

FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR

1) 1) A Resolução COFFITO nº 555/2022 instituiu a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), estabelecendo um sistema padronizado de descrição e codificação dos diagnósticos fisioterapêuticos. Sobre a CBDF, assinale a alternativa CORRETA:

(A) A CBDF substitui integralmente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), adotando um modelo exclusivamente biomédico de categorização diagnóstica.

(B) Os diagnósticos fisioterapêuticos podem ser classificados em Saúde Cinético-funcional (CBDF S), Deficiências Cinético-funcionais (CBDF D), Limitações de Mobilidade (CBDF M) e Restrições à Participação Social (CBDF P).

(C) A CBDF deve ser utilizada principalmente em casos de deficiências cinético-funcionais leves, moderadas e graves, não sendo aplicável em situações de promoção da saúde e prevenção.

(D) A atualização da CBDF ocorre anualmente, sempre no mês de março, mediante proposições encaminhadas diretamente pelos profissionais de saúde ao Ministério da Saúde.

(E) O diagnóstico fisioterapêutico é útil também para avaliação do resultado ao longo de um período (manutenção, melhora ou piora das deficiências cinético-funcionais, limitações de mobilidade e/ou restrições à participação social).

2)

2) A Resolução COFFITO nº 454/2015 – Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Cardiovascular. Em relação as áreas de atuação do fisioterapeuta especialista profissional em fisioterapia cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA:

I. Prevenção primária e secundária.

II. Educação, ensino e pesquisa.

III. Reabilitação de disfunções metabólicas.

(A) I, II e III são corretas.

(B) Apenas I e II são corretas.

(C) Apenas I e III são corretas.

(D) Apenas I é correta.

(E) I, II e III são incorretas.

3)

3) Segundo a Resolução COFFITO nº 454/2015, o Fisioterapeuta Cardiovascular atua em diversos ambientes de atenção à saúde. Considerando os três ambientes explicitamente mencionados para a atuação desse profissional, assinale a alternativa CORRETA:

(A) Escolar, laboral e comunitário.

(B) Clínicas, academias e centros de pesquisa.

(C) Unidades de pronto atendimento, postos de saúde e creches.

(D) Hospitalar, ambulatorial (clínicas, consultórios, unidades básicas de saúde) e domiciliar.

(E) Hospitalar, clínicas de reabilitação e recreacional.

4)

4) A Resolução COFFITO nº 555/2022 institui a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Em relação aos modelos de saúde que embasam a descrição e codificação dos diagnósticos fisioterapêuticos na CBDF, assinale a alternativa CORRETA:

(A) Modelo biomédico e social.

(B) Modelo puramente funcional.

(C) Modelos biopsicossocial e funcional de saúde.

(D) Modelo clínico e epidemiológico.

(E) Modelo assistencialista e preventivo.

5)

5) Durante a realização de sua atividade física de rotina, você encontra um homem de aproximadamente 50 anos de idade que acaba de sentar-se e relata dor precordial e sudorese fria. Apresenta-se consciente, porém pálido e angustiado. De acordo com a Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013 que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, assinale a alternativa CORRETA:

(A) O código de ética descreve em seu artigo 10 que: É proibido ao fisioterapeuta negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso indubitável de urgência.

(B) O código de ética não aborda questões relacionadas a situações de urgência.

(C) Desconsiderar a queixa pois claramente trata-se de um caso de ansiedade.

(D) Por não se tratar de um paciente acompanhado por você, o melhor seria não se envolver.

(E) O código de ética descreve em seu artigo 10 que: É facultativo ao fisioterapeuta negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso indubitável de urgência.

6)

6) Um indivíduo sedentário, sem contraindicações, deseja iniciar um programa de exercícios para prevenção de doenças cardiovasculares. Segundo a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular (2020), a prescrição dos exercícios físicos pode variar

em relação às suas diversas características, partindo de uma avaliação inicial cautelosa e individualizada. Assinale a alternativa CORRETA:

(A) Pacientes já fisicamente ativos podem realizar, desde o início, exercícios em níveis mais intensos, objetivando um mínimo de 150 minutos, divididos em duas ou mais sessões semanais.

(B) Pacientes sedentários devem iniciar os exercícios no limite inferior da prescrição, progredindo gradativamente ao longo das semanas seguintes. A progressão inicial pode ser feita na duração da sessão e, posteriormente, na intensidade dos exercícios.

(C) Pacientes sedentários devem iniciar com exercícios de moderada intensidade por 75 minutos semanais, divididos em uma única sessão, para atingir rapidamente o benefício cardiovascular.

(D) Pacientes sedentários devem priorizar exercícios pela via metabólica predominante anaeróbica alática e láctica, priorizando o tempo de duração do exercício.

(E) Para a promoção de saúde e prevenção de doenças cardiovasculares, os pacientes devem atingir, no máximo, 150 minutos semanais ou de alta intensidade por 75 minutos semanais (recomendação 1 B).

7)

7) Mulher, 35 anos, fumante. Estatura de 1,65 m, massa corporal de 52 Kg, IMC de 19,1 Kg/m², frequência cardíaca (FC) em repouso de 66 bpm, pressão arterial (PA) em repouso 142/86 mmHg, colesterol total de 174 mg/dL (4,51 mmol/L), glicose normal com uso de insulina. Diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada aos 08 anos de idade. Pratica exercício físico resistido, 03 vezes por semana, e caminha 45 min, 04 vezes por semana, ambos os pais têm boa saúde, sem histórico de doença cardiovascular (DCV). Assinale a alternativa CORRETA que aponta quantos fatores de risco modificáveis e não-modificáveis para risco de DCV podem ser elencados na situação hipotética acima.

(A) Dois.

(B) Quatro.

(C) Nenhum.

(D) Três.

(E) Cinco.

8)

8) A dispneia é resultante de vários fatores, que incluem a dissociação entre a atividade respiratória central e informações motoras aferentes recebidas de receptores situados em diferentes estruturas. Com base nos mecanismos fisiopatológicos da dispneia nas cardiopatias, assinale a alternativa que CORRETA:

I. Os quimiorreflexos são os principais mecanismos de controle e regulação das respostas ventilatórias às mudanças de concentração do O₂ e CO₂ arterial.

II. A hipoxemia crônica, comumente observada em doenças cardiovasculares, exerce influência no aumento da resistência vascular e induz a sobrecarga cardíaca e outros mecanismos compensatórios, como aumento do débito cardíaco (DC), insuficiência da bomba cardíaca e congestão pulmonar.

III. Na insuficiência cardíaca (IC), é comum o relato de dispneia paroxística noturna. Esse tipo de dispneia ocorre durante o sono, em decúbito dorsal, quando há favorecimento do aumento do retorno venoso por ausência da ação da gravidade.

IV. A hipoxemia, somada à insuficiência cardíaca, pode resultar em aumento do fluxo sanguíneo pulmonar, atelectasia e formação de shunts, além da liberação de substâncias tóxicas no vaso, gerando reação inflamatória.

