



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 12.2 - FISIOTERAPIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
TERAPIA INTENSIVA DO ADULTO
DATA: 26/01/2020 – HORÁRIO: 8h30min às 12h30min (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 12.2 - FISIOTERAPIA**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um **CARTÃO-RESPOSTA** destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 12.2 - FISIOTERAPIA) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do **CARTÃO-RESPOSTA**.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do **CARTÃO-RESPOSTA** utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste **CADERNO DE QUESTÕES**, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No **CARTÃO-RESPOSTA**, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o **CARTÃO-RESPOSTA**, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a **LISTA DE FREQUÊNCIA**, entregue ao Fiscal o **CADERNO DE QUESTÕES** e o **CARTÃO-RESPOSTA**, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h (três horas)** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA INTENSIVA DO ADULTO - FISIOTERAPIA

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS



N ° D E I N S C R I Ç Ã O					



QUESTÕES GERAIS

01. Segundo a RDC nº 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Para tanto, o NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes, **EXCETO**:

- a) A melhoria contínua dos processos de cuidado.
- b) A elaboração do Plano de Segurança do Paciente.
- c) A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- d) A articulação e integração dos processos de gestão de risco.
- e) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde

02. A RDC nº 63/2011 tem como objetivo estabelecer requisitos de Boas Práticas para o funcionamento dos serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Dentro desse contexto, a resolução aqui citada traz, no capítulo II, seção I, recomendações para o gerenciamento da qualidade nas organizações de saúde. Face ao exposto, analise as afirmativas abaixo e responda:

- I. O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços.
- II. As boas práticas de funcionamento são os componentes da Garantia da Qualidade orientados, primeiramente, para a eliminação de todos os riscos nos serviços de saúde.
- III. O serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) As alternativas I e II estão corretas.
- b) As alternativa I e III estão corretas.
- c) As alternativas II e III estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

03. A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente, contudo, podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Olhando para essa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções, a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde, para uma adequada identificação do paciente durante a prestação do cuidado. Sobre essas intervenções, é **CORRETO** afirmar:

- a) Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos um identificador em pulseira branca padronizada.
- b) A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação.
- c) O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos apenas de forma digital.
- d) O número do quarto/enfermaria/leito do paciente pode ser usado como um identificador.
- e) A verificação da identidade do paciente deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado.

04. A assistência cirúrgica tem sido indispensável na atenção em saúde pelo mundo por quase um século. A incidência das injúrias traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares aumentou e o impacto de intervenções cirúrgicas, no atendimento à saúde cresceu. Paralelamente a este cenário, ocorre, sobremaneira, na população de baixa renda, assistência médica precária, incluindo falta ou dificuldade de acesso e de recursos destinados a esses problemas. Neste contexto, faz-se urgente a necessidade de medidas que melhorem a confiabilidade e a segurança de intervenções cirúrgicas, tendo em vista que as complicações respondem por uma grande proporção das mortes e injúrias evitáveis nos serviços de saúde. Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, a utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia



Segura é uma estratégia considerada padrão ouro para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Sobre essa lista, é **CORRETO** afirmar, **EXCETO**:

- a) é realizada em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e depois do paciente sair da sala de cirurgia.
- b) para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens.
- c) em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa.
- d) caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.
- e) a Lista de Verificação deve ser realizada em todos os procedimentos que impliquem incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios.

05. As quedas, quando ocorrem no ambiente hospitalar, são consideradas eventos adversos relacionados à assistência à saúde, gerando consequências indesejáveis na recuperação dos pacientes, no tempo de hospitalização e mesmo nos custos relacionados ao atendimento. A magnitude dos danos temporários ou permanentes causados por esse evento, podendo até culminar no óbito de pacientes, o incluíram entre as áreas prioritárias de atenção, quando se fala em segurança. Assim, a redução do risco de lesões decorrentes de quedas integra as Metas Internacionais de Segurança do Paciente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, no Brasil, se configura como um dos Protocolos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde. Sobre essa problemática, analise as assertivas abaixo e responda:

- I. A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.
- II. A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco.
- III. A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações

sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) As alternativas I e II estão corretas.
- b) As alternativas I e III estão corretas.
- c) As alternativas II e III estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

06. “Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba, além da antissepsia cirúrgica das mãos, a higiene simples, a higiene antisséptica e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. Sobre esses tipos de higiene das mãos, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a sequência **CORRETA**.

- () Higiene simples das mãos é ato de higienizar as mãos com água e sabonete antisséptico, sob a forma líquida.
- () Higiene antisséptica das mãos é o ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum.
- () Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica é a aplicação de preparação alcoólica nas mãos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

- a) V-V-V.
- b) V-V-F.
- c) F-F-F.
- d) F-F-V.
- e) F-V-F.

Texto para as questões **07, 08 e 09**.

Os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que deles fazem uso, sendo a tecnologia sanitária mais utilizada no cuidado à saúde. Entretanto, seu uso não é isento de riscos (OTERO LÓPEZ, 2004), o que os torna uma fonte comum de incidentes nos tratamentos sanitários, que incluem qualquer irregularidade



no processo de uso do medicamento, como uma reação adversa, um potencial evento adverso, erros de medicação. Eles podem ocorrer em qualquer ponto do processo de uso de medicamentos, como a prescrição, transcrição, dispensação, administração (MORIMOTO et al., 2004). Dessa forma, a incorporação de princípios para reduzir erros humanos, minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las, antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

07. São ações para garantir uma prescrição segura de medicamentos, **EXCETO**:

- a) a utilização do nome incompleto e do nome abreviado.
- b) a identificação legível do prescritor.
- c) a data da prescrição para conferir validade à mesma.
- d) não impressão frente e verso da prescrição.
- e) não utilização de abreviaturas.

