidores públicos estaduais, o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro (Decreto-Lei nº 220/75) estabelece que será concedida licença:

- a) com vencimentos, para desempenho de mandato eletivo
- b) sem vencimentos, para trato de interesses particulares
- c) para tratamento de saúde, com vencimento e vantagens, pelo prazo máximo de 36 meses
- d) por motivo de doença em pessoa da família, com vencimento e vantagens integrais nos primeiros 6 meses e com dois terços por outros 12 meses, no máximo

10) Nos termos da Lei nº 8.429/92, que trata das sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa, recentemente alterada pela Lei nº 14.230/2021, é correto afirmar que:

- a) as disposições dessa lei são aplicáveis, no que couber, àquele que, mesmo não sendo agente público, induza ou concorra dolosamente para a prática do ato de improbidade
- b) o sucessor ou o herdeiro daquele que causar dano ao erário ou que se enriquecer ilicitamente está desonerado da obrigação de repará-lo, ainda que haja herança ou patrimônio transferido
- c) o mero exercício da função ou desempenho de competências públicas atrai a responsabilidade por ato de improbidade administrativa, independentemente da comprovação de ato doloso com fim ilícito
- d) configura improbidade a ação ou omissão decorrente de divergência interpretativa da lei, baseada em jurisprudência, ainda que não pacificada, mesmo que não venha a ser posteriormente prevalecte nas decisões dos órgãos de controle ou dos tribunais do Poder Judiciário

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

11) As diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS foram definidas pela portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde. A estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes, sobre os quais é correto afirmar que o(s):

- a) sistema logístico é o responsável pelo sistema gerencial e de financiamento
- b) centro de comunicação é responsável pela coordenação do cuidado e dos fluxos do sistema
- c) sistema de governança é responsável pelas tecnologias de informações e pela rede diagnóstica
- d) pontos de atenção especializadas são responsáveis pela assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação

12) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), publicada pela portaria nº 1.823/2012, tem por objetivo:

- a) incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde
- b) ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação horizontal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todas as instâncias da rede de atenção
- c) substituir a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), fortalecendo as ações de vigilância em saúde no nível das atenções secundária e terciária
- d) assegurar que todos os trabalhadores tenham acesso a planos de saúde, promovendo a qualidade de atenção não prevista no SUS

13) A lei nº 8.080/1990 instituiu o SUS. Sua construção baseou-se em um conjunto de princípios organizacionais e doutrinários, entre os quais constam, respectivamente:

- a) regionalização / descentralização
- b) resolubilidade / hierarquização
- c) integralidade / universalidade
- d) participação social / equidade

14) “O modelo surge da necessidade de inversão do modelo assistencial hegemônico com ênfase na redefinição das práticas de saúde e na busca da efetivação da diretriz da integralidade no SUS (...). Trata-se de um modo tecnológico de intervenção que contempla problemas, necessidades e determinantes em saúde” (ROUQUAYROL, 2017). Essa citação refere-se ao modelo tecnoassistencial em saúde denominado:

- a) sanitarista
- b) liberal-privatista
- c) vigilância da saúde
- d) sistemas locais de saúde

15) “As Normas Operacionais Básicas (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para normatizar e operacionalizar relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da saúde nº 8.080 e 8.142, de 1990” (PAIM, 2019). A NOB 01/1996 estabelece o(a):

- a) criação dos ambulatórios de especialidades nos níveis secundário e terciário
- b) processo de descentralização da gestão de ações e serviços de saúde
- c) implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável
- d) processo de centralização da vigilância sanitária

16) Após a promulgação da Constituição da República Federativa de 1988, os diversos governos que dirigiram o Brasil implementaram medidas que possibilitaram a estruturação do SUS nos últimos 30 anos (período entre 1988 e 2018). Em relação às medidas governamentais adotadas no período de 1996 a 2000, destacam-se:

- a) criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Saúde da Família
- b) implementação do tratamento gratuito para HIV/AIDS e criação da Agência de Saúde Suplementar
- c) criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- d) aprovação da Emenda Constitucional 95 e implementação da Reforma Psiquiátrica, instalando a rede de Centros de Atenção Psicossociais

17) A determinação dos percentuais orçamentários mínimos, que devem ser aplicados nos serviços públicos de saúde, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, foi estabelecida pela:

- a) ampliação do Programa Saúde da Família
- b) criação do Pacto pela Gestão do SUS
- c) Emenda Constitucional 95
- d) Emenda Constitucional 29