V. A sintomatologia típica do tamponamento pericárdico costuma ser sensação de dispneia, taquicardia, desmaio iminente, dor torácica (a qual se agrava ao deitar-se e alivia ao sentar-se), palpitações, entre outros.

(A) Apenas I, III e IV são corretas.

(B) I, II, III, IV e V são corretas.

(C) Apenas I, II e III são corretas.

(D) Apenas I, III e V são corretas.

(E) Apenas II, III, IV e V são corretas.

9)

9) O Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF) lista diversos "Exames Funcionais". Considerando os seguintes procedimentos abaixo, assinale a alternativa CORRETA que apresenta um procedimento classificado como um "Exame funcional" no RBPF.

(A) Acupuntura.

(B) Pilates.

(C) Osteopatia.

(D) Ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo.

(E) Reeducação Postural Global (RPG)

10)

10) De acordo com o Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF), o Capítulo 1 trata da "Consulta Fisioterapêutica". Assinale a alternativa CORRETA quanto ao objetivo da consulta fisioterapêutica como método de investigação semiológica.

(A) Trata-se exclusivamente da aplicação de testes funcionais.

(B) Prioritariamente envolve a interpretação de exames complementares de imagem.

(C) Compreende elaborar e estabelecer o Diagnóstico Fisioterapêutico, o Prognóstico Fisioterapêutico e a Prescrição Fisioterapêutica.

(D) Apenas descreve a coleta de dados de anamnese.

(E) Somente engloba a realização de exames físicos.

11)

11) O metaborreflexo muscular (MRM) teve sua primeira descrição em 1937, e é definido como uma resposta fisiológica e reflexa do organismo ao metabolismo muscular elevado durante o exercício físico. Na presença de doenças cardiovasculares (DCV) o MRM pode cursar com desregulação. Sobre a desregulação do MRM em pacientes com DCV, assinale a alternativa CORRETA:

I. A desregulação do MRM pode causar uma elevação anormal da pressão arterial (PA) durante o exercício físico, devido à ativação inadequada dos mecanismos simpáticos e vasoconstritores.

II. A desregulação do MRM está associada à diminuição da tolerância ao exercício físico, pois a resposta inadequada pode resultar em circulação sanguínea insuficiente e fadiga muscular precoce.

III. Pacientes com desregulação do MRM têm um risco aumentado de eventos cardiovasculares adversos, como arritmias e insuficiência cardíaca, devido à resposta desregulada do sistema cardiovascular durante o esforço físico.

IV. A desregulação do MRM pode melhorar a função pulmonar por meio da otimização da ventilação e perfusão durante o exercício físico.

(A) Apenas I, II e III são corretas.

(B) Apenas I, III e IV são corretas.

(C) Apenas II, III e IV são corretas.

(D) I, II, III e IV são corretas.

(E) Apenas II e IV são corretas.

12)

12) Cardiotoxicidade é o termo usado para lesões cardiovasculares desenvolvidas em decorrência do tratamento oncológico, em especial a quimioterapia. A sua fisiopatologia depende do tipo de agente utilizado, como os agentes tipo I (antraciclina e agentes alquilantes) e os agentes tipo II (anticorpos monoclonais). No que diz respeito à cardiotoxicidade em razão da utilização de antraciclina, assinale a alternativa CORRETA:

(A) As antraciclina ocasionam lesões cardíacas potencialmente graves, mas reversíveis.

(B) As lesões ocasionadas pelas antraciclina independem da dose utilizada.

(C) A cardiotoxicidade aguda ocasionada por antraciclina apresenta-se normalmente como pericardite e miocardite.

(D) A cardiotoxicidade crônica ocasionada pelas antraciclina é representada por cardiomiopatia dilatada, disfunção sistólica ventricular esquerda e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

(E) A cardiotoxicidade crônica ocasionada pelas antraciclina não evolui para cardiomiopatia dilatada, disfunção sistólica ventricular esquerda e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

13)

13) A Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) preenche uma lacuna do Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF) dada a relação entre os diagnósticos e os procedimentos fisioterapêuticos. No documento de descrição da CBDF são apresentadas as Deficiências Cinético-funcionais Cardiovasculares (DCC). Sobre as DCC, assinale a alternativa CORRETA:

(A) O diagnóstico das DCC é dispensável para prescrição de intervenções fisioterapêuticas cardiovasculares.

(B) As DCC ocorrem apenas quando há presença de doenças cardiovasculares com alterações estruturais e/ou funcionais do coração.

(C) Um dos principais parâmetros semiológicos das DCC é a fatigabilidade ou baixa capacidade para atividades físicas.

(D) A capacidade aeróbica é classificada como “boa” quando >4 METS.

(E) O diagnóstico das DCC não é necessário para intervenções preventivas, mas sim para intervenções de recuperação funcional.

14)

14) O aumento da aptidão cardiorrespiratória é um dos efeitos crônicos do exercício físico. Após um período de treinamento físico aeróbico, algumas alterações fisiológicas podem justificar estes efeitos. Assinale a alternativa CORRETA que indica uma das alterações fisiológicas que justificam tal efeito crônico:

(A) Aumento do débito cardíaco de repouso.

(B) Redução do volume sistólico de repouso.

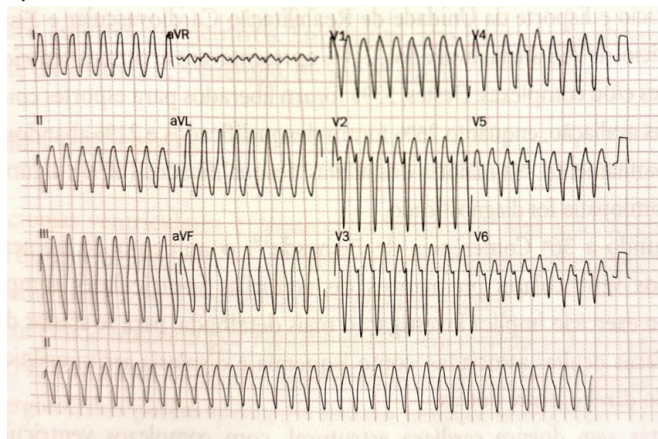
(C) Redução da diferença arteriovenosa de oxigênio de repouso.

(D) Redução da frequência cardíaca de repouso.

(E) Aumento da resistência vascular periférica de repouso.

15)

15) A monitorização eletrocardiográfica é uma das estratégias que agregam segurança à prática de exercícios físicos em indivíduos com estratificação de risco moderada a alta para eventos cardiovasculares. Observe o traçado eletrocardiográfico abaixo. Assinale a alternativa CORRETA em relação à alteração apresentada:



Fonte: Negrão CE et al, 2019.

(A) Bradicardia sinusal.

(B) Fibrilação atrial.

(C) Extrassístole supraventricular.

(D) Bloqueio atrioventricular completo.

