



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA – UNIPAMPA

CONCURSO PÚBLICO
NÍVEL SUPERIOR

MANHÃ

CADERNO DE PROVA
PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO 16:
Fisioterapeuta

ATENÇÃO!

Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de prova.

- 1 Nesta Parte II do seu caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e se os dados identificadores do seu cargo transcritos acima coincidem com o que está registrado em sua **folha de respostas** e em cada página numerada desta Parte II do seu caderno. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores do seu cargo, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

A arte e a ciência têm o seu ponto de encontro no método.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Considerando que, em uma criança com paralisia cerebral do tipo diplégica espástica, o padrão de posicionamento dos membros inferiores influencia o desempenho da marcha, julgue os itens que se seguem.

- 51 Uma das marchas características em crianças com esse tipo de paralisia cerebral é a chamada marcha em agachamento.
- 52 A órtese tornozelo-pé (AFO) de reação ao solo está contraindicada para o uso em crianças com esse tipo de paralisia cerebral.
- 53 Em crianças com este tipo de paralisia cerebral, os dois membros inferiores podem apresentar posturas que variam em termos de gravidade.

Com relação às órteses de membros inferiores, julgue os itens abaixo.

- 54 A órtese Parawalker é indicada para pacientes portadores de traumatismo raquimedular e mielodisplasias com lesões compreendidas entre os níveis T1 e L2.
- 55 Presença de lesões em maléolo lateral, com o uso da órtese tornozelo-pé (AFO) podem ser causadas por desabamento do pé em eversão do tornozelo na fase de apoio da marcha.
- 56 Encurtamentos de membros inferiores de 0,8 cm a 2,5 cm devem ser compensados com palmilhas três quartos, utilizadas dentro dos calçados convencionais.
- 57 O compressor dinâmico de tórax toracoesternal é indicado para pacientes com *pectus excavatum*.

No paciente idoso, a presença de incontinência urinária e o comprometimento do assoalho pélvico acaba por gerar importantes limitações funcionais e queda na sua qualidade de vida. Com relação a esse tema, julgue os próximos itens.

- 58 Um dos sinais e sintomas do quadro de incontinência urinária de urgência, por hiperatividade do detrusor, com comprometimento da contratilidade da bexiga, é o elevado volume residual pós-miccional.
- 59 No controle da incontinência urinária por treino funcional, a intervenção por treinamento vesical tem como população-alvo os pacientes cognitivamente comprometidos.
- 60 O uso de eletroterapia na incontinência urinária tem como um dos seus objetivos estimular o armazenamento de urina pela alteração da sensação da bexiga, por meio da estimulação das fibras aferentes.

Acerca do uso da crioterapia como modalidade terapêutica, julgue os itens a seguir.

- 61 Uma das vantagens do uso da massagem com gel é a de que nessa modalidade terapêutica os mecanorreceptores da pele são menos estimulados do que com a utilização das demais formas de crioterapia.
- 62 Uma das principais indicações do uso do crioalongamento é a distensão muscular de primeiro grau.
- 63 Em geral, o resfriamento tecidual por crioterapia de bolsa de gelo, nos primeiros 10 minutos de aplicação, é capaz de provocar alterações na força do músculo solear.
- 64 Para potencializar o efeito da crioterapia por compressa de gel, deve ser colocada sobre a compressa uma bandagem compressiva.

Considerando a relação da biomecânica com o exercício terapêutico, julgue os itens a seguir.

- 65 Uma das formas de manter a melhor estabilização da cabeça do úmero no centro da articulação do ombro é fortalecer os músculos do manguito rotador.
- 66 A estabilização das articulações dos membros inferiores é mais eficaz quando o exercício terapêutico é feito em cadeia cinética aberta.
- 67 Na espondilolistese, o músculo piriforme apresenta hipertonia reflexa, na tentativa de impedir a nutação do sacro.

Diversos testes ortopédicos e neurológicos, também conhecidos como testes especiais, podem indicar os fatores que causaram a perda funcional apresentada pelo paciente, facilitando assim a escolha da melhor terapêutica para o caso. Com relação aos testes especiais e suas respostas, julgue os itens subsequentes.

