



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA**  
**HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**  
**PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2017**

**FISIOTERAPIA**

Data: 29/01/2017 - Domingo  
Local: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ  
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG  
Horário: 09:00 às 12:00 horas

**REGULAMENTO**

**Leia atentamente as seguintes instruções:**

- 1) Você receberá do fiscal o seguinte material:
  - a) Um cartão de respostas destinado à marcação da opção que julgar acertada em cada pergunta;
  - b) Um caderno com o enunciado das 40 (quarenta) questões e respectivas opções, sem repetição ou falha.
- 2) Verifique se este material está em ordem. Ocorrendo dúvidas, notifique imediatamente ao fiscal.
- 3) Para cada uma das questões são apresentadas 4 (quatro) alternativas classificadas com as letras a),b),c),d); somente uma alternativa responde ao quesito proposto. Você só deve assinalar uma resposta; a marcação de mais de uma alternativa no cartão anula a questão, mesmo que uma delas esteja correta.
- 4) As questões são identificadas pelo número que se situa junto ao seu enunciado.
- 5) Preencha **completamente o retângulo** correspondente a letra escolhida, com caneta esferográfica com tinta **azul ou preta**.
- 6) Tenha muito cuidado com o cartão de respostas para não dobrá-lo, amassá-lo ou manchá-lo em nenhuma hipótese será fornecido um substituto. **NÃO É PERMITIDO O USO DE CORRETIVO, NEM RASURAS.**
- 7) Sob a carteira somente será permitido o documento de identificação, ficha de inscrição, caneta e borracha.
- 8) Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e o cartão de respostas assinado.
- 9) Boa prova.

**ATENÇÃO**

**Condição de anulação da prova:**  
**Retângulos preenchidos à lápis ou caneta hidrocor.**  
**É proibido portar quaisquer aparelhos eletrônicos, mesmo desligados, incluindo relógio, computadores de mão, calculadoras, telefones celulares, etc.**  
**A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.**

## **CONHECIMENTOS GERAIS EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

**1) A saúde como direito de todos e dever do Estado foi uma conquista social das mais importantes da história de nosso País e foi produto de uma luta histórica do povo por direitos sociais . A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, no Capítulo da Saúde, princípios e diretrizes que conformariam um Sistema Único de Saúde (SUS). São Princípios do Sistema Único de Saúde, EXCETO :**

- a) Universalidade de acesso;
- b) Integralidade da Atenção;
- c) Igualdade de todos, sem preconceitos ou privilégios;
- d) Participação complementar da iniciativa privada.

**2) São Diretrizes Organizativas do SUS, EXCETO:**

- a) Descentralização;
- b) Regionalização;
- c) Participação Popular;
- d) Conferências de Saúde periódicas e deliberativas.

**3) O surgimento da Previdência Social no Brasil na segunda década do Século XX é produto das lutas sociais dos trabalhadores brasileiros que a partir das grandes greves operárias do período de 1917 a 1920, reivindicaram: “ jornada de oito horas diárias de trabalho, direito a férias, proibição do trabalho infantil, proibição do trabalho noturno para as mulheres, aposentadoria e assistência médica hospitalar”. A Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682) de 1923 criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões para empregados de empresas ferroviárias. Em três anos, a lei foi estendida para trabalhadores de empresas portuárias e marítimas. Estas CAPS tinham como características, EXCETO:**

- a) Podem ser consideradas o embrião da Previdência Social no País;
- b) Possuíam financiamento tripartite: Patrões, Trabalhadores e Governo;
- c) Seus fundos proviam as aposentadorias e pensões, socorros médicos que se estendiam aos familiares, medicamentos obtidos por preço especial, pensão para os herdeiros em caso de morte, despesas em caso de acidentes de trabalho;
- d) Eram organizadas por empresas.

**4) A Lei Orgânica da Saúde ( 8080/90) estabeleceu como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), as seguintes ações, EXCETO:**

- a) A execução de ações de: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador;
- b) A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- c) A garantia de subvenções econômicas aos hospitais privados contratados;
- d) A vigilância nutricional e a orientação alimentar;

**5) A Lei Federal nº 12401/2011 alterou a Lei Orgânica da Saúde acrescentando novos dispositivos regulamentadores da garantia do acesso universal e integral de medicamentos no SUS. São diretrizes estabelecidas, EXCETO:**

- a) Oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado;
- b) Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores do SUS;
- c) A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata a Lei 12401 é de responsabilidade da União;
- d) As evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso.