(E) Taquicardia ventricular.

16)

16) Segundo a atualização da American Heart Association (2023) sobre treinamento resistido (TR) em indivíduos com e sem doença cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA que reflete de forma mais acurada a evidência comparativa entre TR, treinamento aeróbico (TA) e treinamento combinado (TC) em relação à mortalidade e fatores de risco cardiovasculares.

(A) O TR isolado não tem impacto significativo sobre fatores de risco cardiovasculares, sendo inferior ao TA e ao TC em todos os desfechos avaliados.

(B) Em comparação com adultos que não relataram nenhuma atividade, os indivíduos que praticam TC apresentam um risco 40% a 46% menor de mortalidade por todas as causas e por doença cardiovascular.

(C) Apenas o TA apresenta efeitos consistentes sobre pressão arterial, lipídios e glicemia; os benefícios do TR e do TC permanecem inconclusivos.

(D) O TC não apresenta vantagens adicionais sobre o TR isolado em relação ao controle da obesidade, diabetes e hipercolesterolemia.

(E) Para controle da glicemia, todos os modos têm benefícios. No entanto, TA pode ter associações mais fortes, seguido por TR e, em seguida, TC.

17)

17) O treinamento muscular inspiratório (TMI) de alta intensidade (TMI-AI) é considerado mais eficaz que o TMI de baixa intensidade (TMI-BI) para melhorar a força e resistência muscular inspiratória. Embora os efeitos desejáveis tenham sido classificados como moderados e os indesejáveis como triviais, a certeza da evidência geral (CoE) para esta recomendação é muito baixa. Assinale a alternativa CORRETA que apresenta a principal razão para esta baixa CoE no caso do TMI:

(A) O custo elevado dos equipamentos necessários para o TMI-AI.

(B) A falta de aceitação do TMI por parte dos pacientes com insuficiência cardíaca.

(C) O uso de um método atípico de intervenção e medição de desfecho em comparação com estudos típicos.

(D) A existência de múltiplos estudos com resultados conflitantes.

(E) A impossibilidade de integrar o TMI em programas de reabilitação existentes.

18)

18) Paciente masculino, 58 anos, diagnosticado com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) (FEVE = 35%), em classe funcional II da New York Heart Association (NYHA), estável clinicamente e em uso otimizado de betabloqueador e inibidor de enzima conversora de angiotensina (IECA), foi encaminhado a um programa ambulatorial de Fisioterapia Cardiovascular, cujo a organização de prescrição segue a Diretriz de Prática Clínica da ASSOBRAFIR em Fisioterapia Cardiovascular na Insuficiência Cardíaca (2025). Após quatro semanas de treinamento contínuo moderado (30-40 min, 3-4 vezes/semana), considerado bem tolerado, o fisioterapeuta propõe a inserção do treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT), conforme as recomendações mais recentes.

Considerando o que está estabelecido na Diretriz de Prática Clínica da ASSOBRAFIR em Fisioterapia

Cardiovascular na Insuficiência Cardíaca (2025), assinale a alternativa CORRETA:

(A) A Diretriz contraindica o HIIT na ICFEr, recomendando exclusivamente o treinamento contínuo moderado, devido ao alto risco cardiovascular.

(B) A Diretriz afirma que HIIT é mais eficaz que o treinamento contínuo moderado apenas em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (HFpEF), não incluindo ICFEr.

(C) A Diretriz recomenda o HIIT como claramente superior ao treinamento contínuo moderado, com forte evidência de melhora significativa em morbimortalidade.

(D) A Diretriz não menciona o HIIT nas recomendações para insuficiência cardíaca, focando apenas no treinamento resistido e no treinamento muscular inspiratório.

(E) A Diretriz sugere que o HIIT e o treinamento contínuo moderado sejam opções equivalentes para pacientes com ICFEr, desde que haja supervisão.

(E) Eletroestimulação neuromuscular (EENM).

19)

19) A Prática Baseada em Evidências (PBE) traz claros benefícios para garantir qualidade e consistência na assistência fisioterapêutica. Entretanto, sua adoção na fisioterapia tem sido inconsistente. Assinale a alternativa CORRETA que contem barreiras para a implementação da PBE:

(A) Falta de tempo, falta de habilidades e percepções equivocadas sobre o que constitui evidência.

(B) Baixa motivação profissional e ausência de interesse em atualizar-se.

(C) Restrição total de acesso a publicações científicas internacionais.

(D) Excesso de diretrizes clínicas conflitantes emitidas por diferentes organizações na área da fisioterapia.

(E) A implementação consistente da PBE depende da criação de intervenções padronizadas, independentemente da cultura organizacional.

20)

20) Um fisioterapeuta irá desenvolver um protocolo operacional padrão (POP) para um serviço de reabilitação cardíaca ambulatorial. Seu serviço é especializado em insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. No documento deve conter a recomendação de uma modalidade de exercício físico com nível de evidencia I A para aumento da capacidade funcional destas populações. Assinale a alternativa CORRETA quanto à modalidade que deve ser escolhida.

(A) Treinamento Muscular Inspiratório.

(B) Exercício resistido.

(C) Exercício aeróbico intervalado de alta intensidade.

(D) Exercício aeróbico de moderada intensidade.

21)

21) A insuficiência venosa crônica (IVC) é caracterizada por hipertensão venosa, causada por alterações no fluxo venoso devido à obstrução do vaso ou falha das válvulas venosas, que geram sintomas como fadiga, dor, cansaço, prurido, edema, podendo chegar à formação de úlceras. Sobre o tratamento fisioterapêutico da IVC, assinale a alternativa CORRETA:

(A) A terapia compressiva é essencial no manejo da doença e é indicada em indivíduos que apresentam classificação clínica CEAP (clínica, etiológica, anatômica e patofisiológica) de C2 a C6, incluindo indivíduos com úlceras ativas.

(B) A compressão pode ser estática, classificada como elástica quando feitas por bandagens elásticas, meias de compressão ou dinâmicas, quando aplicada com materiais inelásticos, como a bota de Unna.

(C) As bandagens elásticas são de baixo custo e necessita-se de treinamento adequado para a técnica de aplicação em camadas. Quanto maior o número de camadas sobre a mesma área, mais a pressão da bandagem se dissipa pelo membro.

(D) As meias de baixa compressão são indicadas para pessoas com veias varicosas mais calibrosas, como medida profilática, evitando assim, a progressão da IVC.

(E) A presença de úlcera venosa, mesmo sem sangramento ou processo infeccioso, contraindica a prática de exercício físico, principalmente na modalidade treino resistido.

(C) A variação significativa no VO₂ Máx. entre as populações e níveis de aptidão resulta principalmente das diferenças no débito cardíaco máximo, portanto, intimamente relacionado à capacidade funcional do coração.

