

Leia estas instruções:

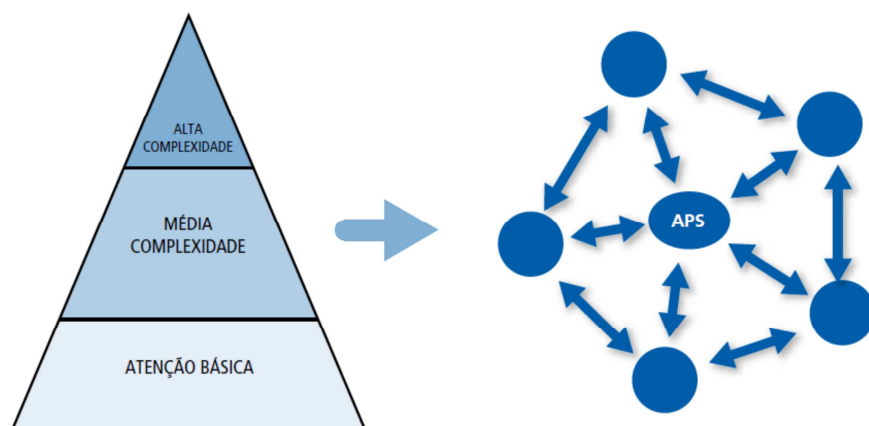
- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
- 2 Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 10** > Saúde Pública; **11 a 50** > Conhecimentos Específicos.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou contiver imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 6 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 7 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 8 Use exclusivamente caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta ou azul.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova.
Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.

Você só poderá levar este Caderno após decorridas três horas do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

- 01.** De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis constituem, atualmente, um enorme desafio para a Saúde Pública no Brasil e no mundo. Em termos de mortes atribuíveis a essas doenças, a opção que apresenta os grandes fatores de risco globalmente conhecidos é:
- A)** pressão arterial elevada, tabagismo, gravidez na adolescência, inatividade física e alimentação inadequada.
 - B)** pressão arterial elevada, tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física e sobrepeso e obesidade.
 - C)** alterações genéticas, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física, uso de álcool e drogas.
 - D)** alterações genéticas, gravidez na adolescência, inatividade física, uso de álcool e drogas e sobrepeso e obesidade.
- 02.** A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014, que institui a Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, cujos objetivos são:
- A)** Reestruturar os Serviços de Atenção de média e alta complexidade em Saúde, e ampliar o acesso aos serviços de urgência e emergência, como porta de entrada do sistema pelos usuários com doenças crônicas e suas complicações.
 - B)** Propiciar a melhoria no acolhimento aos usuários com doenças crônicas e ampliar o acesso exclusivamente nos Serviços de Atenção Primária em Saúde considerado o primeiro nível hierárquico das Redes de Atenção a Saúde.
 - C)** Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os níveis de atenção e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.
 - D)** Garantir a implantação de um modelo de atenção exclusivamente centrado nos usuários com doenças crônicas por se constituírem, atualmente, a principal causa de morbimortalidade no Brasil e organizar os níveis de atenção de alta e média complexidade como porta de entrada ao sistema pelos usuários com doenças crônicas e suas complicações.
- 03.** A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às
- A)** crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, implementando exclusivamente ações e melhorias do acompanhamento do recém-nascido e das crianças e de procedimentos de exames para detecção precoce de doenças e agravos na infância.
 - B)** mulheres a atenção humanizada à gravidez normal, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro através da implementação de ações exclusivas nas Maternidades e casas de parto.
 - C)** mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
 - D)** crianças o direito ao nascimento seguro e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, exclusivamente nos serviços de atenção à criança, em unidades básicas de saúde e no atendimento de urgência e emergência infantil.

04. Mendes (2012) afirma que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Portanto, partindo da atual situação epidemiológica do Brasil, devemos superar as concepções e práticas atuais dos sistemas de atenção à saúde. Analise a proposta do autor resumida na figura abaixo.



FONTE: Mendes (2012)

Sobre esse modelo é correto afirmar:

- A) A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições agudas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições e aos eventos crônicos decorrentes de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa, coordenado pela atenção básica de saúde.
- B) A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema do tipo poliárquico de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Essa concepção poliárquica e horizontal deve ser substituída por outro sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades.
- C) A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa, coordenado pela atenção de alta e média complexidade.
- D) A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais.