- 68 Com o teste de Ober positivo, o músculo reto femoral do lado testado deve ser alongado.
- 69 No teste de Cozen positivo, a terapia física deve ser direcionada para o epicôndilo medial do cotovelo comprometido.
- 70 O resultado positivo no teste de Milgran pode ser indicativo da presença de protusão de disco intervertebral.
- 71 O músculo gastrocnêmio deve ser prioritariamente alongado no caso de o teste de Ely ser positivo.

A respeito da técnica de fisioterapia aquática, julgue os itens que se seguem.

- 72 Na água, os efeitos fisiológicos do exercício independem da temperatura da água.
- 73 Para pacientes com problemas crônicos de coluna vertebral com características predominantes de rigidez, é indicada mobilização passiva na água.
- 74 Treinamento dos padrões recíprocos de movimentos faz parte das metas de tratamento de pacientes com traumatismo cranioencefálico.

De acordo com os princípios do tratamento do paciente com diagnóstico de gonartrose, julgue os itens a seguir.

- 75 Os movimentos pendulares do membro inferior afetado devem ser contraindicados, pois pioram a nutrição da cartilagem.
- 76 A mobilização da patela no sentido caudal, visando preservar e aumentar a mobilidade da flexão do joelho, é capaz de evitar a formação de aderências no recesso infrapatelar.
- 77 O treinamento da força muscular de membros inferiores, em cadeia cinética aberta, acarreta maior risco de descentralização articular do que em cadeia cinética fechada.

Com relação às patologias do quadril com má posição estrutural articular, julgue os itens seguintes.

- 78** Quanto menor for o ângulo de Wiberg, maior será o encurtamento dos músculos adutores e, sendo maior a posição de adução do membro inferior, maior será o risco de luxação da cabeça do fêmur em sentido craniano.
- 79** A anteposição da cabeça femoral precipita a instabilidade ventral da articulação coxofemoral.
- 80** Um dos sinais do paciente criança que já anda, portador desse quadro patológico, é o cansaço rápido ao andar ou ao ficar de pé por muito tempo.

Considerando um paciente com prótese bicondilar de joelho, julgue os itens que se seguem.

- 81** Está indicado no pós-operatório o uso de crioterapia por meio de *criocuff*.
- 82** As técnicas de mobilização da patela estão indicadas para os pacientes com prótese de joelho.

Segundo as condutas fisioterapêuticas a serem tomadas em paciente com doença de Perthes, julgue os próximos itens.

- 83** Deve-se orientar o paciente a optar por assentos baixos quando em permanência prolongada na posição sentada.
- 84** Atividades de prática desportiva como ciclismo e natação são contraindicadas para esses pacientes.
- 85** A tração de membros inferiores, alternada com a atividade muscular estática, contribui para melhorar o metabolismo articular nos portadores dessa patologia.

Em relação a ventilação mecânica, julgue os itens a seguir.

- 86** Em pacientes que desenvolveram a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), do tipo pulmonar, o sucesso do desmame pode ser considerado quando o enfermo consegue manter-se em ventilação espontânea durante, pelo menos, 24 horas após a interrupção da ventilação artificial.
- 87** Ventilação mecânica prolongada é um termo que se aplica aos pacientes que, mesmo com correção dos distúrbios funcionais e em processo de reabilitação, necessitam de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva por mais de 6 horas diárias, por tempo superior a três semanas.
- 88** Pressão positiva ao final da expiração (PEEP) deve ser sempre utilizada em pacientes com LPA/SDRA, para minimizar o potencial de lesão pulmonar associada ao uso de concentrações tóxicas de oxigênio inspirado e para evitar o colapso pulmonar ao final da expiração.
- 89** Em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a adição da pausa ao final da inspiração não está associada a otimização das trocas gasosas e é considerada um fator de perpetuação da hiperinsuflação. Isso ocorre pela redução da energia elástica estocada nos elementos viscoelásticos do sistema respiratório durante a inspiração.
- 90** Em ventilação mecânica, pode-se identificar variáveis que controlam o início e o término do ciclo artificial. Além disso, as modalidades ventilatórias podem ser limitadas pelas variáveis pressão, fluxo e tempo.