22)

22) De acordo com as Diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM), o VO₂ Máx. (consumo máximo de oxigênio) corresponde à máxima taxa de captação, transporte e utilização de oxigênio pelo organismo durante exercício de intensidade progressiva até a exaustão, sendo considerado o padrão-ouro para avaliação da aptidão cardiorrespiratória. Assinale a alternativa INCORRETA:

(A) Esta variável é tipicamente expressa clinicamente em termos relativos, como (ml x Kg⁻¹ x min⁻¹) em oposição aos termos absolutos (ml x min⁻¹), pois leva em consideração a massa corporal.

(B) Reflete de forma integrada a eficiência dos sistemas cardiovascular, respiratório e muscular, além de ser um importante indicador de saúde e desempenho aeróbico.

(D) O VO_2 Máx. é o produto entre o débito cardíaco máximo (em $\text{L} \times \text{min}^{-1}$) e a diferença arteriovenosa de oxigênio (em $\text{ml O}_2 \times \text{L}^{-1}$).

(E) A designação do VO_2 Máx. implica que o verdadeiro limite fisiológico de um indivíduo foi atingido, e um platô no volume de oxigênio consumido por minuto deve ser observado entre as duas taxas de trabalhos finais de um teste de esforço progressivo para indivíduos com doenças cardiovasculares.

23)

23) As contraindicações aos testes clínicos de esforço físico têm como objetivo evitar condições isquêmicas, rítmicas ou hemodinâmicas instáveis ou outras situações nas quais os riscos associados à realização excedam as informações obtidas nesses testes. Sobre as contraindicações para o teste de esforço físico máximo limitado por sintomas, assinale a alternativa que **NÃO** corresponde a uma contraindicação absoluta:

(A) Arritmia cardíaca não controlada com comprometimento hemodinâmico.

(B) Insuficiência cardíaca descompensada.

(C) Acidente Vascular Cerebral recente ou ataque isquêmico transitório.

(D) Embolia pulmonar aguda, infarto pulmonar ou trombose venosa profunda.

(E) Infarto agudo do miocárdio nos últimos dois dias.

24)

24) Paciente de 70 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, com diagnóstico de insuficiência cardíaca Classe funcional III pela NYHA (New York Heart Association), foi encaminhado para ingresso em programa de reabilitação cardiovascular. Na avaliação, foi constatado o tempo gasto em comportamento sedentário de 610 min/dia, e o tempo gasto em atividade física de moderada a alta intensidade foi de 4,1 min/dia. Considerando este perfil de atividade física, assinale a alternativa **CORRETA**:

(A) Este paciente é considerado ativo, porque realiza atividade física de moderada a alta intensidade e sedentário, porque permanece mais de 150 min/dia com comportamentos como postura sentada, deitada ou reclinada.

(B) Este paciente é considerado ativo e não sedentário, uma vez que, mesmo que tenha certo comportamento sedentário por dia, este realiza

atividade física de moderada a alta intensidade todos os dias.

(C) Este paciente é considerado ativo, pois o American College of Sports Medicine (ACSM) recomenda um total de 30 min/semana de atividades físicas moderadas, embora seja sedentário, por gastar mais que 150 min/semana em comportamento sedentário.

(D) Este paciente é considerado inativo, pois realiza menos de 150/min por semana de atividade física de moderada intensidade e também sedentário, pois passa em média, 10 horas/dia em atividade com gasto energético igual ou inferior a 1,5 METS.

(E) Este paciente é considerado inativo, pois realiza menos de 30/min por semana de atividade física de moderada intensidade e também sedentário, pois passa em média, mais de 150 min/dia com comportamentos como postura sentada, deitada ou reclinada.

25)

25) Sobre a prescrição de exercício para indivíduos com aneurisma da artéria aorta, assinale a alternativa **INCORRETA**:

(A) Não são recomendados esportes de contato, e a realização de exercícios de alta intensidade deve ser avaliada de forma individualizada. Além disso, durante o treino de força, deve-se evitar a manobra de Valsalva.

(B) As evidências atuais não demonstram impacto negativo da realização de exercícios, sendo observado que não houve associação do aumento da taxa de mortalidade e do crescimento ou ruptura do aneurisma com a participação em programa de reabilitação.

(C) Em geral, a prescrição do exercício físico tem como alvo a intensidade moderada e pode ser prescrita por meio de um percentual (60 a 80%) da frequência cardíaca (FC) de reserva, o que não promove aumento do aneurisma.

(D) Para avaliação desse público, podem ser realizados: teste cardiopulmonar de esforço, que é o padrão de referência, ou testes funcionais, como o teste de caminhada de 6 minutos ou o teste de sentar e levantar de 1 minuto.

(E) Para prescrição de exercício aeróbico, pode ser utilizado o método baseado na percepção subjetiva do esforço (PSE), considerando valores de até 12 na Escala de Borg (6-20).

26)

26) De acordo com a classificação da insuficiência cardíaca baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), assinale a alternativa CORRETA que apresenta o valor de FEVE que caracteriza a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFep).

- (A) FEVE \leq 40%.
 - (B) FEVE 41–49%.
 - (C) FEVE \geq 50%.
 - (D) FEVE < 30%.
 - (E) FEVE 30-40%.
-

fisiológicos e clínicos favoráveis nas doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

(C) O treinamento de resistência deve ser evitado em indivíduos com doenças cardiovasculares, devido ao risco elevado de complicações.

(D) Os benefícios do treinamento de resistência são limitados a indivíduos jovens e saudáveis, não se aplicando a populações clínicas.

(E) O treinamento de resistência é associado exclusivamente à redução da mortalidade por todas as causas, sem outros benefícios cardiovasculares diretos.

27)

27) Sobre a utilização da Escala de Percepção de Esforço (Escala de Borg) e do Teste da Fala para a prescrição e monitoramento da intensidade do exercício em pacientes com doença cardiovascular (DCV), assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A Escala de Borg e o Teste da Fala são métodos primários para determinar a intensidade do exercício em todas as situações, substituindo completamente os testes objetivos.
 - (B) Em pacientes em uso de betabloqueadores, o monitoramento da frequência cardíaca se torna mais vantajoso, tornando os métodos subjetivos desnecessários.
 - (C) O Teste da Fala em sua fase equívoca (fala um tanto desconfortável) corresponde a intensidade acima do segundo limiar ventilatório (LV2).
 - (D) Um valor de Escala de Borg entre 10-11 (Escala de 6-20) pode refletir o primeiro limiar ventilatório (LV1), enquanto valores em torno de 13-14 podem corresponder ao segundo limiar ventilatório (LV2).
 - (E) A precisão da Escala de Borg e do Teste da Fala é demonstrada apenas durante exercícios físicos de alta intensidade, sendo ineficazes para baixas intensidades.
-

28)

28) Considerando os benefícios gerais do treinamento de resistência na reabilitação cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O treinamento de resistência é eficaz apenas para melhorar a massa e a força musculares, sem impactos significativos nos fatores de risco de doenças cardiovasculares.
- (B) O treinamento de resistência pode melhorar ou manter a massa e a força musculares, e possui efeitos

29)

29) Homem, 58 anos, cardiopata, em acompanhamento ambulatorial após angioplastia com stent há 8 meses por infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST. Apresenta hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada e dislipidemia. Foi encaminhado para realização de teste ergométrico em esteira com protocolo de Bruce, visando avaliação funcional e estratificação de risco.