05. A Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a nova Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Entre os agravos e doenças acrescidos nessa Portaria, em relação à anterior, deve-se fazer a notificação imediata de

- A) casos de acidentes de trabalho graves e com exposição a material biológico e casos de eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação.
- B) casos de febre Chikungunya e casos graves e óbito por varicela.
- C) casos de Sífilis adquirida, congênita e em gestante.
- D) casos de infecção por HIV em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus.

- 06.** Trata-se de um princípio estruturante do entendimento e da reorganização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. O princípio deve ser entendido em seu papel ativo, ou seja, como um espaço que dinamiza as relações, que integra culturalmente e que se converte em um lugar de respostas possíveis aos propósitos sociais, econômicos, políticos e culturais de nossa época, provocando mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. O texto refere-se ao princípio da
- A)** territorialização. **C)** integralidade.
B) humanização. **D)** interdisciplinaridade.
- 07.** Entre os entraves na implementação do SUS, podemos citar a dificuldade na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (Emenda Constitucional 29) que está diretamente relacionada
- A)** à gestão e organização do sistema. **C)** ao controle social.
B) aos recursos humanos em saúde. **D)** ao financiamento da saúde.
- 08.** A taxa de Mortalidade Infantil (TMI) compreende/inclui dois outros indicadores: a taxa de mortalidade neonatal e a taxa de mortalidade pós-neonatal. Sobre esses indicadores, é correto afirmar que
- A)** as mortes estão relacionadas tanto às condições de saúde da mãe e à assistência ao parto, como também aos cuidados com os recém-nascidos e com as crianças menores de 5 anos de idade.
B) as mortes pós-neonatal decorrem, principalmente, de problemas relacionados à gestação ou parto, fatores congênitos e genéticos, enquanto os óbitos neonatais, em geral, estão relacionados às condições ambientais e econômicas.
C) as mortes neonatais decorrem, principalmente, de problemas relacionados à gestação ou ao parto, fatores congênitos e genéticos, enquanto os óbitos pós-neonatal, em geral, estão relacionados às condições ambientais e econômicas.
D) as mortes estão relacionadas tanto à assistência pré-natal e ao parto, como também aos cuidados com os recém-nascidos e com as crianças menores de 3 anos de idade.
- 09.** No nível local, o fluxo de emissão da declaração de nascido vivo (DN) varia em função das características do local de ocorrência do nascimento. Considerando-se um nascimento de assistência hospitalar, o estabelecimento de saúde é responsável pelo preenchimento da DN. O fluxo correto utilizado para preencher a DN é:
- A)** a 1ª via (branca) é entregue ao responsável legal pela criança para ser apresentada ao cartório para o registro civil de nascimento; a 2ª via (amarela) permanece no estabelecimento de saúde até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde e a 3ª via (rosa) será arquivada no prontuário do recém-nascido, no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto.
B) a 1ª via (branca) é encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde pelo profissional de saúde ou parteira; a 2ª via (amarela) é entregue ao responsável legal pela criança para ser apresentada ao cartório para o registro de nascimento e a 3ª via (rosa) é entregue ao responsável legal pela criança para ser apresentada à Unidade de Saúde na primeira consulta do recém-nascido.
C) a 1ª via (branca) é arquivada no cartório pelo oficial de justiça até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde; a 2ª via (amarela) é arquivada no cartório após a emissão do registro civil de nascimento e a 3ª via (rosa) é entregue ao responsável legal pela criança para ser apresentada à Unidade de Saúde na primeira consulta do recém-nascido.
D) a 1ª via (branca) permanece no estabelecimento de saúde até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde; a 2ª via (amarela) é entregue ao responsável legal pela criança para ser apresentada ao cartório civil para o registro de nascimento e a 3ª via (rosa) será arquivada no prontuário da parturiente, no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto.

- 10.** A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece como diretriz a Clínica Ampliada. Assim, quando a Clínica Ampliada é utilizada como ferramenta de trabalho, realiza-se um processo dinâmico que consiste na
- A)** identificação da vulnerabilidade do usuário, na perspectiva de produção da saúde e da doença, reconhecendo os limites do seu saber profissional, fomentando a responsabilidade compartilhada entre os implicados na produção de saúde e atentando para a defesa dos direitos dos usuários.
 - B)** compreensão do processo saúde/doença em uma abordagem multidisciplinar que permita uma atenção ampliada, na medida em que possibilita, exclusivamente, que o diagnóstico e a terapêutica possam ser entendidos e trabalhados pelos diversos profissionais de saúde.
 - C)** implantação de serviços de assistência especializada através da criação de unidades ambulatoriais de referência, compostas por equipes multidisciplinares de diferentes especialidades que acompanham os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.
 - D)** construção coletiva de um modelo de atenção à saúde no qual os colegiados gestores tenham por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Com base no Caso Clínico 01, a seguir, responda as questões 11, 12 e 13.

