

PROVA OBJETIVA

CARGO: FISIOTERAPEUTA

01) O grupo muscular quadríceps femoral é o único que cruza anteriormente o eixo do joelho e é o único mobilizador primário para extensão do joelho. Os outros músculos que podem agir para estender o joelho requerem que ele esteja fixo criando uma cadeia fechada com a contribuição de outros músculos que participam desta função. Sobre a ação muscular desses músculos é CORRETO afirmar:

- a) O grupo muscular Pata de Ganso proporciona estabilidade lateral do joelho e afeta rotação da tíbia em cadeia fechada.
- b) Os isquiotibiais e gastrocnêmio podem produzir ou controlar a contração do joelho fixando a tíbia.
- c) O pico de torque é maior nos últimos 70 e 50 graus com a redução do braço de alavanca já que o músculo é mais exigido pela demanda imposta pela extensão terminal.
- d) A patela melhora a força de alavanca no momento da força extensora diminuindo a distância do tendão do quadríceps femoral a partir do eixo da articulação do joelho.

02) Sobre as lesões nervosas no plexo braquial do tipo ERB-KLUMPE podemos afirmar:

- a) É a lesão do plexo braquial superior envolvendo raiz de C5 e C6.
- b) É a lesão total do plexo braquial estando relacionada com a síndrome de Horner em um terço dos pacientes afetados.
- c) É a lesão do plexo médio envolvendo raiz de C6 e C7.
- d) É a lesão que inclui o plexo inferior com as raízes de C5 a C8.

03) Uma fratura é a quebra estrutural na continuidade de um osso, na placa epifisária ou numa superfície articular cartilaginosa. Quando

ocorrem as fraturas, ocorre algum grau de lesão também nos tecidos moles e estruturas adjacentes ao osso. A reconstituição da fratura se dá por meio do processo de cicatrização tanto óssea como em tecidos moles. Sendo assim é CORRETO afirmar:

- a) A formação de osso lamelar decorrente da proliferação de osteoblastos e condroblasto acontece desde as fases iniciais da fratura até o remodelamento ósseo.
- b) Durante a cicatrização em estágios iniciais as células osteogênicas proliferam a partir apenas do endóstio com a formação do calo se apresentando radioluscente.
- c) No calo em fase de amadurecimento a área de formação se dá a partir da proliferação de células osteoplásticas e condroblásticas apenas por formação periosteal.
- d) A formação do calo ósseo ocorre de forma gradual sendo chamada de endocondral, podendo ainda nesta fase aparecer a linha de fratura na radiologia.

04) Quando uma alavanca óssea se move em torno de um eixo de movimento ocorre também movimento na superfície óssea do osso oposto na articulação. O movimento de alavanca é chamado balanço, sendo classicamente descrito como flexão, extensão, adução, abdução e rotação. Sendo assim podemos afirmar:

- a) O rolamento ocorre sempre na direção oposta ao movimento de balanço do osso, quando a superfície é convexa ou côncava.
- b) O movimento das superfícies ósseas dentro da articulação deve ter uma folga capsular adequada para permitir o rolamento e o deslizamento, permitindo assim o giro.
- c) O rolamento ocorre sempre na mesma direção ao movimento de balanço do osso, somente quando a superfície côncava.
- d) Nas articulações com funcionamento normal o rolamento puro não acontece sozinho mas em combinação com o deslizamento, impedindo o giro.

05) A marcha normal requer a funcionalidade de várias articulações dos membros inferiores. Durante o ciclo normal de marcha a articulação do quadril é responsável pela manutenção da funcionalidade e suavidade no padrão de marcha. Sendo assim a biomecânica articular decorre da harmonia muscular e articular. Sobre a biomecânica articular do quadril é CORRETO afirmar:

- a) Ocorre um pico de rotação externa na fase em que o membro recebe a carga.
- b) O quadril tem uma amplitude de 40 graus de flexão e 30 graus de extensão.
- c) Ocorre inclinação de 10 graus de abdução/adução associada à inclinação lateral.
- d) Rotação interna/externa do quadril com rotação pélvica de 15 graus de movimento no plano transversal.

06) O manguito rotador é formado por quatro músculos: subescapular, redondo menor, supraespinhoso e infraespinhoso. A anatomia vascular do manguito rotador se constitui um dos fatores de etiologia de lesão. Na área de Codman se inicia o processo degenerativo do manguito rotador. Que músculo está associado a esta área?