Durante o exame, observou-se: Boa capacidade funcional inicial, frequência cardíaca atingindo 92% da prevista para idade. Aos 6 minutos de exercício físico, paciente desenvolveu infra de ST horizontal de 2 mm em DII, DIII, aVF e V5-V6, acompanhado de dor torácica típica. No pico do esforço, houve ainda extrassístoles ventriculares polimórficas isoladas, cessando na recuperação. Pressão arterial em repouso: 128/78 mmHg e no pico do exercício: 210/92 mmHg. Após repouso, o eletrocardiograma (ECG) retornou ao basal sem alterações persistentes.

Com base nos achados eletrocardiográficos durante o exercício, assinale a alternativa CORRETA quanto à interpretação mais adequada:

- (A) Alteração compatível com resposta fisiológica ao esforço, sem significado clínico.
- (B) Padrão sugestivo de sobrecarga pressórica isolada, sem relação com isquemia miocárdica.
- (C) Evidência de isquemia miocárdica induzida pelo esforço, com instabilidade elétrica ventricular, caracterizando alto risco.
- (D) Resposta normal de paciente com revascularização prévia, não havendo indicação de investigação adicional.
- (E) Alteração inespecífica da repolarização, sem correlação com doença arterial coronária.

30)

30) Homem, 49 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 8 anos, apresenta HbA1c = 8,1%, em uso de metformina e glibenclamida. Relata sedentarismo, sobrepeso (índice de massa corporal - IMC = 29 kg/m²) e fadiga aos pequenos esforços. É encaminhado para programa de exercício supervisionado visando melhora do controle glicêmico e capacidade funcional. Durante a consulta, questiona de que forma o exercício físico pode auxiliar no controle da glicemia, além do uso de medicamentos. Com base nos mecanismos fisiológicos do exercício, assinale a alternativa CORRETA:

(A) A translocação do transportador de glicose GLUT-4 para a membrana plasmática ocorre apenas sob estímulo da insulina, não sendo influenciada pelo exercício físico.

(B) O exercício físico, sobretudo o aeróbico, aumenta a captação de glicose pelo músculo esquelético de forma insulino-independente, devido à maior translocação do GLUT-4 induzida pela contração muscular.

(C) O exercício resistido reduz a expressão de GLUT-4 nos músculos esqueléticos, piorando o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

(D) A ativação do GLUT-4 durante o exercício físico depende exclusivamente da fosforilação do receptor de insulina, o que explica a necessidade de insulina circulante para queda glicêmica.

(E) O treinamento físico regular não promove adaptações crônicas no conteúdo de GLUT-4, sendo seu efeito limitado apenas ao período imediato do esforço.

31)

31) Homem, 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, ex-tabagista (40 maços/ano), sofreu infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST em parede anterior há 3 semanas, tratado com angioplastia (implante de dois stents farmacológicos). O paciente foi encaminhado para Fisioterapia Cardiovascular para realização da fase II de Reabilitação Cardiovascular. Na avaliação relatou episódios ocasionais de palpitação, sem síncope. No Holter: foram evidenciadas extrassístoles ventriculares frequentes e episódios curtos de taquicardia ventricular não sustentada. No ecocardiograma atual, apresentou: Fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 38% / Disfunção diastólica moderada / Áreas acinéticas em parede anterior e apical. O teste ergométrico foi interrompido por fadiga de membros inferiores e evidenciou capacidade funcional de 5 METS, sem sinais de isquemia residual e recuperação inadequada da frequência cardíaca (FC).

De acordo com a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular (2020), em relação a adequada estratificação de risco cardiovascular para este paciente, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Baixo risco – ausência de isquemia, boa resposta pressórica, sem arritmias graves, capacidade funcional > 7 METS.
- (B) Moderado risco – capacidade funcional entre 5 e 7 METS, FEVE entre 40 e 49%, presença de fatores de risco controlados.
- (C) Alto risco – FEVE < 40%, capacidade funcional < 5 METS, arritmias ventriculares complexas, recuperação anormal da FC e sintomas de IC.
- (D) Alto risco – FEVE < 40%, arritmias ventriculares, capacidade funcional reduzida (< 7 METS) e recuperação anormal da FC, independentemente da ausência de isquemia.
- (E) Moderado risco – FEVE 38%, ausência de isquemia, arritmias ventriculares ocasionais, sem sinais clínicos de IC.

32)

32) Homem, 78 anos, submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) com circulação extracorpórea (160 minutos) há 12 horas, encontra-se na UTI pós-operatória. Apresenta como história pregressa hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica

(DPOC - GOLD II) e sobrepeso (IMC: 29 kg/m²). Exame físico atual: FR: 28 irpm, SpO₂ 88% com utilização de O₂ 5 L/min via máscara de Venturi, frequência cardíaca (FC): 112 bpm, pressão arterial (PA): 136/84 mmHg, temperatura corporal: 37,6C. Ausculta pulmonar: estertores crepitantes difusos em bases. Gasometria arterial: pH 7,32 | PaCO₂ 52 mmHg | PaO₂ 62 mmHg | HCO₃⁻ 25 mEq/L | SatO₂ 87%. O paciente encontra-se consciente, colaborativo, sem sinais de instabilidade hemodinâmica ou indicação imediata de reintubação, mas apresenta dispneia. Assinale a alternativa CORRETA quanto à conduta fisioterapêutica mais apropriada neste caso.

(A) Não indicar ventilação mecânica não invasiva (VMNI), pois a hipercapnia e hipoxemia após CRM indicam falência ventilatória e necessidade imediata de reintubação.

(B) Indicar aumento do suporte de O₂ para 15 L/min e aguardar a correção da hipoxemia.

(C) Indicar ventilação mecânica não invasiva (VMNI) em BiPAP (IPAP 12–14 cmH₂O, EPAP 6–8 cmH₂O), visando melhora tanto da oxigenação quanto da ventilação, reduzindo trabalho respiratório e corrigindo a hipercapnia.

(D) Indicar ventilação mecânica não invasiva (VMNI) apenas durante o período noturno, pois o paciente apresenta DPOC e risco aumentado de hipoventilação, devendo-se manter oxigenoterapia convencional no restante do tempo.

(E) Contraindicar ventilação mecânica não invasiva (VMNI) neste momento, pois a cirurgia cardíaca recente representa contraindicação absoluta à aplicação da modalidade por risco de instabilidade hemodinâmica e deiscência de anastomose.