CASO CLÍNICO 01

Indivíduo sofreu uma queda de uma altura de 3 metros, chocando-se ao solo com a cabeça. Manteve-se consciente no momento da queda, sendo conduzido ao pronto-socorro. No caminho, teve fortes ataques convulsivos, vômitos e rebaixamento do nível de consciência, chegando ao hospital totalmente desacordado. Levaram-no imediatamente para a unidade de terapia intensiva, onde fizeram os exames necessários, intubaram e prepararam-no para a cirurgia (craniotomia). Reconduzido à UTI, foi mantido em ventilação protetiva.

11. Os ataques convulsivos, vômitos e rebaixamento do nível de consciência, apresentados pelo paciente, são sinais da hipertensão intracraniana, que podem cursar, entre outras complicações, com:
- A) Concussão.
 - B) Golpe.
 - C) Hérnia encefálica.
 - D) Contragolpe.
12. Além da ventilação mecânica protetiva, outras medidas para controlar a pressão intracraniana desse paciente são posicionamento da cabeça na linha média e
- A) elevação das pernas em até 60°.
 - B) elevação do tronco em até 30°.
 - C) elevação do tronco em até 60°.
 - D) elevação das pernas em até 30°.
13. A pressão intracraniana pode, em casos muito graves como esse, superar a própria pressão arterial sistólica. Quando isso ocorre, a circulação cerebral interrompe-se e sobrevém a morte encefálica. Na situação em que a injeção de contraste radiológico na artéria carótida interna não preenche os vasos cerebrais, o eletroencefalograma torna-se isoelétrico, verificando-se clinicamente que
- A) os reflexos espinhais desaparecerão primeiro e, logo em seguida, os reflexos de tronco cerebral.
 - B) os reflexos do tronco cerebral estarão presentes e os reflexos espinhais estarão abolidos.
 - C) as reações corticais desaparecerão, os reflexos do tronco cerebral estarão abolidos e os reflexos espinhais poderão permanecer presentes.
 - D) as reações corticais desaparecerão e os reflexos de tronco cerebral e os reflexos espinhais permanecerão presentes, pois são autônomos.
14. Após a alta hospitalar, um indivíduo procurou tratamento fisioterápico ambulatorial. Em sua admissão, o fisioterapeuta avaliou suas funções cognitivas, motoras e respiratórias, identificando diversas sequelas e complicações decorrentes dos eventos aos quais o sujeito havia se submetido. Alguns pontos, entretanto, mereceram destaque: a sonolência, o edema papilar (hipertensão intracraniana crônica), a espasticidade com graves consequências posturais e uma tetraparesia. O plano terapêutico para esse paciente foi baseado em um método neuroevolutivo, de caráter ontogenético, que mescla técnicas para controle dos sistemas nervosos autônomo e somático, visando controle dos movimentos, do tônus, das posturas, do estado vigil e da pressão arterial.
- O caso acima refere-se ao uso do método
- A) ROOD.
 - B) BOBATH.
 - C) KABAT.
 - D) FRENKEL.

18. Trata-se de uma síndrome de caráter autoimune, em que o indivíduo produz anticorpos contra sua própria mielina. Então, os nervos acometidos não podem transmitir os sinais que vêm do sistema nervoso central com eficiência, levando a uma perda da habilidade de grupos musculares de responderem aos comandos cerebrais. O encéfalo também recebe menos sinais sensitivos do corpo, resultando em incapacidade para sentir o contato com a pele, dor ou calor. Em muitas pessoas, o início da doença é precedido por infecção de vias respiratórias altas, de gastroenterite aguda (por *Campylobacter*) e antecedentes de infecções agudas por uma série de vírus, tais como Epstein Barr, citomegalovírus, HTLV, HIV.