Um paciente com DPOC, insuficiência respiratória tipo II e cor pulmonale apresenta, após uso de medicação broncodilatadora, os seguintes valores espirométricos: capacidade vital forçada (CVF) em 47%; volume expirado forçado no primeiro segundo (VEF_1) em 17%, capacidade residual funcional (CRF) em 112%, volume residual (VR) em 122% e a relação VEF_1/CVF igual a 28% (porcentagem dos valores previstos de normalidade).

Com base nessa situação hipotética, julgue os próximos itens.

- 91** De acordo com os marcadores de obstrução ao fluxo aéreo, o paciente possui DPOC com gravidade moderada.
- 92** O volume de repouso do pulmão está elevado, caracterizando a hiperinsuflação pulmonar estática.
- 93** A aplicação de compressão vigorosa do tórax, no início da expiração espontânea, a fim de se obter um aumento do fluxo expiratório é uma das principais formas de conduta fisioterapêutica na DPOC. Isso reduz o aprisionamento aéreo e favorece as trocas gasosas.
- 94** Em pacientes com DPOC que apresentam nível de alteração espirométrica, a fraqueza muscular respiratória é um achado comum. Isso ocorre devido à redução do número de fibras musculares tipo I nos músculos da respiração, principalmente o diafragma.
- 95** Considerando os valores da prova de função pulmonar ($CVF < 50\%$ e $VEF_1/CVF < 70\%$), é correto afirmar que o paciente possui padrão espirométrico misto.
- 96** Por ser portador de insuficiência tipo II e cor pulmonale, há indicação de ventilação não invasiva na modalidade pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Esse recurso reduz a pressão transmural e aumenta a fração de ejeção ventricular esquerda, otimizando a função hemodinâmica.
- 97** A reabilitação pulmonar é indicação formal para o referido paciente. Entretanto, não é esperado que a espirometria apresente alterações positivas e significativas em relação aos valores de VEF_1 e da relação VEF_1/CVF .

Um paciente com 57 anos de idade e diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (ELA), com insuficiência da musculatura bulbar, apresenta engasgos com a própria saliva e tosse débil. Os seguintes valores gasométricos e de eletrólitos foram obtidos (em ar ambiente): pH = 7,20; pressão arterial de CO_2 ($PaCO_2$) igual a 56 mmHg; pressão arterial de O_2 (PaO_2) igual a 52 mmHg; $[Na^+] = 142$ mmol/L (142 mEq/L); $[K^+] = 4$ mmol/L (4 mEq/L); $[Cl^-] = 100$ mmol/L (mEq/L) e $[CO_2] = 18$ mmol/L (18 mEq/L).

Com base nessas informações e considerando ainda a pressão barométrica de 760 mmHg, julgue os itens que se seguem.

- 98** A ventilação não invasiva com pressão positiva é contraindicada, pois o paciente é incapaz de proteger as vias aéreas.
- 99** O distúrbio ácido-base é caracterizado por acidose respiratória e acidose metabólica.
- 100** A hipoxemia apresentada é somente uma consequência da hipoventilação. Por isso, ao ser ventilado artificialmente e com incrementos no volume corrente, mesmo com fração inspirada de oxigênio (FiO_2) de 21%, rapidamente o paciente terá a troca gasosa normalizada.

Um paciente de 63 anos de idade é admitido no pronto-atendimento com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Apresenta taquidispneia no repouso, uso de musculatura acessória da respiração, batimento de asa de nariz. A gasometria (em ar ambiente) mostra $\text{pH} = 7,31$; $\text{PaO}_2 = 58 \text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2 = 48 \text{ mmHg}$; $[\text{HCO}_3^-] = 22 \text{ mmol/L}$ (22 mEq/L) e saturação periférica de oxigênio (SpO_2) = 84%.

Com base nessa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

- 101** Em função da idade do paciente, não há quadro de hipoxemia.
- 102** De acordo com o quadro apresentado, há indicação formal para utilização da CPAP e do oxigênio suplementar.
- 103** A diferença alvéolo-arterial está elevada, o que caracteriza distúrbio da relação ventilação-perfusão.

Considere que um paciente adulto com SDRA, esteja sendo ventilado artificialmente na modalidade assisto-controlada a volume; em seguida, o fisioterapeuta altere a modalidade ventilatória para assisto-controlada a pressão e essa alteração cause elevação da pressão média nas vias aéreas. Com referência a essa situação, julgue os itens a seguir.