- a) Redondo menor.
- b) Subescapular.
- c) Supraespinhoso.
- d) Infraespinhoso.

07) O uso de órteses de proteção após a reconstituição do ligamento cruzado anterior (LCA) visa à proteção do enxerto e à prevenção de contraturas. Na presença dessas complicações a reabilitação fica comprometida. Diante do exposto é CORRETO afirmar que a prescrição das órteses:

- a) independe da adesão do paciente a reabilitação.
- b) independe de observações intra-operatória.
- c) independe da fixação.
- d) depende da fixação quando associada a reparo de menisco e ligamento colateral.

08) Correlacione a segunda coluna com a primeira:

1. Marcha Tabética 4. Marcha Hemiplégica

2. Marcha Tesourante 5. Marcha Propulsiva
3. Marcha Escarvante

- A- Passos curtos por retirada de um membro. Presente nos encurtamentos de membros ou de deformidades dos pés.
- B- Adução e cruzamento dos membros com flexão dos joelhos.
- C- Realizada em semicírculos por movimento do tronco, inclinação para o lado afetado. Membro rígido ou semifletido.
- D- Aumento da base de sustentação, paciente apresenta-se desajeitado e inseguro. Espaçamento desigual dos passos.
- E- Posição inclinada, passos pequenos e arrastados, começa lento tornando rápido depois, procurando centro de gravidade.

A sequência CORRETA é:

- a) 1D, 2A, 3D, 4E, 5C.
- b) 1C, 2B, 3A, 4D, 5E.
- c) 1E, 2B, 3C, 4D, 5A.
- d) 1D, 2B, 3A, 4C, 5E.

09) Paciente com 42 anos, hipertensa, apresenta deficit motor súbito e alterações da linguagem com afasia. A lesão neurológica esperada nesse quadro clínico é:

- a) hemiplegia direita.
- b) paralisia facial lateral direita.
- c) paralisia facial lateral esquerda.
- d) hemiplegia esquerda.

10) A eficiência cardíaca frente aos exercícios é uma das variáveis que determinam o sucesso de uma reabilitação. Essa eficiência está diretamente ligada ao volume sistólico. As três variáveis que regulam esse volume são:

- a) Resistência coronária, volume diastólico final e fração de ejeção.
- b) Frequência cardíaca, nodo sino-atrial e rede de Purkinje.
- c) Nodo sino-atrial, rede de Purkinje e volume diastólico final.
- d) Volume diastólico final, resistência periférica e contratilidade.

☐

11) A contratilidade cardíaca pode ser definida como a força de contração num determinado comprimento da fibra. O controle da contratilidade é determinado por:

- a) adrenalina da medula supra renal e noradrenalina das terminações nervosas simpáticas.
- b) noradrenalina da medula supra renal e adrenalina das terminações nervosas simpáticas.
- c) músculos papilares ventriculares e do feixe de His.
- d) fração de ejeção e feixe de His.

12) Sobre as alterações circulatórias que ocorrem em um programa de reabilitação durante o exercício, podemos afirmar que ocorre o seguinte fenômeno:

- a) Aumento do fluxo sanguíneo para os músculos esqueléticos por aumento do débito cardíaco, da vasoconstrição metabólica dos músculos e do desvio de sangue diretamente para as vísceras e pele.
- b) O fluxo sanguíneo para os músculos periféricos aumenta por aumento do débito cardíaco, da vasodilatação metabólica dos músculos e desvio do sangue para longe das vísceras e da pele.
- c) Redução do fluxo sanguíneo para os músculos por elevação da frequência cardíaca e da fração de ejeção ventricular.
- d) Aumento da resistência periférica e para os órgãos viscerais decorrente da estimulação parassimpática determinada pelo exercício.

13) A realização de uma criteriosa avaliação pneumofuncional determina um melhor êxito nos resultados terapêuticos a serem atingidos. Sobre avaliação funcional respiratória podemos afirmar que:

- a) nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, ocorre uma maciez a percussão decorrente da hiperinsuflação pulmonar.
- b) nas doenças restritivas, encontramos aumento do frêmito toracovocal, do murmúrio vesicular e da expansibilidade.
- c) nas doenças restritivas, encontramos redução do frêmito toracovocal, do murmúrio vesicular e da expansibilidade.

d) nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, o murmúrio vesicular encontra-se aumentado pela presença da hiperinsuflação pulmonar.