Essa descrição refere-se à polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda, que também é chamada de

- A) Síndrome de Guillain Barré.
- B) Esclerose múltipla.
- C) Esclerose lateral amiotrófica.
- D) Síndrome de Millard-Gubler.

19. Considere a seguinte descrição:

Flexão do cotovelo e supinação do antebraço; acometimento dos músculos da mão com ausência do reflexo de preensão palmar; reflexos bicipital e radial presentes; síndrome de Horner (ptose palpebral, enftalmia, miose e anidrose facial) quando há envolvimento das fibras simpáticas cervicais e dos primeiros nervos espinhais torácicos.

Essa descrição refere-se à lesão de plexo braquial tipo

- A) Completa.
- B) Duchenne.
- C) Erb Duchenne.
- D) Klumpke.

20. Considere a seguinte descrição:

Disbasia ataxo-talonante; aumento da base de sustentação; prova de Romberg positiva; ataxia sensitiva; hipotonia bem evidente; abolição dos reflexos profundos; abolição da sensibilidade vibratória, cinético postural e tátil epicrítica; causado por Tabes Dorsal, ataxia de Friedreich e degeneração combinada subaguda da medula.

A síndrome medular que corresponde a essa descrição é

- A) Central da medula.
- B) Posterior da medula.
- C) Hemissecção da medula.
- D) Anterior da medula.

21. Quando o profissional da fisioterapia apoia um bebê, na 5ª semana de vida, em decúbito supino e, com uma de suas mãos, estimula um dos lados das costas, afastado 1 cm da linha média, desde os ombros até as nádegas, a coluna se curva para o lado estimulado. Dessa forma, testa-se o reflexo de

- A) Anfibio.
- B) Moro.
- C) Galant.
- D) Landau.

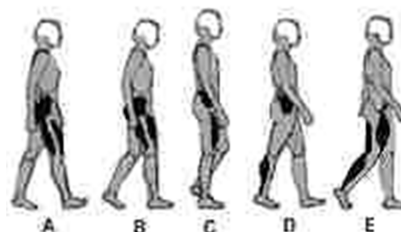
22. O método surgido na década de 1940, inicialmente idealizado para o tratamento de poliomielite, teve como colaboradoras Margaret Knot e Dorot Voss. Na mesma época, foi inaugurado um instituto voltado ao estudo desse método em Londres, que levou o nome de seu criador.

O método utiliza como uma de suas técnicas específicas

- A) Posturas de inibição reflexa.
- B) Pontos-chave de controle.
- C) Crioestimulação.
- D) Combinação de isotônicas.

23. A figura ao lado representa a sequência das fases de marcha, destacando, em negrito, os músculos que atuam em cada etapa. Conforme o desenho, os músculos que estarão ativos na etapa E são:

- A) quadríceps, ísquios-tibiais e glúteo médio.
- B) tríceps sural, quadríceps e ísquios-tibiais.
- C) glúteo máximo, glúteo médio e tríceps sural.
- D) Ísquios-tibiais, glúteo médio e tibial anterior.



24. A paralisia de Bell traz consigo diversos sinais clínicos referentes à lesão do seu respectivo nervo. Contudo, alguns desses sinais surgem pela combinação de injúrias em nervos cranianos que se avizinham ao 7º par. Entre estes, destacamos o 8º par, que, ao ser também comprometido, trará ao indivíduo o sinal de

- A) Lagoftalmia.
- B) Bell.
- C) Epífora.
- D) Hiperacusia.

25. Áreas íntegras, porém latentes, do cérebro, em regiões vizinhas à área de lesão cerebral, serão ativadas para suprirem a demanda sináptica e, dessa forma, potencializar a função cerebral. Esse tipo de reorganização dendrítica é um mecanismo de plasticidade neural chamado de

- A) Função vicariante.
- B) Diásquise de Von Monakow.
- C) Mecanismo de Redundância.
- D) Brotamento colateral.

26. Considere a seguinte descrição:

Processos isquêmicos que produzem "síndromes cruzadas" por alterações de vias largas contralaterais (hemiparesia, hemi-hipoestesia) e sinais ipsilaterais cerebelosos ou de pares cranianos. Podem ainda produzir uma perda brusca de consciência com ou sem recuperação posterior, precedida de sinais de disfunção tronco-encefálica (diplopia, vertigem, ataxia, entre outras).