18) O Pacto pela Saúde foi instituído pelas portarias nº 399/2006 e 699/2006 frente aos desafios e dificuldades encontradas durante a vigência das NOB e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O Pacto pela Saúde propõe integração das políticas de saúde e é composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão do SUS estabelece:

- a) prioridades sanitárias pactuadas a partir da análise da situação de saúde da população
- b) responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS de forma inequívoca
- c) maior autonomia para o Ministério da Saúde na gestão dos processos no SUS
- d) articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania

19) A lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação e o controle social no SUS, que são consequências diretas do processo histórico de pensar e construir o SUS, tendo como elementos fundamentais e estruturantes o direito à saúde e à democracia. Em relação aos Conselhos de Saúde, é correto afirmar que:

- a) são convocados pelo gestor para debater temas gerais e específicos da política de saúde, conforme a necessidade da população
- b) é necessário ter formação técnica prévia e realizar cursos ofertados pelo Ministério da Saúde para participar como membro
- c) uma de suas atribuições condiz com a formulação de estratégias e com o controle da execução das políticas de saúde
- d) são órgãos colegiados permanentes e deliberativos constituídos por representatividade de 25% dos usuários

20) As Regiões de Saúde são definidas como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto nº 7.508/2011, Art 2º). Sobre as Regiões de Saúde, é correto afirmar que:

- a) são referências para as transferências de recursos entre os entes federativos
- b) são instituídas pela definição de um cronograma previamente estabelecido pelos Conselhos de Saúde
- c) devem conter, no mínimo, serviços de atenção primária à saúde e de vigilância em saúde para serem instituídas
- d) devem respeitar as normas nacionais, garantindo a soberania, quando situadas em áreas de fronteiras com outros países

FISIOTERAPEUTA

21) O teste de apneia para determinação de morte encefálica consiste em desconectar o paciente do ventilador mecânico, após pré-oxigenação, manter oferta de oxigênio via cateter endotraqueal e observar o movimento ventilatório, a despeito do aumento significativo da pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO_2). O racional desse teste é explicado fisiologicamente, porque a resposta ventilatória:

- a) ocorre frente às variações de CO_2 pelo estímulo aos quimiorreceptores centrais e periféricos, que é menos pronunciado quando os níveis de O_2 são mantidos altos
- b) ocorre somente frente às variações de CO_2 , de forma que o aumento da PaCO_2 gera aumento da ventilação por estimulação dos quimiorreceptores centrais e periféricos
- c) às variações de O_2 e CO_2 é igualmente sensível pelo estímulo dos quimiorreceptores periféricos, porém escolhe-se variar a PaCO_2 para o teste, a fim de preservar os órgãos que podem ser doados
- d) às variações de CO_2 é mais sensivelmente notável, principalmente pelo estímulo dos quimiorreceptores centrais, quando o aumento da PaCO_2 eleva a concentração de íons H^+ no líquido

22) O telencéfalo representa a parte superior do encéfalo humano, que é constituída por dois grandes hemisférios, separados por uma fissura longitudinal. Em cada hemisfério há os lobos cerebrais, que são diferentes regiões associadas a atividades distintas. Algumas áreas anatomofuncionais presentes nos lobos frontal, parietal e temporal, respectivamente, são

- a) motoras primária, suplementar, pré-motora e de Broca (ambos os hemisférios) / córtices auditivos primário e associativo / córtices sensoriais primário e área de Wernicke (ambos os hemisférios)
- b) motoras primária, suplementar, pré-motora e de Broca (hemisfério dominante) / córtices sensoriais primário e associativo / córtices auditivos primário e área de Wernicke (hemisfério dominante)
- c) motoras primária, suplementar, pré-motora e de Wernicke (ambos os hemisférios) / córtices auditivos primário e área de Broca (hemisfério dominante) / córtices sensoriais primário e associativo
- d) motoras primária, suplementar, pré-motora e de Wernicke (hemisfério dominante) / córtices sensoriais primário e associativo / córtices auditivos primário e área de Broca (hemisfério dominante)

23) A melhora da função endotelial é um dos efeitos benéficos que o treinamento físico aeróbio promove no sistema cardiovascular. O efeito agudo do exercício moderado na função endotelial promove aumento na vasodilatação dependente do endotélio. Os mecanismos envolvidos no efeito fisiológico do treinamento físico aeróbio sobre a função endotelial são:

- a) aumento da produção e da remoção de óxido nítrico e aumento do estresse oxidativo
- b) redução da biodisponibilidade de óxido nítrico e maior expressão da enzima de óxido nítrico
- c) aumento da síntese e do número de células progenitoras endoteliais e redução da remoção de óxido nítrico
- d) aumento do número de células progenitoras endoteliais, redução da biodisponibilidade de óxido nítrico e sua inativação por espécies reativas de oxigênio

24) A principal etiologia do choque cardiogênico (CC) está associada à morte de cardiomiócitos, decorrente do infarto agudo do miocárdio (IAM). Considerando um quadro clínico de CC por falência do ventrículo esquerdo, decorrente do IAM, é comum verificar pressão arterial:

- a) sistólica < 100mmHg
- b) sistólica < 80mmHg
- c) média < 80mmHg
- d) média < 40mmHg

25) Uma das respostas observadas durante o exercício físico é a rápida elevação do retorno venoso que, em indivíduos saudáveis, contribui para elevar o débito cardíaco. Contudo, para indivíduos com estenose aórtica, o exercício deve ser prescrito com cautela, pois, mesmo quando assintomáticos em repouso, ao realizar exercícios mais intensos, esses indivíduos podem apresentar insuficiência ventricular:

- a) direita, com sinais de baixo débito
- b) esquerda, com sinais de alto débito
- c) direita aguda, seguida de edema agudo de pulmão
- d) esquerda aguda, seguida de edema agudo de pulmão

26) Um paciente é internado com história de infarto cerebral agudo há 48 horas, em distribuição da artéria cerebral média, evidenciado em tomografia computadorizada não contrastada, pela hipodensidade em córtex medial dos lobos frontal e parietal esquerdos. O tipo de infarto cerebral e a manifestação clínica sugeridos nesse quadro, respectivamente, são:

- a) isquêmico / hemiplegia braquiocrural à direita, acompanhada de arreflexia, flacidez, sensibilidades superficial e profunda abolidas e afasia de Broca
- b) isquêmico / hemiplegia braquiocrural à esquerda, acompanhada de arreflexia, flacidez, sensibilidades superficial e profunda abolidas e afasia de Wernicke
- c) hemorrágico / hemiplegia braquiocrural à direita, acompanhada de hiperreflexia, hipertonia, clônus, sensibilidades superficial e profunda abolidas e afasia de Broca
- d) hemorrágico / hemiplegia braquiocrural à direita, acompanhada de hiperreflexia, hipertonia, clônus, sensibilidades superficial e profunda abolidas e afasia de Wernicke

27) As desordens neuromusculares são frequentemente encontradas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e reconhecidas como a principal causa de fraqueza generalizada e dependência de ventilação mecânica. A polineuropatia do paciente crítico acomete pacientes por diversas causas e a maioria deles apresenta deficiências persistentes. Diante de critérios uniformes de diagnóstico, sugerem-se o estudo eletrofisiológico e a avaliação à beira-do-leito. As características clínicas comumente observadas nesses quadros contemplam apresentação clínica aguda, de natureza:

- a) desmielinizante, preponderantemente simétrica, de predomínio proximal, caracterizada por diminuição ou abolição das sensibilidades e reflexos profundos
- b) axonal, preponderantemente motora, assimétrica, de predomínio proximal, caracterizada por diminuição da força muscular e exacerbação do tônus e reflexos profundos
- c) axonal, preponderantemente motora, simétrica, de predomínio distal, caracterizada por diminuição ou abolição da força muscular, do tônus e de reflexos profundos e atrofia muscular
- d) desmielinizante, preponderantemente motora, assimétrica, de predomínio distal, caracterizada por diminuição ou abolição da força muscular, do tônus e de reflexos profundos e atrofia muscular

28) Após um paciente ter sido submetido à cirurgia para ressecção de massa localizada em hemisfério cerebelar direito, torna-se sugestivo que os testes neurológicos específicos para coordenação, bem como os exercícios terapêuticos, verifiquem alterações no(s):

- a) tronco e nos membros superiores e inferiores
- b) membros superior e inferior à esquerda
- c) tronco e no membro superior esquerdo
- d) membros superior e inferior à direita

29) Homem de 47 anos, com baixo-peso, ativo e tabagista, foi admitido no hospital, referindo dor torácica aguda e, posteriormente, encaminhado para avaliação de cirurgia torácica. Após avaliação fisioterapêutica, foi detectada atelectasia pulmonar e indicado o uso do inspirômetro de incentivo. Os principais riscos e complicações da terapêutica adotada para esse paciente são:

- a) hiperóxia e alcalose respiratória
- b) hipoventilação e acidose respiratória
- c) hiperventilação e acidose respiratória
- d) hiperventilação e alcalose respiratória