14) Sobre a Terapia de Expansão Pulmonar podemos afirmar que:

- a) A expansão com uso da pressão aérea positiva contínua reduz a capacidade residual funcional com consequente aumento da expansão pulmonar.
- b) A espirometria de incentivo aumenta a expansão pulmonar através do aumento da positividade da pressão intrapleural.
- c) A terapia com pressão positiva intermitente permite uma redução da pressão intra alveolar e da pressão intra pleural propiciando um maior aporte de ar aos pulmões.

d) Na espirometria de incentivo ocorre a elevação do gradiente transrespiratório com consequente aumento da quantidade de ar para os alvéolos.

15) A ventilação não invasiva por pressão positiva se dá através de um aparelho capaz de gerar uma pressão que determina o aumento da pressão transpulmonar para insuflação dos pulmões. Sobre este importante recurso terapêutico podemos afirmar que:

a) ocorre aumento da pressão no mediastino determinando aumento das pressões intracavitárias cardíacas e redução do retorno venoso.

b) a redução do esforço dos músculos respiratórios é propiciada pelo aumento do volume corrente e da frequência respiratória com redução do volume minuto.

c) ocorre redução da pressão no mediastino determinando aumento das pressões intracavitárias cardíacas e aumento do retorno venoso.

d) auxilia os pacientes hipersecretivos para eliminação de secreções como também aqueles com instabilidade hemodinâmica, por propiciar melhorias nos níveis de pressão arterial em hipotensos.

<p>16) Sobre técnicas convencionais de tratamento Fisioterápico, responda:</p> <p>I. A vibração manual é uma modalidade terapêutica que tem a sua frequência compreendida entre 20 e 25 hertz.</p> <p>II. A tosse tem como função remover secreções broncopulmonares, sendo mais eficaz se houver fluxo laminar.</p> <p>III. A percussão torácica ou tapotagem, não tem relação com o aumento do clearance das secreções brônquicas.</p> <p>a) Apenas I está correta. b) Apenas I e II estão corretas c) Estão corretas I, II, e III. d) Apenas a III está correta</p> <p>17) Os incentivadores respiratórios estão indicados quando:</p> <p>I. Desejamos reintegrar as unidades ventilatórias que tiveram a sua complacência diminuída.</p> <p>II. Quando existe alteração na dinâmica ventilatória impedindo o mecanismo de desinsuflação pulmonar.</p> <p>III. Em presença da diminuição da CVF, do VEF1 e aumento da complacência.</p> <p>a) I e II são verdadeiras. b) II e III são verdadeiras. c) Somente a II é verdadeira. d) Somente a I é verdadeira.</p> <p>18) Assinale a alternativa INCORRETA:</p> <p>a) O Huffing é uma manobra forçada e brusca com formação de pontos de igual pressão.</p> <p>b) O trendelenburg é descrito para pacientes com bronquiectasias, para facilitar a remoção de secreções Brônquicas.</p> <p>c) A aceleração do fluxo aéreo expiratório tem sua fundamentação na lei de Poiseuille.</p> <p>d) O ciclo ativo da respiração mostra-se efetivo na remoção de secreções centrais.</p> <p>19) Sobre a hiperinsuflação manual com AMBU, assinale a alternativa INCORRETA.</p> <p>a) É utilizada para melhorar a complacência pulmonar.</p>	<p>b) É utilizada para facilitar a remoção de secreções.</p> <p>c) A possibilidade de expansão alveolar, em alvéolos colapsados está fundamentada no fenômeno de Poiseuille e interdependência.</p> <p>d) A técnica é geralmente realizada administrando uma insuflação e uma rápida liberação do volume com o objetivo de obter uma alta taxa de fluxo expiratório.</p> <p>20) Dentre os índices abaixo qual deles não é probabilístico para o desmame, da prótese ventilatória:</p> <p>a) Índice de CROP b) Índice de Nemer c) Índice de Ferrari-Tadini d) Índice de Borg</p> <p>20) Dentre as alternativas abaixo qual está relacionada à correção de uma IRA tipo I?</p> <p>a) No paciente em AVM, aumentar a PEEP.</p> <p>b) No paciente em AVM no modo PSV + PEEP, aumentar o valor de PSV.</p> <p>c) No paciente em AVM no modo VCV, aumentar o volume corrente.</p> <p>d) No paciente em AVM no modo PCV, aumentar o T insp.</p>
--	---