33)

33) Homem, 55 anos, apresenta diagnóstico recente de hipertensão arterial estágio 1 (pressão arterial sistólica (PAS) de 145 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) de 92 mmHg avaliada por monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA em 24-h), sem doença cardiovascular estabelecida. Ele é funcionário de escritório, relata vida sedentária, apresenta sobrepeso (IMC: 28 kg/m²) e, foi encaminhado para a Fisioterapia Cardiovascular para iniciar um programa de exercício físico visando o controle da pressão arterial e ganho de força muscular.

De acordo com a atualização da American Heart Association (2023) sobre treinamento resistido (TR) em indivíduos com e sem doença cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA que contém a prescrição mais adequada e eficaz para controle da pressão arterial nesse paciente:

(A) Executar um programa de alta intensidade: 3 séries de 4-6 repetições com cargas $\geq 85\%$ do 1- repetição máxima (1-RM), três vezes por semana, visando ganhos rápidos de força, mesmo se a fadiga for intensa.

(B) Prescrever 1 – 3 séries de 8-12 repetições, com carga moderada (40-60 % do 1-RM), para cerca de 8-10 exercícios que envolvam grandes grupos musculares, duas a três vezes por semana, com opção que apresenta segurança, benefícios cardiovasculares e viabilidade.

(C) Fazer apenas isometria intensa (ex.: 30–40 % do 1-RM por 60 segundos) de 4 a 6 exercícios, cinco vezes por semana, focando em redução rápida da pressão arterial.

(D) Adotar baixa intensidade (< 40 % do 1-RM), com muitas repetições (15-20), três séries de todos os grupos musculares, duas vezes por semana, método menos eficaz e que traz mínima resposta hemodinâmica.

(E) Usar um programa combinado leve: menos de 30 minutos por semana, com cargas variadas e sem estrutura fixa, provavelmente insuficiente para efeitos de controle sobre a pressão arterial.

34)

34) Homem, 72 anos, com insuficiência cardíaca sistólica avançada (fração de ejeção do ventrículo esquerdo - FEVE 25%), hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Admitido

em UTI por quadro de dispneia intensa, hipoxemia refratária a utilização de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e sinais de congestão pulmonar. Na monitorização: frequência cardíaca (FC): 112 bpm, pressão arterial (PA): 98/ 62 mmHg (PAM 74 mmHg), pressão venosa central (PVC): 14 mmHg.

A equipe opta por iniciar ventilação mecânica invasiva. Após instalação de pressão expiratória positiva no final da expiração (PEEP) de 10 cmH₂O a PaO₂/FiO₂ melhora (sai de 190 para 330). Porém a PA cai para 84/54 mmHg (PAM 64 mmHg) e o débito cardíaco reduz para 2,6 L/min.

Com base nos conceitos sobre interação coração-pulmão, assinale a alternativa CORRETA sobre qual o principal efeito hemodinâmico responsável pela deterioração cardiovascular desse paciente após aplicação da pressão positiva.

(A) Aumento da pré-carga ventricular direita, levando à congestão sistêmica e redução da pressão de enchimento do ventrículo esquerdo (VE).

(B) Redução da pós-carga do VE, resultando em queda do débito cardíaco pela incapacidade de ejeção em pacientes com baixa FEVE.

(C) Aumento da pressão intratorácica, reduzindo o retorno venoso e conseqüentemente a pré- carga, levando à diminuição do débito cardíaco.

(D) Diminuição da complacência pulmonar, causando maior consumo de O₂ pelos músculos respiratórios e queda do débito cardíaco.

(E) Aumento do gradiente de perfusão coronariana, resultando em isquemia miocárdica imediata e redução da contratilidade ventricular.

35)

35) O treinamento resistido tem efeitos positivos no controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes mellitus. Um fisioterapeuta está elaborando a prescrição de exercício resistido de moderada intensidade para seu paciente com hipertensão arterial sistêmica. Assinale a alternativa CORRETA acerca dos parâmetros adequados para esta prescrição.

(A) Frequência: 2 dias/semana; Intensidade: <40% de 1 repetição máxima (1-RM); 15 a 20 repetições por série, 2 a 3 séries para cada grupo muscular, treino de resistência muscular.

(B) Frequência: 3 dias/semana; Intensidade: 50 a 85% de 1 repetição máxima (1-RM); 15 a 20 repetições por série, 2 a 3 séries para cada grupo muscular, treino de força muscular.

(C) Frequência: 2 dias/semana; Intensidade: >80% de 1 repetição máxima (1-RM); 1 a 6 repetições por série, 2 a 3 séries para cada grupo muscular, treino de força muscular.

(D) Frequência: 2 dias/semana; Intensidade: 40 a 60% de 1 repetição máxima (1-RM); 8 a 12 repetições por série, 2 a 3 séries para cada grupo muscular, treino de força e resistência muscular.

(E) A hipertensão descontrolada, ou seja, em valores >160/100 mmHg, é uma contraindicação para início da sessão.

36)

36) Os testes funcionais são realizados com frequência durante a avaliação fisioterapêutica cardiovascular. O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) é um dos mais tradicionalmente utilizados. A correta metodologia para sua aplicação bem como a interpretação de seus resultados são fundamentais para obtenção das informações clínicas e

prognósticas. Assinale a alternativa CORRETA quanto ao TC6M.

I. Distância percorrida <300 metros é parâmetro de mau prognóstico na insuficiência cardíaca.

II. Permite a prescrição da intensidade de exercício físico aeróbico com base na frequência cardíaca (FC) pico obtida no TC6M e sua aplicação na fórmula da FC de reserva.

III. É considerado um teste máximo e, por isso, pode substituir o teste cardiopulmonar.

(A) I, II e III são corretas.

(B) Apenas I e II são corretas.

(C) Apenas I e III são corretas.

(D) Apenas II e III são corretas.

(E) Apenas I é correta.

37)

37) Homem, 55 anos, com antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia foi hospitalizado com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio – Killip I. Foi submetido há 72 horas a angioplastia (Stent farmacológico) em artéria descendente anterior, sem outras lesões isquêmicas relevantes. Está consciente, orientado e hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas e assintomático. O fisioterapeuta do setor irá fazer a triagem dos pacientes elegíveis para atendimento com foco em reabilitação cardiovascular fase I. Assinale a alternativa CORRETA acerca dos parâmetros a serem considerados para o atendimento fisioterapêutico.

(A) O paciente não é elegível para inserção em programa de reabilitação cardiovascular fase I devido à precocidade do evento isquêmico agudo (72 horas).

(B) A prescrição de exercício físico para a fase I deve seguir frequência de 2 a 3 vezes/dia e intensidade de 20 batimentos a partir da frequência cardíaca de repouso ou Percepção Subjetiva de Esforço (Escala de Borg) <4.

(C) Os exercícios devem ser progressivos, com início padronizados para todos os pacientes em repouso (Step 1 - 1 a 2 METS) até a subida e descida de um lance de escada (Step 7 - 10 METS).