30) As causas de parada cardiorrespiratória (PCR) em bebês e crianças diferem das em adultos. Portanto, as recomendações para suporte básico de vida pediátrico (SBVP) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em bebês, crianças e adolescentes possuem cadeia de sobrevivência específica para PCR intra-hospitalar pediátrico. Quanto ao SBVP, recomenda-se:

- a) executar a ventilação assistida a cada dois a três segundos, para todos os casos de ressuscitação pediátrica
- b) considerar baixo risco de PCR para crianças com miocardite aguda, acompanhada de arritmias, bloqueio cardíaco, alterações do segmento ST ou baixo débito
- c) contraindicar RCP para bebês e crianças com doença cardíaca congênita ou fisiologia funcional de ventrículo único, que estão em processo de estadiamento para reconstrução cirúrgica
- d) aplicar relação compressão-ventilação de 30:2, na ausência de via aérea avançada, e administrar compressões contínuas e uma ventilação por segundo, em caso de via aérea avançada

31) Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca apresentou síncope durante sessão de reabilitação cardíaca hospitalar e evoluiu com PCR, sendo necessário realizar manobra de RCP. Após reanimação bem-sucedida, foi encaminhado para UTI cardíaca. Com base na cadeia de sobrevivência da American Heart Association (AHA) para PCR intra-hospitalar em adultos, a sequência de atuação no suporte básico de vida é:

- a) acionamento do serviço de emergência, início da manobra de RCP de qualidade (o mais precoce possível), solicitação do desfibrilador e monitorização pós-PCR
- b) reconhecimento e prevenção precoces, acionamento do serviço de emergência, RCP de qualidade, desfibrilação, cuidados pós-PCR e recuperação
- c) acionamento da equipe multiprofissional, início da manobra de RCP com ventilação de resgate, oxigenioterapia e cuidados pós-PCR
- d) reconhecimento precoce da PCR, início da manobra de RCP com ventilação de resgate, oxigenioterapia e desfibrilação

32) A Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia, publicada no ano de 2020, tem como uma de suas metas ajudar na prevenção e redução dos riscos da cardiotoxicidade do tratamento de pacientes oncológicos, sugerindo uma atuação multidisciplinar. Segundo essa diretriz, para atuar na prevenção da cardiotoxicidade em pacientes oncológicos, o fisioterapeuta deve prescrever exercício aeróbico:

- a) leve, 30 minutos por dia e, no mínimo, 5 vezes na semana
- b) leve, 45 minutos por dia e, no mínimo, 3 vezes na semana
- c) moderado, 30 minutos por dia e, no mínimo, 5 vezes na semana
- d) moderado, 45 minutos por dia e, no mínimo, 3 vezes na semana

33) Durante a avaliação fisioterapêutica para planejar a prescrição de exercícios para membros superiores de pacientes diabéticos, em pós-operatório recente de cirurgia de revascularização miocárdica, cujo acesso foi através de esternotomia mediana, deve-se estar atento, prioritariamente, para:

- a) fuga aérea nos drenos pleurais
- b) fraqueza da musculatura peitoral
- c) *click*, estalido ou infecção esternal
- d) início de angina durante o exercício intenso

34) A oximetria de pulso permite monitorização contínua e não invasiva da saturação periférica de oxigênio (SpO₂), fornecendo inferência em tempo real da condição de oxigenação. Adicionalmente, a oximetria de pulso tem sua aplicação na:

- a) interpretação indireta da condição hemodinâmica, pelas curvas
- b) detecção de hipóxia e hiperóxia, por princípio espectrofotométrico
- c) monitorização de hipoxemia em toda faixa de valores de saturação
- d) substituição da gasometria arterial pela boa acurácia em toda faixa de valores de saturação

35) De acordo com a American Spinal Injury Association (ASIA), um paciente diagnosticado com metástase vertebral que, ao exame físico, apresente função sensitiva, porém não motora, abaixo do nível neurológico até os últimos níveis sacrais, terá a lesão medular classificada como:

- a) completa – ASIA A
- b) completa – ASIA B
- c) incompleta – ASIA A
- d) incompleta – ASIA B

36) Uma das principais metas para um paciente cardiopata grave internado em UTI cardiológica é a manutenção de aporte adequado de oxigênio aos tecidos, o que exige vigilância contínua de sinais vitais, parâmetros hemodinâmicos e perfusão tecidual. Para a monitorização hemodinâmica desse paciente, devem ser utilizados:

- a) índice cardíaco, pressão arterial média invasiva/não invasiva e pressão venosa central
- b) ausculta cardíaca e pulmonar, com achado de 3^a e/ou 4^a bulhas e de estertores pulmonares
- c) fragilidade capilar, balanço hídrico, perfusão capilar periférica e pressão arterial média invasiva
- d) frequência cardíaca, pressão arterial média invasiva, saturação periférica de oxigênio e índice cardíaco

37) Condições neuropatológicas podem causar exacerbação ou diminuição do tônus muscular, em concordância com o diagnóstico topográfico. Algumas manobras podem ser úteis para avaliação do tônus anormal, destacando-se a hipertonía elástica, cuja indução clínica mais assertiva para sua avaliação é a:

- a) inspeção do segmento acometido
- b) palpação do segmento acometido
- c) mobilização passiva executada lentamente
- d) mobilização passiva executada rapidamente

38) A avaliação dos reflexos é parte essencial da semiologia neurológica, possibilitando discernir a topografia do sistema nervoso afetado, bem como os estágios agudo ou crônico do evento patológico. Os reflexos profundos exacerbados e os sinais de Hoffmann e de Babinski são indicativos de síndrome neurológica:

- a) sensitiva
- b) periférica
- c) do neurônio motor inferior
- d) do neurônio motor superior

39) Além da avaliação da motricidade, em muitas ocorrências neuropatológicas torna-se imprescindível a avaliação da sensibilidade. A avaliação de cinestesia e artrestesia deve ser iniciada, preferencialmente, nos segmentos:

- a) distais (indicador e hálux)
- b) distais (punho e tornozelo)
- c) proximais (ombro e quadril)
- d) intermediários (cotovelo e joelho)

40) Na primeira metade do século XIX, Marshall Hall, Bernardus Brach e Moritz Romberg descreveram a perda do equilíbrio em ambiente escuro. Duas décadas depois, Romberg deu função clínica a esse fenômeno, o que originou um teste à beira-do-leito, viável para avaliar os sistemas:

- a) propioceptivo e vestibular
- b) propioceptivo e cerebelar
- c) cerebelar e vestibular
- d) cerebelar e visual

41) Levando em consideração as desordens relacionadas ao nível de consciência, o coma é clinicamente definido como o estado de inconsciência auto e alo psíquica, sem resposta a estímulos de diversas modalidades e intensidades. A escala apropriada para a avaliação desse estado e o seu objetivo, respectivamente, são:

- a) Glasgow / avaliar a profundidade e a duração clínica da inconsciência, podendo contribuir na avaliação do grau de sedação e agitação do paciente
- b) Ramsay / avaliar a profundidade e a duração clínica da inconsciência, podendo contribuir na avaliação do grau de sedação e agitação do paciente
- c) Glasgow / avaliar a profundidade e a duração clínica da inconsciência, podendo contribuir como medida clínica semiquantitativa da gravidade da lesão encefálica
- d) Ramsay / avaliar a profundidade e a duração clínica da inconsciência, podendo contribuir como medida clínica semiquantitativa da gravidade da lesão encefálica

42) Podendo ser amenizada com o uso de ventilação não invasiva, a ortopneia, caracterizada pela ocorrência da dispneia quando o paciente assume a posição de decúbito, ocorre comumente na:

- a) pneumonia
- b) insuficiência venosa
- c) doença arterial coronariana
- d) insuficiência cardíaca congestiva

43) Um paciente internado na enfermaria de um hospital, após o banho, evoluiu com quadro de angina instável, associado a edema agudo de pulmão, com infradesnivelamento do segmento ST do eletrocardiograma. Após intervenção multiprofissional com uso de diuréticos, morfina e controle dos sintomas com ventilação não invasiva, o evento foi estabilizado. Contudo, considerando as primeiras quatro horas de aparecimento dos sintomas, a equipe médica diagnosticou IAM, com base na elevação da dosagem sérica de:

- a) tropomiosina
- b) troponina I
- c) lactato
- d) actina

44) A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) é a mais comumente admitida nas unidades cardiointensivas cirúrgicas. Entretanto, apesar dos avanços técnico-científicos das últimas décadas, complicações pleuropulmonares ainda são frequentes, devido a fatores como o tipo de enxerto utilizado. Ao avaliar um paciente admitido após CRM, o fisioterapeuta deve atentar para a ocorrência de complicações pleuropulmonares, quando na revascularização foi utilizado enxerto de:

- a) veia safena
- b) artéria radial
- c) artéria mamária interna
- d) artéria coronária esquerda

45) Como forma de prevenir as consequências do imobilismo no leito, a fisioterapia cardiorrespiratória deve promover programas de reabilitação que, na fase I, ainda na UTI, os pacientes críticos sejam mobilizados a partir das primeiras 48 horas da instituição da ventilação mecânica, estratégia conhecida como mobilização precoce. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva, essa estratégia é contraindicada em caso de pacientes:

- a) com pressão arterial sistólica > 170mmHg
- b) com frequência cardíaca > 110bpm
- c) em uso de inotrópicos venosos
- d) com anticoagulação plena

46) Segundo as Diretrizes Práticas de Reabilitação Pulmonar da Associação Americana de Reabilitação Cardiovascular e Pulmonar, em caso de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o treinamento muscular inspiratório deve ser considerado:

- a) somente nos pacientes com pressão inspiratória máxima $\leq -60\text{cmH}_2\text{O}$
- b) em pacientes que apresentem diminuição da força muscular inspiratória e falta de ar
- c) somente nos pacientes em reabilitação pulmonar de rotina, independente da gravidade da doença
- d) em pacientes com força muscular inspiratória preservada ou reduzida, mas que apresentem dispneia

47) Paciente com 18 anos, em avaliação pré-participação em atividades físicas, referiu palpitações relacionadas à ansiedade. Ao exame físico, foram encontradas alterações eletrocardiográficas, sendo indicado teste ergométrico, que pode evidenciar indicadores de maior risco para eventos cardiovasculares, como taquicardia ventricular sustentada e morte súbita. Outros achados importantes para avaliar alterações do ritmo e da estratificação de risco nesse paciente são:

- a) resposta deprimida ou queda esforço-induzida da frequência cardíaca e/ou da pressão arterial
- b) ocorrência de extra-sístoles em carga alta e em níveis de frequência cardíaca submáxima
- c) alterações do segmento ST em apenas uma derivação, na ausência de angina *pectoris*
- d) ocorrência de hipertensão arterial e taquicardia esforço-induzida

48) Idosa de 60 anos, ex-tabagista, com DPOC, foi avaliada pelo fisioterapeuta, visando à admissão no programa de reabilitação cardiorrespiratória. A distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6M) foi de 540m. O plano fisioterapêutico considerou prescrição de exercício aeróbico na esteira, com velocidade entre 60 e 80% da velocidade média observada no TC6M. A faixa de velocidade (em km/h) de início do treinamento dessa paciente deve ser de:

- a) 1,5 a 3,0
- b) 3,2 a 4,3
- c) 3,5 a 5,3
- d) 4,3 a 7,0

49) Paciente com choque séptico, ventilado mecanicamente há 48 horas, pressão arterial média de 59mmHg, tem exames laboratoriais que mostram: hemoglobina = 8,3g/dL; hematócrito = 26,7%; leucócitos = 14.620/mm³ sem desvio; lactato = 3,0mmol/L; pH = 7,28; PaCO₂ = 35mmHg; PaO₂ = 85mmHg; HCO₃ = 17mEq/L; e SaO₂ = 96%. Com base no caso clínico apresentado, a associação clínico-laboratorial é de:

- a) *shunt* intrapulmonar
- b) hipoventilação alveolar
- c) alteração da perfusão tecidual
- d) alteração da perfusão pulmonar

50) As complicações da ventilação mecânica relacionadas às pressões aplicadas artificialmente no sistema respiratório são umas das mais preocupantes na população neonatal. As complicações induzidas pela pressão positiva em pacientes neonatais prematuros apresentam o seguinte mecanismo fisiopatológico:

- a) imaturidade do sistema surfactante, que leva à redução da complacência pulmonar e predispõe o sistema respiratório ao colapso homogêneo das unidades alveolares, causando abertura e fechamento cíclicos
- b) imaturidade do tecido pulmonar, incapacidade de produção e liberação do surfactante, que levam à redução da complacência pulmonar e predispõem inomogeneidades da ventilação, com hiperdistensão alveolar
- c) imaturidade do sistema surfactante, que leva ao aumento da complacência pulmonar, gerando instabilidade alveolar, e predispõe à hiperdistensão e ao recrutamento cíclicos, que são estímulos capazes de liberar mediadores inflamatórios
- d) imaturidade do tecido pulmonar, incapacidade de produção e liberação do surfactante, que levam ao aumento da complacência pulmonar e requerem altas pressões, aumentando o estresse da parede alveolar pela associação de hiperdistensão com repetidos ciclos de enchimento e esvaziamento alveolar