**6) Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre esta assertiva podemos afirmar, EXCETO:**

- a) A compreensão do termo 'atenção à saúde' remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde em nosso País, quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços;

- b) O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente;
- c) O modelo preventivista expandiu o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos;
- d) Os modelos de atenção não sofrem influência das condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira.

**7) O perfil epidemiológico brasileiro caracteriza-se pela Tripla Carga de Doença ( Mendes, 2011) assim constituído, EXCETO:**

- a) Uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva;
- b) O crescimento das causas externas;
- c) A forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada;
- d) O aumento da mortalidade infantil nos últimos 10 anos.

**8) São características dos Sistemas Fragmentados de Atenção à Saúde, exceto:**

- a) Organizado por componentes isolados;
- b) Orientado para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos correntes; de agudizações de condições crônicas;
- c) Voltado para o coletivo;
- d) Ênfase no cuidado profissional do médico.

**9) A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.**

**Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos atualmente pela Emenda Constitucional 029 e Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde;
- b) Estados devem aplicar , no mínimo, 12% de sua arrecadação;
- c) A União deverá aplicar 10% de suas receitas correntes brutas à partir de 2000;
- d) No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

**10) A Participação da população organizada na definição das diretrizes da política de saúde nos níveis correspondentes, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, são atribuições das Conferências e Conselhos de Saúde. Podemos afirmar que, EXCETO:**

- a) Os Conselhos e Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais;
- b) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos;
- c) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho;
- d) A inexistência do Conselho Municipal de Saúde não impede o recebimento de recursos financeiros de outros entes federados.

**11) O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece a Região de Saúde como o 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. Em relação às Regiões de Saúde é correto afirmar que:**

- a) Para ser instituída a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária e de urgência e emergência;
- b) A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado pelos Conselhos de Saúde;
- c) As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos;
- d) As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Conferências de Saúde.

**12) Um princípio constitutivo do Sistema Único de Saúde (SUS) é a igualdade de todos, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Assim, o Decreto nº 7508/2011 estabeleceu que , o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente, EXCETO:**

- a) Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- b) Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS ou, ainda, na Rede Privada não conveniada, com formulário próprio do SUS;
- c) Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos;
- d) Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

**13) O Decreto nº 7508/2011 estabelece que acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterà as seguintes disposições essenciais, EXCETO:**

- a) Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- b) Recursos financeiros que serão disponibilizados pela União/ Ministério da Saúde;
- c) Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

- d) Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde.

**14) A Assistência Farmacêutica no SUS é uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde e está definida na Política Nacional de Medicamentos como: “Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (BRASIL, 1998).**

**A Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998 por meio da portaria GM/MS nº 3.916, tem como principais finalidades, EXCETO :**

- a) Garantir a promoção do uso racional dos medicamentos;
- b) Garantir o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais;
- c) Garantir a incorporação de todos os medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ( RENAME);
- d) Promover a descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica.

**15) A Política Nacional de Saúde Bucal tem como propósito a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais, como a fluoretação das águas de abastecimento público e outras. Dentre outros princípios, a garantia da Integralidade está presente, e para tanto, foi concebida uma Rede de Atenção constituídas pelos seguintes serviços, EXCETO :**

- a) Unidades Básicas de Saúde;
- b) Centro de Especialidades Odontológicas;
- c) Hospitais;
- d) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

**16) O município X encaminhou um Projeto de Lei onde é criado o Conselho Municipal de Saúde prevendo 16 integrantes. De acordo com a proposta seriam 2 representantes dos prestadores de serviço públicos e privados conveniados com o SUS, 2 representantes do Governo, oito representantes dos usuários e quatro representantes dos trabalhadores de saúde.**

**De acordo com artigo 4º, da Lei 8.142, é CORRETO afirmar:**

- a) A paridade do número de representantes dos usuários foi respeitada em relação aos demais segmentos;
- b) O segmento dos trabalhadores de saúde está subdimensionado;
- c) O segmento dos usuários de saúde está superdimensionado;
- d) O segmento dos prestadores de serviço não deveria conter representantes do setor privado conveniado ao SUS.

**17) No Modelo de Atenção à Saúde adotado pelo SUS, os serviços deverão ser organizados por nível de complexidade crescentes de atenção à saúde. Ao realizar essa organização a diretriz adotada é:**

- a) Regionalização;
- b) Hierarquização;
- c) Resolutividade;
- d) Descentralização.

**18) O Pacto pela Vida é uma das dimensões do Pacto pela Saúde e estabelece um conjunto de compromissos sanitários, considerados prioritários, pactuados de forma tripartite a serem implementados por cada ente federado e efetivados pela rede do SUS. São compromissos pactuados de forma a garantir as metas todos os abaixo, exceto:**

- a) Implantar a Política de Saúde da Pessoa Idosa;
- b) Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama;
- c) Reduzir o absenteísmo no Sistema Único de Saúde;
- d) Implantar a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência.