(D) São critérios de interrupção imediata da sessão de exercícios: redução da pressão arterial sistólica >110mmHg, dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica de qualquer natureza ao esforço.

(E) O tempo da sessão deve ser direcionado em maior parte aos exercícios respiratórios, com uso de recursos auxiliares como inspirômetros de incentivo (a fluxo e/ou a volume), treinamento muscular inspiratório e selo d'água.

38)

38) A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) é um recurso adjuvante no atendimento fisioterapêutico em indivíduos com insuficiência cardíaca (IC). Assinale a alternativa CORRETA em relação ao uso deste recurso.

(A) Como efeito agudo, ocorre aumento da pressão intratorácica, com aumento do retorno venoso e da pressão transmural.

(B) São benefícios esperados: a redução da dispneia com conseqüente aumento da tolerância ao exercício físico e seus benefícios.

(C) É contraindicado o uso de VMNI associada ao exercício aeróbico de baixa intensidade em pacientes

com IC na fase hospitalar.

(D) Os potenciais benefícios respiratórios são exclusivamente pulmonares, devido a melhora da congestão pulmonar, sem efeitos nos músculos ventilatórios.

(E) O uso da VMNI em pacientes com IC crônica está indicado apenas nos casos de presença de apneia do sono como comorbidade.

39)

39) Mulher, 40 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (FEVE= 35%), classe funcional II/III (New York Heart Association - NYHA). Última internação por descompensação ocorreu há 2 meses. Apresenta-se com tratamento medicamentoso otimizado para avaliação cardiovascular e início de programa de reabilitação cardiovascular fase II. Apresenta um teste de esforço cardiopulmonar (TECP) realizado há 15 dias, em uso das medicações, com critérios objetivos de teste máximo (Quociente respiratório - RQ= 1,10). Os seguintes parâmetros são apresentados no laudo:

FC repouso= 65 bpm

FC pico = 125 bpm

FC no limiar anaeróbico= 82 bpm

FC no ponto de compensação respiratória= 120 bpm

VO2 pico= 20 ml/Kg/min

*FC= frequência cardíaca

Com os dados apresentados, assinale a alternativa CORRETA acerca da zona alvo ideal e o método de prescrição de intensidade mais adequado para treino aeróbico moderado contínuo desta paciente.

(A) Frequência cardíaca do limiar anaeróbico até o ponto de compensação respiratória (FC treino= 82 até 120bpm).

(B) Percepção Subjetiva de Esforço – Escala de Borg Modificada entre 4 e 6.

(C) Frequência cardíaca de 80 a 90% da FC reserva (FC treino= 101 a 113 bpm).

(D) Limitado à frequência cardíaca obtida no limiar anaeróbico (Até FC=82bpm).

(E) Frequência cardíaca de 85 a 90% da FC pico (FC= 106 a 112 bpm).

40)

40) Homem, 60 anos, com antecedentes pessoais: diabetes mellitus e doença arterial periférica (DAP). É admitido em um Serviço de Reabilitação Cardiovascular. Na avaliação inicial, o fisioterapeuta irá realizar alguns testes objetivos para mensurar o impacto da DAP na capacidade funcional do paciente. Assinale a alternativa CORRETA acerca do teste a ser realizado e sua justificativa.

(A) O questionário "Walking Impairment" (WIQ) avalia a qualidade de vida em indivíduos com DAP e questões relacionadas às limitações para realização

de atividades de vida diária devido a presença de dor isquêmica em membro inferior são quantificadas.

(B) O Heel-Rise Test (HRT) avalia a resistência muscular de quadríceps femoral. É observada a quantidade de repetições de sentar e levantar que o indivíduo executa até início da dor isquêmica bem como o tempo para início da dor.

(C) O teste de caminhada de seis minutos é contraindicado para indivíduos com DAP devido ao fato de ser autocadenciado, com possibilidade de redução da velocidade e até paradas e não desencadeia o sintoma de dor isquêmica em membro inferior.

(D) O teste preensão manual com uso de um dinamômetro (Handgrip) é altamente recomendado pois está associado à força muscular global, e não causa exacerbação do sintoma de dor isquêmica do membro inferior.

(E) O Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) é uma opção na qual o desempenho do indivíduo é limitado pelo sintoma, dentre eles, o início da dor em membro inferior, distância percorrida até sintoma claudicante inicial, tempo de sintoma claudicante máximo, distância total e tempo para desaparecimento dos sintomas.

41)

41) Considerando que toda atividade física demanda energia e requer a contínua ressíntese de adenosina trifosfato (ATP), o Teste de Esforço Cardiopulmonar (TECP) é fundamental para o entendimento acerca das mudanças metabólicas energéticas durante o exercício incremental. Sobre o TECP, assinale a alternativa INCORRETA:

(A) Na fase I do teste, há aumento linear no consumo de oxigênio (VO₂), na produção de dióxido de carbono (VCO₂) e na ventilação (VE), o que resulta em baixos valores de equivalente ventilatório de oxigênio (VE/VO₂) e pressão parcial de oxigênio no final da expiração (PETO₂).

(B) À medida que a intensidade do esforço ultrapassa o primeiro limiar ventilatório (LV1), a produção de energia aeróbica necessita ser complementada pela produção de energia anaeróbica, resultando em um aumento subsequente na produção de lactato.

(C) Durante a fase II do teste, os sistemas de tamponamento operam de maneira ineficiente até que o segundo limiar ventilatório (LV2) seja atingido, o que coincide, aproximadamente, a uma concentração de lactato no sangue de ± 4 mmol/L, que resultam no aumento do equivalente ventilatório de CO₂ (VE/VCO₂).

(D) Na fase III do teste, ocorre acúmulo de H⁺, gerando um aumento desproporcional no estímulo ventilatório. Como resultado, o VE/CO₂ aumenta enquanto o PETCO₂ diminui, sendo que a hiperventilação não é mais suficiente para compensar a acidose até o pico do exercício.

(E) Acima do LV2, a intensidade do exercício torna-se alta, sendo caracterizada pelo aumento na produção de lactato que excede a capacidade de tamponamento, desencadeando incremento exponencial na concentração dessa substância no sangue.

(A) Geralmente localizam-se na região maleolar medial, ou porções laterais da perna e apresentam bordas irregulares, com feridas normalmente rasas.

(B) Apresentam-se com bordas bem delimitadas, fundo seco ou necrótico, dor intensa e a pele ao redor tem característica lisa, brilhante com processo isquêmico.

(C) O pulso periférico está normalmente preservado, e a pele ao redor tende a ser edemaciada, hiperpigmentada e em posição distal, ponta de dedos ou áreas expostas à pressão.

42)

42) Acerca da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), é correto afirmar, EXCETO:

(A) A modulação autonômica parassimpática tende a reduzir progressivamente, até sua remoção completa, em aproximadamente 50 a 60% do VO₂ de pico (VO₂pico) durante exercício progressivo.

(B) A redução da VFC reflete menor modulação autonômica, frequentemente associada a doenças cardiovasculares e maior mortalidade.