- 104** De forma distinta da pressão de pico, a elevação da pressão média nas vias aéreas resulta em redução dos efeitos cardiovasculares adversos e do risco de barotrauma associados à ventilação mecânica.
- 105** Após a intervenção do fisioterapeuta, a pressão nas vias aéreas pode ser alterada por meio de parâmetros do ventilador mecânico como frequência respiratória, pressão inspiratória, forma da onda do fluxo inspiratório, relação inspiração/expiração, tempo inspiratório e pressão positiva no final de expiração (PEEP).
- 106** A elevação na pressão média pode resultar em maior oxigenação arterial.
- 107** Na modalidade ventilatória assisto-controlada, quanto maior for o tempo expiratório, maior será a pressão média nas vias aéreas do paciente.

Com relação ao Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aprovado pela resolução COFFITO 10, de 3/7/1978, e ao Código de Ética e Exercício Profissional, julgue os itens de **108 a 112**.

- 108** O fisioterapeuta, quando comete erro em sua atuação profissional, é responsabilizado integralmente perante a lei. Contudo, quando o erro é cometido na coletividade de uma instituição ou de uma equipe, a responsabilidade é diminuída e a penalidade é atenuada.
- 109** É dever do fisioterapeuta informar ao cliente quanto ao diagnóstico e ao prognóstico fisioterápico e objetivos do tratamento, salvo quando tais informações possam causar dano ao paciente.

110 É proibido ao fisioterapeuta recomendar, prescrever e executar tratamento ou nele colaborar, quando praticado sem o diagnóstico médico, mesmo nos casos de baixa complexidade clínica.

111 É proibido ao fisioterapeuta divulgar terapia ou descoberta cuja eficácia não seja publicamente reconhecida pelos organismos profissionais competentes, mesmo que a própria experiência clínica demonstre a efetividade da terapia.

112 É função do fisioterapeuta, à vista de parecer diagnóstico recebido e após buscar as informações complementares que julgar convenientes, avaliar e decidir quanto à necessidade de submeter ou não o cliente à fisioterapia, mesmo quando o tratamento é solicitado por profissional médico.

Em relação à ergonomia e à fisioterapia nas doenças cardíacas, julgue os itens seguintes.

113 A classificação funcional de Weber correlaciona a idade do paciente com o número de equivalentes metabólicos (METs) despendidos em atividades da vida diária, por isso pode ser utilizada para se determinar a capacidade funcional de um paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca.

114 Em indivíduos saudáveis, a resposta ao exercício dinâmico ocorre com a pressão arterial sistólica se elevando progressivamente e a pressão arterial diastólica permanecendo inalterada ou discretamente diminuída. Já no período pós-exercício, para manutenção do volume de ejeção ventricular, há redução progressiva da pressão arterial sistólica e elevação da pressão arterial diastólica.

Um paciente de 56 anos de idade, 80 kg e 1,62 m, submetido a cirurgia abdominal alta via laparoscopia, apresenta dispnéia aos mínimos esforços, frequência respiratória de 28 ipm, $\text{SpO}_2 = 87\%$, capacidade vital de 560 mL e murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares.

Tendo como referência essa situação hipotética, julgue os itens que se seguem.

115 Técnicas de re-expansão pulmonar que tenham como princípio a redução da pressão intrapleural são contraindicadas para o referido paciente.

116 Observando simplesmente o marcador de troca gasosa, não é possível identificar a necessidade de oxigênio suplementar.

117 Os recursos fisioterapêuticos que efetivamente podem alterar a pressão transpulmonar e reverter a atelectasia do referido paciente são a respiração diafragmática, a CPAP, a pressão expiratória positiva (PEP) e, principalmente, a pressão positiva ao final da expiração (EPAP).

118 A impedância do sistema respiratório pode estar normal, pois o paciente não apresenta obstrução ao fluxo aéreo.

119 A diminuição do débito cardíaco é mais comum de ocorrer com EPAP que com a CPAP, considerando níveis idênticos de pressão expiratória.

120 Se submetido a CPAP, o paciente poderá re-expandir as áreas pulmonares com atelectasia, e incrementos na SpO_2 , PaO_2 e diminuição da diferença alvéolo-arterial são sinais positivos da reversão do colapso alveolar.