Essa descrição refere-se ao acidente vascular encefálico na artéria

- A) cerebral anterior.
- B) cerebral média.
- C) vértebro-basilar.
- D) carótida interna.

27. As neuropatias podem ser classificadas conforme diversos critérios. Por exemplo, quanto à evolução, elas podem ser: lentamente progressivas, agudas ou subagudas. O exame de eletroneuromiografia ajuda na classificação dessas doenças sob o ponto de vista neurofisiológico. Um exemplo é a doença de Charcot-Marrie-Tooth tipo II, que apresenta, ao exame eletroneuromiográfico, velocidade de condução do nervo normal e uma redução na amplitude do seu potencial. Esses achados apontam para a classificação de neuropatia tipo
- A) Dendrítica.
 - B) Axonal.
 - C) Desmielinizante.
 - D) Mista.
28. O tremor é um sinal clínico presente em diversas doenças neurológicas, nas mais variadas origens anatômicas: espinhais, cerebelares, talâmicas, corticais ou mistas. De acordo com a localização da doença, o sinal clínico manifestar-se-á de formas peculiares. Por exemplo, os tremores cerebelares podem ser classificados como
- A) tremores posturais.
 - B) tremores de repouso.
 - C) tremores de intenção.
 - D) tremores cinéticos.
29. O método ROOD é largamente utilizado no tratamento das doenças neurológicas periféricas. Suas técnicas de estimulação devem ser selecionadas de acordo com o tipo de fibra nervosa que está comprometida, conforme indicado ao exame clínico e neurofisiológico, respeitando-se, obviamente, uma sequência evolutiva em sua administração. São arroladas técnicas proprioceptivas, como vibração e estiramento e esteroceptivas, como escovação e crioestimulação. Esta última é utilizada quando o terapeuta quer excitar
- A) fibras A α , com velocidade de (70 a 120m/s) e adaptabilidade lenta.
 - B) fibras A β , com velocidade de (30 a 60 m/s) e adaptabilidade lenta.
 - C) fibras A β , com velocidade de (30 a 60 m/s) e adaptabilidade imediata.
 - D) fibras A δ e C, com velocidade de (0,2 a 2m/s) e adaptabilidade rápida.
30. Um paciente com lesão medular traumática alta, tetraplégico, flácido e dependente de ventilação mecânica apresenta um traumatismo raquimedular completo, com nível neurológico entre
- A) C1 e C3, em fase crônica.
 - B) C1 e C3, em fase aguda.
 - C) C5 e C6, em fase aguda.
 - D) C5 e C6, em fase crônica.
31. O ritmo respiratório normal deve ser com movimentos ritmados, regulares e sem pausa entre eles. Entre as anormalidades do ritmo respiratório, está o ritmo de Kussmaul, que se caracteriza por
- A) apresentar o ritmo dos movimentos respiratórios rápido, profundo e regular e por ocorrer nos pacientes com acidose metabólica.
 - B) alternância de períodos, ou seja, períodos de movimentos respiratórios e período de apneia, com periodicidade de 15 a 30 segundos, com aumento e diminuição gradual na amplitude dos movimentos e por ocorrer na presença de insuficiência circulatória e de doenças vasculares cerebrais.
 - C) movimentos respiratórios irregulares em frequência e amplitude, podendo haver também períodos de apneia e por ocorrer na presença de sofrimento cerebral grave.
 - D) ocorrência de pausas inspiratórias prolongadas a cada ciclo, com periodicidade superior a 30 segundos, seguidas de movimentos respiratórios regulares em frequência e amplitude, e por acometer pacientes com lesão na parte média ou caudal da ponte.