**19) Para fins de aplicação da NR 32, relativa à Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, considera-se risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a:**

- a) Microrganismos, parasitas, toxinas e príons;
- b) Microrganismos, culturas de células, parasitas e toxinas;



- c) Microrganismos geneticamente modificados, culturas de células, parasitas e toxinas;
- d) Microrganismos geneticamente modificados ou não, culturas de células, parasitas, toxinas e príons.

**20) Ao profissional de saúde a ser admitido em um serviço de saúde deve-se orientá-lo quanto à vacinação do trabalhador. Sobre esse assunto, a NR 32 estabelece que:**

- a) A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- b) A recusa do trabalhador em ser vacinado, de acordo com os estabelecidos no PCMSO, é motivo de demissão por justa causa;
- c) O empregador deve oferecer, obrigatoriamente, a vacina dupla tipo adulto; as demais devem ser custeadas pelo próprio trabalhador;
- d) O documento comprobatório referente à recusa de vacinação deve ser guardado, unicamente, pelo próprio trabalhador e apresentá-lo à inspeção do trabalho, quando solicitado.

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

**21) Segundo as novas definições qSOFA (Quick SOFA) do Terceiro Consenso Internacional de Sepse e Choque Séptico (SEPSE 3.0), são caracterizadas de um paciente possivelmente séptico:**

- a) PA sistólica menor que 100 mmHg, frequência respiratória maior que 22/min e alteração do estado mental (GCS < 15);
- b) PA sistólica menor que 100 mmHg, frequência respiratória maior que 22/min e alteração do estado mental (GCS < 8);
- c) PA sistólica maior que 140 mmHg, frequência respiratória maior que 30/min e alteração do estado mental (GCS < 15);
- d) PA sistólica maior que 140 mmHg, frequência respiratória maior que 30/min e alteração do estado mental (GCS < 8).

**22) Em pacientes sob ventilação mecânica, dispositivos de umidificação são utilizados para aquecer e umidificar o gás inspirado. É correto afirmar sobre a umidificação durante a Ventilação mecânica invasiva e não invasiva:**

- a) A umidificação passiva deve ser utilizada em pacientes sob VNI;
- b) O uso de umidificação passiva (filtro) mostrou-se superior na prevenção da Pneumonia associada a VM;
- c) A umidificação passiva deve ser aplicada em pacientes com alto volume minuto (>10L/min);
- d) A umidificação ativa deve ser utilizada durante a estratégia de ventilação protetora, como na SDRA .

**23) Segundo recomendações das DIRETRIZES BRASILEIRAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA – 2013, pode ser considerado uma Contraindicação a VNI aqueles pacientes que apresentam:**

- a) Pacientes com baixo risco de broncoaspiração;
- b) Pós-operatório de Cirurgia Abdominal ou neurológica;
- c) Obstrução de vias aéreas superiores;
- d) Pós-operatório de Anastomose de estômago recente.

**24) Em pacientes sob ventilação mecânica, durante a estratégia protetora para tratamento de SARA, podemos afirmar que:**

- a) Deve-se usar a menor FiO<sub>2</sub> possível para garantir SpO<sub>2</sub> > 88%;
- c) Deve ser usada posição prona precocemente (< 48 hrs) nos casos com P/F < 150;
- d) Deve-se manter a prona por até 12 horas, com todos os cuidados adequados de proteção e monitorização;
- e) Pode-se utilizar a ventilação de alta frequência como terapia adjuvante.

**25) Segundo as DIRETRIZES BRASILEIRAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA – 2013, são critérios para considerar a aptidão para o desmame, somente os pacientes que apresentam:**

- a) Volume Minuto entre 5 a 8 L/min;
- b) Balanço Hídrico  $\leq$  500 ml nas últimas 24 horas;
- c) Equilíbrio ácido-básico com pH  $>7,20$ ;
- d) Frequência respiratória  $< 35-38$  ipm.

**26) Para os pacientes cooperativos, o MRC (Medical Research Council), escore utilizado na avaliação da força muscular periférica, demonstra-se com alto valor preditivo para a disfunção neuromuscular no paciente crítico. Classifica-se como Grau 2 da escala MRC:**

- a) Movimento ativo com eliminação da gravidade;
- b) Movimento ativo contra a gravidade e resistência;
- c) Movimento ativo contra a gravidade;
- d) Contração visível sem movimento do segmento.