(C) Valores de VFC sofrem influência do nível de atividade física ou do condicionamento cardiorrespiratório.

(D) A VFC elevada está associada a maior risco de eventos cardiovasculares e pior prognóstico.

(E) A prescrição de exercícios a partir de índices da VFC tem sido estudada tanto em pessoas com doenças crônicas quanto em atletas amadores e profissionais, como corredores e ciclistas.

43)

43) A avaliação adequada das úlceras é fundamental para o direcionamento do tratamento fisioterapêutico, a prevenção de complicações e a melhora da qualidade de vida do paciente. A diferenciação entre úlceras arteriais e venosas é um passo essencial nesse processo, pois cada tipo apresenta etiologia, características clínicas e condutas distintas. Sobre as úlceras arteriais, assinale a alternativa CORRETA:

(D) A dor é uma característica presente de forma severa, que diminui com a elevação da perna.

(E) A coloração deste tipo de úlcera é de cor avermelhada, com bordas irregulares, podendo apresentar dermatolipoesclerose.

44)

44) Em relação ao Treinamento Aeróbio (TA) para pacientes com insuficiência cardíaca, a Diretriz de Prática Clínica da ASSOBRAFIR em Fisioterapia Cardiovascular na Insuficiência Cardíaca (2025) faz uma recomendação condicional. Assinale a alternativa CORRETA que contém a principal justificativa apresentada pelo painel de especialistas para essa recomendação:

(A) A ampla disponibilidade de recursos e a alta aceitabilidade dos pacientes.

(B) Os efeitos desejáveis triviais e a baixa certeza da evidência geral.

(C) A superioridade inequívoca do Treinamento Intervalado de Alta Intensidade (TIAI) sobre o Treinamento Contínuo de Moderada Intensidade (TCMI).

(D) A alta taxa de eventos cardiovasculares adversos observados durante o treinamento.

(E) A falta de estudos comparando Treinamento Intervalado de Alta Intensidade (TIAI) e Treinamento Contínuo de Moderada Intensidade (TCMI).

45)

45) A respeito das inconsistências e desafios na prescrição da intensidade do exercício físico na reabilitação cardiovascular (RCV), assinale a alternativa CORRETA:

(A) As diretrizes internacionais são totalmente padronizadas e oferecem recomendações claras e uniformes para a prescrição da intensidade do exercício físico em pacientes com doença cardiovascular.

(B) A principal inconsistência reside no fato de que as diretrizes frequentemente delimitam domínios de intensidade validados em indivíduos saudáveis, cuja a fisiologia cardiopulmonar e muscular diferem significativamente da de pacientes com doença cardiovascular.

(C) A não observação de um platô no VO₂ em pacientes com doença cardiovascular impede completamente o uso de qualquer método de

prescrição baseada em índices de capacidade de exercício de pico.

(D) A dependência de métodos subjetivos, como a escala de Borg e o Teste da Fala, é a principal causa da falta de padronização, uma vez que são inerentemente imprecisos para a população com doença cardiovascular.

(E) A indisponibilidade do Teste Cardiopulmonar de Exercício é um problema menor, pois os métodos substitutos são igualmente precisos e adequados para todos os contextos clínicos.

46)

46) No manejo de pacientes com Doença Arterial Periférica (DAP) e claudicação intermitente em programas de Reabilitação Cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA em relação à intensidade e pausa das caminhadas programadas:

(A) Os pacientes devem ser incentivados a caminhar em um ritmo próximo ao máximo de dor de claudicação para estimular a circulação colateral.

(B) A caminhada deve ser contínua, visando um tempo mínimo de 30 minutos sem interrupções.

(C) A intensidade deve ser moderada e gradual, com pausas para descanso até que a dor desapareça, reiniciando-se a caminhada imediatamente.

(D) Os exercícios de resistência muscular devem substituir os aeróbicos, pois são mais eficientes na redução da dor isquêmica.

(E) A duração total da sessão, incluindo aquecimento e desaquecimento, não deve ultrapassar 20 minutos nas fases iniciais.

47)

47) O treinamento da musculatura respiratória vem ganhando ao longo dos anos papel de destaque na Fisioterapia Cardiovascular. Dentre os equipamentos e manobras descritos abaixo, assinale a alternativa INCORRETA quanto aos equipamentos utilizados para treinamento muscular inspiratório (TMI).

- (A) Resistência com carga alinear.
 - (B) Manovacuômetro.
 - (C) Resistência com carga linear.
 - (D) Hiperpneia isocápnica voluntária.
 - (E) Dispositivos de carga por fluxo variável.
-

(B) Apenas I e III são corretas.

(C) Apenas II e III são corretas.

(D) I, II e III são corretas.

(E) Apenas III é correta.

48)

48) A implementação de um Serviço de Fisioterapia Cardiovascular inclui o gerenciamento de itens como planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle. Assinale a alternativa CORRETA que apresenta alguns dos documentos legais a serem obedecidos:

- I. Normas Brasileiras Regulamentadoras (NBR)
 - II. Disposições da ABNT
 - III. Códigos, leis e normas estaduais e federais (Vigilância Sanitária)
- (A) I, II e III são corretas.
 - (B) Apenas I e II são corretas.
 - (C) Apenas II e III são corretas.
 - (D) Apenas I e III são corretas.
 - (E) Apenas III é correta.
-

49)

49) Ter um sistema de resposta de emergências bem planejado disponível para todos os tipos de estabelecimentos de exercício físico é crítico para fornecer um ambiente seguro aos participantes e representa uma prática fundamental no gerenciamento de risco. Assinale a alternativa CORRETA:

- I. Todos os estabelecimentos em que são realizados exercícios físicos devem ter programas e procedimentos de emergência documentados.
 - II. Os procedimentos devem ser praticados regularmente, nomeando membros da equipe que devem ser treinados em Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP).
 - III. Toda a equipe multiprofissional do estabelecimento deve ser treinada para reconhecer e responder a uma parada cardiorrespiratória.
- (A) Apenas I e II são corretas.

50)

50) Programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV) são descritos como uma intervenção de excelente relação custo efetividade e com baixos índices de eventos cardiovasculares. Apesar dos eventos cardiovasculares, como parada cardiorrespiratória (PCR), serem incomuns, é importante que o programa tenha um planejamento adequado em casos de eventos cardiovasculares gra-ves. Assinale a alternativa CORRETA:

I. A maioria dos casos de PCR em adultos ocorre por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.

II. O desfibrilador manual ou automático é obrigatório em serviços de RCV.

III. Materiais de suporte básico e avançado de vida como laringoscópio, tubos orotraqueais de tamanhos variados, ambu e oxigenioterapia suplementar devem estar disponíveis nos Serviços.

(A) I, II e III são corretas.

(B) Apenas I e II são corretas.

(C) Apenas I e III são corretas.

(D) Apenas II e III são corretas.

(E) Apenas I é correta.