32. Os sons produzidos pelas pregas vocais são transmitidos pela árvore traqueobrônquica até a parede torácica. A palpação das vibrações produzidas pelos sons vocais, transmitidos à parede torácica, constitui o frêmito toracovocal. No lado acometido, o frêmito toracovocal da pneumonia (área de consolidação), do pneumotórax e do derrame pleural está, respectivamente,
- A) aumentado, diminuído, diminuído.
 - B) diminuído, diminuído, diminuído.
 - C) aumentado, aumentado, aumentado.
 - D) diminuído, diminuído, aumentado.
33. Ao passar pelo trato respiratório, o fluxo de ar pode produzir, em algumas situações, sons anormais, também chamados de sons ou ruídos adventícios. Nesse contexto, considere a seguinte descrição: são sons graves, de baixa frequência, inspiratórios e/ou expiratórios, que se originam nas vibrações das paredes brônquicas com a passagem do ar, quando há estreitamento pela presença de secreção a elas aderida e que geralmente, após tratamento de fisioterapia respiratória, somem ou têm alteração em sua intensidade. Essa descrição refere-se aos sons chamados
- A) estertores crepitantes.
 - B) estridores.
 - C) roncosp.
 - D) sibilos.
34. A avaliação das pressões respiratórias máximas é um método para investigar as condições de força dos músculos respiratórios. Essa avaliação compreende a mensuração da pressão inspiratória máxima e da pressão expiratória máxima, que é realizada por meio de um
- A) medidor de pico de fluxo expiratório (*Peak Flow Meters*).
 - B) ergoespirômetro.
 - C) ventilômetro.
 - D) manovacuômetro.
35. Na fibrose pulmonar idiopática, a capacidade vital, a capacidade pulmonar total e a capacidade residual funcional encontram-se, respectivamente,
- A) diminuída, diminuída, diminuída.
 - B) diminuída, aumentada, aumentada.
 - C) aumentada, aumentada, diminuída.
 - D) aumentada, diminuída, aumentada.
36. Uma mulher de 70 anos, com 60 Kg, encontra-se na UTI de um hospital universitário com quadro de insuficiência respiratória aguda (IRpA) e *diabetes mellitus* (DM) descompensada. Ela tem ainda antecedente de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e apresenta a seguinte gasometria arterial (FiO₂: 0,21): pH: 7,28, PaCO₂: 56 mmHg, PaO₂: 54 mmHg, HCO₃⁻: 14 mEq/l, BE: - 6, SaO₂: 86%. Na avaliação dessa paciente, o laudo da gasometria arterial é
- A) acidose mista com hipoxemia.
 - B) acidose respiratória compensada com hipoxemia.
 - C) alcalose respiratória com hipoxemia.
 - D) acidose metabólica compensada com hipoxemia.

- 37.** Segundo a Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD, 2010), o diagnóstico da DPOC deve ser considerado em qualquer paciente que apresente dispneia, tosse crônica ou produção de catarro e/ou história de exposição aos fatores de risco da doença, particularmente o hábito de fumar cigarros. O diagnóstico deve ser confirmado por espirometria e a DPOC é classificada em estádios: estágio I (DPOC leve), II (DPOC moderada), III (DPOC grave) e IV (DPOC muito grave). Será considerado estágio II (DPOC moderada) quando o laudo apresentar os valores:
- A)** VEF1/CVF < 0,70; $60\% \leq \text{VEF1} < 90\%$ do previsto.
 - B)** VEF1/CVF < 0,80; $60\% \leq \text{VEF1} < 80\%$ do previsto.
 - C)** VEF1/CVF < 0,80; $70\% \leq \text{VEF1} < 90\%$ do previsto.
 - D)** VEF1/CVF < 0,70; $50\% \leq \text{VEF1} < 80\%$ do previsto.
- 38.** A linha demarcatória que define hipertensão arterial sistêmica (HAS) considera valores de pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg. A HAS é classificada em HAS estágio 1, HAS estágio 2 e HAS estágio 3 em indivíduos acima de 18 anos. As técnicas de fisioterapia respiratória e motora costumam ser contraindicadas quando o paciente apresenta HAS estágio 3. O valor indicativo de que o paciente encontra-se com HAS estágio 3 é
- A)** 175x90 mmHg.
 - B)** 170x95 mmHg.
 - C)** 160x110 mmHg.
 - D)** 140x90 mmHg.
- 39.** A opção que apresenta a correta conceituação de Cor Pulmonale é:
- A)** um dos padrões de resposta histológica do pulmão a uma variedade de injúrias que comprometem as pequenas vias aéreas não cartilaginosas e as estruturas alveolares. Caracteriza-se pela presença de proliferação de fibroblastos dentro do lume dos ductos e espaços alveolares, pela projeção de pólipos inflamatórios dentro do lume dos bronquíolos respiratórios e terminais e, finalmente, por uma pneumonite intersticial por células mononucleares.
 - B)** síndrome caracterizada pela hipertrofia do ventrículo direito, resultante de doenças que afetam a função e/ou a estrutura dos pulmões, exceto quando as alterações pulmonares são secundárias a doenças que afetam o lado esquerdo do coração ou a cardiopatias congênitas.
 - C)** síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou o faz somente com elevadas pressões de enchimento.
 - D)** dilatação e distorção irreversível dos brônquios, em decorrência da destruição dos componentes elástico e muscular de sua parede, ocasionado pelo comprometimento da depuração mucociliar, que possibilita a permanência de secreção por mais tempo na via aérea, promovendo uma seleção natural das bactérias e maior lesão do endotélio ciliar, causando um processo inflamatório crônico.
- 40.** Considere a seguinte definição: doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento.
Essa é a definição de
- A)** asma.
 - B)** fibrose cística.
 - C)** pneumonia.
 - D)** coqueluche.