**27) De acordo com as recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, considera-se um componente específico do nível 2 de progressão da mobilização do doente crítico:**

- a) A mobilização aeróbica e/ou contra-resistida;
- b) A mobilização ativa de extremidades;
- c) Os exercícios de controle de tronco;
- d) A mobilização passiva para MMII.

**28) De acordo com os critérios e mecanismos de segurança na mobilização precoce no doente crítico, do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, deve-se avaliar com cuidado a terapia a ser realizada naqueles que apresentam:**

- a) Taquipnéia: FR  $> 30$  rpm e Hipotensão: PAM  $< 65$ mmHg;
- b) Hipoxemia: oximetria de pulso  $< 88\%$  e novo aumento de DVA nas últimas 24 horas;
- c) Acidose: pH  $< 7,25$  (arterial) e FiO<sub>2</sub>  $> 0,6$ ;
- d) Hipertensão: PAM  $> 115$  mmHg e PEEP  $> 5$  cmH<sub>2</sub>O.

**29) Durante a aspiração traqueal de pacientes mecanicamente ventilados, é uma recomendação ou sugestão da Associação Americana para Cuidados Respiratórios (AACR):**

- a) Aspirar rotineiramente os pacientes em Ventilação Mecânica;
- b) Instilar solução salina normal antes da aspiração endotraqueal;
- c) O cateter de sucção deve ocluir menos de 50% do lúmen do tubo endotraqueal em crianças e adultos;
- d) A duração do evento de aspiração deve ser limitada a menos de 20 segundos.

**30) Segundo a I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, é correto afirmar que:**

- a) A percussão torácica aplicada imediatamente após a extubação é recomendada para a mobilização de secreção em RNs;
- b) É recomendada a realização de compressões torácicas seguidas de liberação rápida e completa da caixa torácica em RNs pré-termo;
- c) Recomenda-se que as crianças com fibrose cística submetidas a anestesia e intubação intratraqueal no pré-operatório sejam submetidas a técnicas de desobstrução de vias aéreas com drenagem postural;
- d) Recomenda-se a utilização da Hiperinsuflação manual, associada ou não a vibrocompressão, para a mobilização e o deslocamento de secreção das vias aéreas em pediatria e neonatologia.

**31) Nos pacientes em ventilação espontânea, é considerado um recurso na terapia de higiene brônquica através do Aumento do Fluxo Expiratório a seguinte técnica:**

- a) Vibração;
- b) Percussão;
- c) Huffing;
- d) Hiperinsuflação manual.

**32) O fisioterapeuta é o profissional responsável pela implantação e gerenciamento do plano de mobilização do paciente, embora nem todos estejam aptos para a mobilização ativa. Sendo assim, é correto afirmar sobre a Mobilização Passiva e o treinamento físico:**

- a) A mobilização passiva isolada não aumenta o consumo de oxigênio nos pacientes críticos;
- b) Tem como um dos objetivos prevenir a redução de força muscular pela diminuição da proteólise muscular;
- c) Apresenta vantagem sobre o treinamento muscular convencional, pois não promove aumento das variáveis metabólicas e hemodinâmicas no paciente;
- d) Apresenta eficácia significativa na manutenção da amplitude de movimento articular e melhora da função muscular.

**33) Nas Recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), é considerado um recurso de expansão pulmonar associado com a redução da pressão pleural:**

- a) A respiração por pressão positiva intermitente – RPPI;
- b) A espirometria de incentivo;
- c) A hiperinsuflação manual;
- d) A utilização de um equipamento CPAP.

**34) Nos pacientes críticos e enfraquecidos, a Estimulação Elétrica Neuromuscular é um recurso frequentemente utilizado por fisioterapeutas para melhorar a função muscular e está associada a:**

- a) Melhora da função muscular através da estimulação de média voltagem de nervos motores periféricos;
- b) Promoção de contrações musculares passivas e diminuição da capacidade muscular oxidativa;
- c) Melhora significativa da força muscular quando comparada com o uso de programas de exercícios;
- d) Potencialização do desempenho funcional de pacientes portadores de DPOC.

**35) A utilização da Espirometria de Incentivo é uma recomendação da Associação Americana para Cuidados Respiratórios (AACR) para se evitar complicações pulmonares. Podemos afirmar que, na prática clínica, a Espirometria de Incentivo:**

- a) Deve utilizar, preferencialmente, equipamentos orientados a Volume em preferência aos dispositivos orientados a Fluxo, devido a imposição de uma menor carga de trabalho respiratório;
- b) É recomendada para reduzir as complicações pulmonares de pacientes em pós-operatório de cirurgia de by-pass coronário (pontagem);
- c) Possui maior eficácia do que os exercícios de respiração profunda com tosse direta, isoladamente, na prevenção de complicações pulmonares de pacientes em pós-operatório;
- d) Deve ser utilizada para prevenir perdas na função pulmonar de pacientes em pós-operatório de cirurgias bariátricas.