51) Homem de 44 anos, com RASS = -5, é intubado e ventilado mecanicamente (modo PCV, pressão inspiratória = 40cmH₂O; tempo inspiratório = 1,2s; FR = 20irpm; volume corrente (VC) = 200mL aproximadamente; PEEP = 5cmH₂O; e FiO₂ = 100%). Com esses ajustes ventilatórios, a gasometria revelou: pH = 7,15; PaCO₂ = 85mmHg; PaO₂ = 300mmHg; HCO₃ = 32mmol/L; BE = -2mmol/L; e SaO₂ = 99%. A ausculta pulmonar verificou murmúrio vesicular universalmente reduzido, com sibilos expiratórios difusos. O raciocínio e o ajuste ventilatório mais adequados diante desse quadro, respectivamente, são:

- a) limitação da difusão / aumento do tempo inspiratório de 1,2 para 1,8s
- b) hipoventilação alveolar / aumento da frequência respiratória de 20 para 30irpm
- c) limitação ao fluxo aéreo / redução da frequência respiratória de 20 para 12irpm
- d) limitação ao fluxo aéreo / aumento da frequência respiratória de 20 para 30irpm

52) Considere dois pacientes com $IMC = 42\text{kg/m}^2$ no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, apresentando os critérios clínicos favoráveis a extubação. O paciente A cursa com insuficiência respiratória aguda por hipoventilação e apresenta atelectasia seis horas após a extubação. O paciente B segue estável clinicamente. De acordo com os dados apresentados, em relação à indicação de ventilação não invasiva (VNI), a melhor estratégia é considerar a:

- a) utilização apenas para o paciente A, com o objetivo de reexpansão pulmonar e redução do trabalho ventilatório
- b) utilização apenas para o paciente B, logo após a extubação, e ao sinal de insuficiência respiratória, para evitar a reintubação
- c) utilização para os dois pacientes, logo após a extubação, aplicada de forma eletiva, podendo-se utilizar a VNI para o caso A, de forma curativa
- d) não utilização dessa terapia em ambos os casos, pois o paciente A necessita ser reintubado e o paciente B não apresenta indicações, pela estabilidade clínica

53) A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é suspeitada quando há dor em membros inferiores, ao esforço, sem aparente etiologia ortopédica, devendo ser precocemente tratada, pois, em seu estágio mais grave, a isquemia crítica apresenta elevado risco de eventos cardiovasculares, amputação de membros inferiores e óbito. O tratamento adequado para pacientes com DAOP de membros inferiores inclui:

- a) revascularização, que é a conduta majoritária para aqueles com claudicação intermitente
- b) tratamento clínico otimizado, exclusivamente com terapia medicamentosa, para todos com claudicação
- c) exercício físico domiciliar, que é a modalidade de tratamento mais recomendada para reduzir a claudicação intermitente
- d) treinamento físico supervisionado e angioplastia, fundamentais para melhorar a distância de caminhada com claudicação

54) A reabilitação cardiovascular (RCV) deve proporcionar os mais elevados níveis de aptidão física passíveis de obtenção, de modo a reduzir o risco de eventos cardiovasculares e a mortalidade de pacientes cardiopatas. De acordo com a estratificação do risco clínico para casos de RCV, determina-se que pacientes com:

- a) sintomatologia exacerbada (insuficiência cardíaca com classe funcional III e IV ou angina com classe funcional III e IV) devem ser acompanhados regularmente e excluídos do programa
- b) capacidade funcional < 5 MET ou $VO_{2\text{pico}} < 60\%$ do predito, e mais sintomáticos, devem participar de sessões supervisionadas por tempo indeterminado
- c) qualquer sinal de evento cardiovascular, intervenção cardiovascular ou descompensação clínica, devem ser monitorizados e excluídos do programa
- d) capacidade funcional > 7 MET ou $VO_{2\text{pico}} > 85\%$ do predito devem participar de sessões supervisionadas por tempo indeterminado

55) Os benefícios da reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM), para indivíduos com DAOP, obesidade, diabetes *mellitus*, síndrome metabólica e/ou pneumopatias crônicas, envolvem o aumento da sobrevida e a melhora da qualidade de vida, como decorrência de comprovados ganhos na capacidade funcional e no estado geral. Em relação às fases da RCPM, é correto afirmar que o(a):