41. Das opções a seguir, aquela em que todos os itens são considerados contraindicações à fisioterapia respiratória na UTI pediátrica/neonatal é:
- A) hipertensão intracraniana, doença do refluxo gastroesofágico e hipersecreção brônquica.
 - B) hemorragia peri-intraventricular grave, osteopenia da prematuridade e síndrome de escape de ar (pneumotórax, pneumomediastino e pneumoperitônio) não drenada.
 - C) distúrbios hemorrágicos, atelectasia e instabilidade hemodinâmica (variação maior que 15% na frequência cardíaca ou na pressão arterial em curto período).
 - D) síndrome do desconforto respiratório, pneumonia e bronquiolite.
42. A técnica desobstrutiva com o objetivo de promover a perviedade das vias aéreas, composta pelas fases de controle da respiração, de exercícios de expansão torácica e da técnica de expiração forçada é
- A) drenagem autógena (DA).
 - B) ciclo ativo da respiração (CAR).
 - C) exercícios de fluxo inspiratório controlado (EDIC).
 - D) expiração lenta total com a glote aberta em infralateral (ELTGOL).
43. Um homem, 50 anos, pesando 70 Kg, no 3º dia de internação, encontra-se na UTI de um hospital universitário com quadro de infarto agudo do miocárdio, em programa de reabilitação cardiovascular. Apresenta frequência cardíaca ao repouso de 70 bpm, pressão arterial sistêmica ao repouso de 130x70 mmHg, volume sistólico ao repouso de 60 ml e volume diastólico final ao repouso de 140 ml. A partir desse quadro, conclui-se que o débito cardíaco ao repouso e o duplo produto ao repouso desse indivíduo são, respectivamente,
- A) 4.200 e 9.100.
 - B) 5.600 e 9.100.
 - C) 4.200 e 8.400.
 - D) 5.600 e 8.400.
44. A oxigenoterapia domiciliar tem sido fundamental no tratamento para melhorar a sobrevida de pacientes hipoxêmicos portadores de DPOC. As indicações para a prescrição de oxigenoterapia prolongada domiciliar a baixos fluxos para esses pacientes são:
- A) $PaO_2 \leq 55$ mmHg ou $SaO_2 \leq 88\%$ em repouso ou PaO_2 entre 56 e 59 mmHg com evidências de cor pulmonale ou policitemia.
 - B) $PaO_2 \leq 60$ mmHg ou $SaO_2 \leq 92\%$ em repouso ou PaO_2 entre 60 e 65 mmHg com evidências de cor pulmonale ou policitemia.
 - C) $PaO_2 \leq 50$ mmHg ou $SaO_2 \leq 85\%$ em repouso ou PaO_2 entre 51 e 55 mmHg com evidências de cor pulmonale ou policitemia.
 - D) $PaO_2 \leq 58$ mmHg ou $SaO_2 \leq 90\%$ em repouso ou PaO_2 entre 59 e 63 mmHg com evidências de cor pulmonale ou policitemia.
45. Considere os seguintes parâmetros:

I	Frequência respiratória superior a 35 rpm.
II	Volume corrente inferior a 5 ml/Kg de peso corporal predito.
III	Índice de oxigenação (PaO_2/FiO_2) superior a 300.
IV	$PaCO_2$ inferior a 45 mmHg.

Alguns desses parâmetros podem indicar a necessidade de suporte ventilatório mecânico no indivíduo adulto. Esses parâmetros são

- A) I e IV.
- B) II e III.
- C) I e II.
- D) III e IV.