**36 - O teste de caminhada de seis minutos (TC6) é amplamente utilizado na prática clínica do Fisioterapeuta com o objetivo de avaliar a capacidade funcional de indivíduos com doenças pulmonares e cardíacas, o mesmo deve ser realizado seguindo uma padronização e respeitando algumas contraindicações. Qual das alternativas abaixo é considerada uma contraindicação absoluta para a realização deste teste.**

- a) Síncope;
- b) Cardiomiopatia Hipertrófica;
- c) Hipertensão Pulmonar Significativa;
- d) Anormalidade Hidroeletrolítica.

**37 - Na clínica escola do HMTJ você recebe um paciente com histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) há quatro anos sem complicações. Ao realizar a anamnese e observar os exames complementares do paciente, mais especificamente o teste cardiopulmonar de exercício, realizado dois meses antes de seu paciente o procurar, você vê os seguintes resultados: “ECG sem alterações clínicas significativas”; “Comportamento da pressão arterial e da frequência cardíaca durante o exercício normais” e “VO<sub>2</sub> máximo relativo medido de 17mL.(kg.min)<sup>-1</sup>”. No Ecocardiograma não foi identificada nenhuma alteração no ventrículo esquerdo e a fração de ejeção foi de 60%. Diante destas informações e de acordo com as Diretrizes Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular e a AACVPR, estratifique o risco de seu paciente em participar de um programa de reabilitação cardiovascular.**

- a) Risco ausente;
- b) Baixo Risco;
- c) Risco Moderado;
- d) Alto Risco.

**38) Homem 60 anos sedentário, que já foi submetido a revascularização do miocárdio há 6 anos e obeso foi encaminhado por seu cardiologista à Clínica Escola de Fisioterapia do HMTJ para realizar reabilitação cardiovascular. Na avaliação em repouso o paciente apresentou FC de 93 bpm e PA de 130/90mmHg. O paciente trouxe também um teste ergométrico realizado utilizando um protocolo de rampa com os seguintes resultados: FC máxima 150 bpm; Vo2máx estimado 37,2 mL.(kg.min)<sup>-1</sup>; PAS máxima 200 mmHg. Qual a fase da reabilitação cardíaca este paciente deve ser incluído? Qual Zona Alvo de tratamento deste paciente de acordo com a fórmula de Karvonen?**

**Fórmula de Karvonen:  $FCT = FC \text{ repouso} + (0,6 \text{ a } 0,8) \times (FC \text{ Máxima} - FC \text{ repouso})$**

**A alternativa que melhor responde aos questionamentos anteriores é:**

- a) Fase 3; Zona alvo limite inferior = 127 bpm e limite superior = 139 bpm;
- b) Fase 2; Zona alvo limite inferior = 127 bpm e limite superior = 139 bpm;
- c) Fase 3; Zona alvo limite inferior = 139 bpm e limite superior = 154 bpm;
- d) Fase 2; Zona alvo limite inferior = 139 bpm e limite superior = 154 bpm.

**39) O treinamento muscular inspiratório (TMI) é uma modalidade de treinamento amplamente utilizada em pacientes Pneumopatas e mais recentemente em pacientes cardiopatas. Frente a essas informações assinale a afirmativa correta.**

- a) Para prescrição do TMI utilizamos um percentual do valor máximo obtido na avaliação da pressão expiratório máxima (PEmáxima);
- b) Os protocolos de treinamento possuem carga variando entre 30% e 70% da PEmáxima;
- c) Para avaliar as pressões inspiratórias os pacientes devem estar em decúbito dorsal;
- d) A carga de treinamento deve ser ajustada periodicamente de acordo com os valores obtidos na avaliação da PImáxima.

**40) A reabilitação cardíaca ambulatorial pode ser dividida em três fases, sendo que os pacientes encaminhados para este tipo de tratamento são estratificados por risco. Além da estratificação de risco, existem alguns contra-indicações consideradas absolutas ao tratamento de pacientes em um programa de reabilitação cardíaca ambulatorial. Selecione a contra-indicação absoluta para a reabilitação cardíaca fase II.**

- a) Extra-sístole ventricular isolada;
- b) insuficiência cardíaca;
- c) pericardite;
- d) pressão arterial sistólica maior que 160mmHg.