- a) fase 1 consiste na prescrição de atividades de baixo nível, limitadas a 4 MET (equivalente metabólico)
- b) fase 4 inclui testes ergométricos, cuja periodicidade não deve exceder a um ano, além de avaliações e orientações, sempre através de sessões supervisionadas de exercícios
- c) fase 2 é iniciada imediatamente após a alta, ou alguns dias após um evento cardiovascular ou uma descompensação clínica de natureza cardiovascular, pulmonar e/ou metabólica
- d) objetivo da fase 3 é o treinamento físico e a melhoria da qualidade de vida, com procedimentos minimamente invasivos que contribuam para reduzir o risco de complicações clínicas

56) Um paciente de 63 anos que recebeu alta há 3 meses, após internação hospitalar por descompensação da insuficiência cardíaca, foi encaminhado para reabilitação cardiovascular, apresentando classe funcional I da New York Heart Association (NYHA) e estratificação de risco intermediário. No teste ergométrico, verificou-se frequência cardíaca (FC) de pico = 151bpm e FC de repouso = 91bpm. Após avaliação, o fisioterapeuta decidiu iniciar o treinamento aeróbico desse paciente, utilizando entre 40 e 60% da FC de reserva, calculada pelo método de Karvonen, a fim de alcançar a FC alvo durante o treinamento. Com base nos dados apresentados, os valores (em bpm) das FC de reserva e alvo, respectivamente, são:

- a) 115 / 127
- b) 115 / 154
- c) 117 / 130
- d) 117 / 134

57) As cirurgias abdominais altas, em decorrência do ato cirúrgico somado aos efeitos da anestesia, podem ocasionar alterações pulmonares, como a atelectasia, que é a mais frequente. As terapias de expansão pulmonar, objetivando prevenir e/ou reverter esse tipo de complicação, que usam a ventilação não invasiva e a inspirometria de incentivo, têm como efeitos, respectivamente:

- a) negatificação da pressão transpulmonar por elevação da pressão alveolar / diminuição da pressão transpulmonar por redução da pressão intrapleurar
- b) aumento da pressão transpulmonar por elevação da pressão alveolar / aumento da pressão transpulmonar por redução da pressão intrapleurar
- c) negatificação da pressão transpulmonar por elevação da pressão alveolar / aumento da pressão transpulmonar por redução da pressão intrapleurar
- d) aumento da pressão transpulmonar por elevação da pressão alveolar / diminuição da pressão transpulmonar por redução da pressão intrapleurar

58) A utilização da pressão positiva contínua de vias aéreas pode aliviar a sobrecarga ventricular durante a falência ventilatória aguda de cardiopatas com DPOC, através do mecanismo de:

- a) redução da pressão positiva expiratória final intrínseca
- b) incremento do retorno venoso para o ventrículo direito
- c) desvio do septo interventricular da direita para a esquerda
- d) aumento do trabalho ventilatório, reduzindo a contratilidade ventricular esquerda

59) A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção hospitalar que mais comumente acomete pacientes internados em UTI. De acordo com as Recomendações Brasileiras de Ventilação Mecânica e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, são medidas preventivas de PAV:

- a) manter a pressão do balonete do tubo endotraqueal em pelo menos 25cmH₂O, manter a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus e lavar as mãos
- b) manter a pressão do balonete do tubo endotraqueal em pelo menos 25cmH₂O, lavar as mãos e fazer troca programada do circuito de ventilação mecânica
- c) manter a pressão do balonete do tubo endotraqueal em pelo menos 20cmH₂O, desinfetar as mãos com base de álcool a 70% e fazer troca programada do circuito de ventilação mecânica
- d) manter a pressão do balonete do tubo endotraqueal em pelo menos 20cmH₂O, manter a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus e realizar aspiração de secreção subglótica de forma intermitente ou controlada

60) Idosa, obesa, com agudização da DPOC, necessitou de intubação orotraqueal, permanecendo seis dias em suporte ventilatório. Teve uma falha de extubação e, após dois dias, foi submetida ao novo teste de respiração espontânea (TRE) que revelou os seguintes parâmetros: pH = 7,25; PaO₂ = 52mmHg; pCO₂ = 65mmHg; HCO₃ = 36; febre; tremores; FR = 36; IRRS = 108; e roncos difusos na ausculta pulmonar. O tipo de desmame e a conduta fisioterapêutica nesse caso, respectivamente, são:

- a) prolongado / realização de períodos de oxigenoterapia em peça T
- b) difícil / realização de períodos de oxigenoterapia em peça T
- c) prolongado / retorno à ventilação mecânica invasiva
- d) difícil / retorno à ventilação mecânica invasiva