46. O suporte ventilatório mecânico consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Atualmente, existem diversas modalidades ventilatórias presentes nos ventiladores mecânicos. Considere a descrição a seguir:

“Modalidade ventilatória desenvolvida para aumentar ou reduzir a pressão nas vias aéreas, em proporção ao esforço do paciente ao amplificar a proporção de pressão nas vias aéreas pelo suporte em volume e em fluxo inspiratório. Ao contrário de outros modos que oferecem um volume ou pressão pré-selecionados, essa modalidade determina a quantidade de suporte em relação ao esforço do paciente, assistindo a ventilação com uma proporcionalidade uniforme entre o ventilador e o paciente.”

A descrição refere-se à modalidade

- A) APRV.
B) PAV.
C) MMV.
D) VAPS.
47. A assincronia paciente-ventilador é a incoordenação entre os esforços e as necessidades ventilatórias do paciente em relação ao que é ofertado pelo ventilador mecânico. A assincronia que se apresenta quando o esforço inspiratório do paciente não é suficiente para disparar o ventilador e que pode ocorrer por ajuste inadequado da sensibilidade ou por fatores do paciente, tais como fraqueza da musculatura respiratória, depressão do comando neural, presença de hiperinsuflação dinâmica (auto-PEEP) ou tempo inspiratório mecânico prolongado maior que o tempo neural do paciente, é a
- A) assincronia de autodisparo.
B) assincronia de disparo ineficaz.
C) assincronia de fluxo inspiratório insuficiente.
D) assincronia de ciclagem tardia.
48. Das opções a seguir, aquela em que todos os itens são considerados contraindicações da ventilação mecânica não invasiva é:
- A) parada cardiorrespiratória; acidente vascular encefálico associado à pneumonia aspirativa com rebaixamento do nível de consciência e hemorragia digestiva grave com instabilidade hemodinâmica.
B) anastomose de esôfago recente com pressurização acima de 20 cmH₂O de IPAP; edema agudo de pulmão de origem cardiogênica e exacerbação da asma.
C) exacerbação aguda da DPOC; pneumotórax não drenado e insuficiência respiratória aguda (IRpA) no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (revascularização do miocárdio).
D) presença de doença neuromuscular; obesidade e síndrome do desconforto respiratório agudo – SDRA – (PaO₂/FiO₂ < 300).

49. As afirmativas a seguir dizem respeito à ventilação mecânica na síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).

I	A ventilação com pressão controlada mostrou-se superior à ventilação com volume controlado, no que diz respeito à redução da morbidade e da mortalidade nos pacientes com SDRA (em todas as categorias de gravidade – leve, moderada e grave).
II	Recomenda-se o uso da posição prona nos pacientes com SDRA, mesmo com a presença associada de hipertensão intracraniana, de tórax instável e de instabilidade hemodinâmica grave.
III	Na SDRA moderada ou grave, sob ventilação assistida ou controlada, recomenda-se o uso de volume corrente ajustado entre 3 e 6 ml/kg (considerando-se o peso corporal predito).
IV	Recomenda-se manter a pressão de distensão (diferencial de pressão Platô – PEEP) \leq 15 cmH ₂ O para todas as categorias de gravidade da SDRA.

Em relação à SDRA, estão corretas as afirmativas

- A) I e IV.
- B) II e III.
- C) III e IV.
- D) I e II.

50. As afirmativas a seguir dizem respeito ao processo de retirada da ventilação mecânica no indivíduo adulto.

I	Considera-se ventilação mecânica prolongada a dependência da assistência ventilatória por mais de 6 horas por dia, por tempo superior a 96 horas, apesar de programas de reabilitação, correção de distúrbios funcionais e utilização de novas técnicas de ventilação.
II	Alguns dos critérios para considerar a aptidão para o desmame da ventilação mecânica são: causa da falência respiratória resolvida ou controlada; hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores; paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios e equilíbrios ácido-básico e eletrolítico normais.
III	O tubo T, CPAP de 5 cmH ₂ O e PSV de 5-7 cmH ₂ O são exemplos de teste de respiração espontânea (TRE).
IV	O termo sucesso de extubação refere-se ao caso de paciente que tem a prótese endolaríngea retirada (extubação) após passar no TRE e que não é reintubado nas próximas 72 horas. No caso do traqueostomizado, 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 72 horas.

Em relação ao processo de retirada da ventilação mecânica no indivíduo adulto, estão corretas as afirmativas

- A) I e IV.
- B) I e II.
- C) II e III.
- D) III e IV.