08. São ações para garantir uma dispensação segura de medicamentos, **EXCETO**:

- a) Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação.
- b) Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles.
- c) Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com a equipe de enfermagem, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica.
- d) O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- e) Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos, por ordem verbal.

09. São ações para garantir uma administração segura de medicamentos, **EXCETO**:

- a) Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente, após a administração do medicamento.
- b) Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, sempre adiantar ou adiar a administração de doses.
- c) Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.
- d) Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.
- e) Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos.

10. De acordo com o Relatório Nacional de Incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de lesões por pressão, sendo, durante este período, o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do país. Diante desse panorama, a prevenção desses incidentes deve ser prioridade para as organizações de saúde. Sobre as medidas preventivas para lesão por pressão, durante a prestação do cuidado junto aos pacientes, é **CORRETO** afirmar:

- a) Manutenção da higiene corporal, mantendo a pele limpa e úmida.
- b) Avaliação do paciente apenas na sua admissão ao serviço de saúde.
- c) Manutenção de ingestão nutricional (calórica e hipoproteica) e hídrica adequadas.
- d) Mudança de posição a cada seis horas para reduzir a pressão local.
- e) Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.



11. Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria 529, de 01 de abril de 2013. O referido documento tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Sobre as estratégias de implementação desse Programa, analise as assertivas abaixo e responda:

- I. Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, valorizando e enfatizando os processos de responsabilização individual.
- II. Articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente, nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.
- III. Implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) As alternativas I e II estão corretas.
- b) As alternativa I e III estão corretas.
- c) As alternativas II e III estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

12. A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na

pós-graduação na área da Saúde. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses objetivos. Não foi por acaso que a Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde, considerando os seguintes aspectos, **EXCETO**:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove a culpabilidade dos indivíduos envolvidos nesses incidentes.
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

13. As publicações na área de segurança do paciente crescem a cada ano. Porém, por se tratar de uma área relativamente nova, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso inconsistente da linguagem adotada. Este fato justificou a criação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma classificação de segurança do paciente. A oportunidade surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004. Orientado por um referencial explicativo, o grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), contendo 48 conceitos-chave. Dentre estes, está o conceito de incidente relacionado ao cuidado de saúde – no contexto da taxonomia tratado apenas por incidente – um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes, por sua vez, classificam-se como near miss, incidente sem dano e incidente com dano. Face ao exposto, correlacione as colunas abaixo e, na sequência, assinale a assertiva **CORRETA**.



Coluna I

- (1) Near miss
- (2) Incidente sem dano
- (3) Incidente com dano

Coluna II

- () Uma unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente errado, mas não houve reação.
- () É feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica.
- () Uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão.

- a) 1, 2, 3.
- b) 3, 2, 1.
- c) 2, 3, 1.
- d) 2, 1, 3.
- e) 3, 1, 2.

14. Considerando as várias definições sobre qualidade em serviços de saúde, todas se caracterizam por diferentes interpretações do que representa satisfazer as necessidades de assistência à saúde da população receptora do serviço. Entretanto, um aspecto importante deste âmbito de definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões. Um grupo de dimensões muito utilizado e que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em várias partes do mundo foi o do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), que, posteriormente, foi adaptado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sobre essas dimensões, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, em seguida, assinale a sequência **CORRETA**.

- () Segurança é a ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
- () Efetividade é a prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
- () Equidade envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.

- () Oportunidade/Acesso é a redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
- () Cuidado centrado no paciente é a prestação de serviços baseados no conhecimento científico, a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
- () Eficiência é a prestação de serviços que não variam a qualidade, segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

- a) V, F, F, V, F, F.
- b) V, V, V, V, V, V.
- c) F, F, F, F, F, F.
- d) V, V, F, F, V, F.
- e) F, V, F, V, V, V.

Texto para as questões **15** e **16**.

A Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente, e se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

- 15.** Um dos padrões presentes, na Resolução acima mencionada, remete ao registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:
- a) Elaboradas apenas pelos profissionais que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva.
 - b) Aprovadas e assinadas pelo responsável técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia.
 - c) Revisadas a cada cinco anos, independentemente da incorporação de novas tecnologias.
 - d) Disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.
 - e) Letras **b** e **d** estão corretas.



16. Outro padrão disposto na Resolução Nº 7/2010 destaca a necessidade de educação permanente da equipe que atua na Unidade de Terapia Intensiva, contemplando, no mínimo:

- a) Normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade.
- b) Incorporação de novas tecnologias.
- c) Gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais.
- d) Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

17. Para um melhor enfrentamento dos agravos de urgência e emergência, o Ministério da Saúde publicou em julho de 2011 a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma estratégia fundamental para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação dos recursos. Com relação às fases de operacionalização da RUE, correlacione as duas colunas abaixo e assinale a alternativa que traz a sequência correta:

Coluna I

- (1) Fase de adesão e diagnóstico.
- (2) Fase do desenho regional da rede.
- (3) Fase da contratualização dos pontos de atenção.
- (4) Fase da qualificação dos componentes.
- (5) Fase da certificação.

Coluna II

- () Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a Comissão Intergestora Regional (CIR), com apoio institucional da Secretaria de Estado da Saúde.
- () Aprovação da região inicial de implementação da RUE nas comissões Intergestoras.
- () Fase de avaliação periódica dos componentes da RUE.
- () Elaboração da proposta do plano de ação regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede.
- () Qualificação dos componentes da Rede por meio do cumprimento de critérios técnicos.

- a) 3, 1, 5, 2, 4
- b) 3, 2, 1, 5, 4
- c) 2, 3, 4, 1, 5
- d) 2, 3, 1, 4, 5
- e) 1, 2, 5, 3, 4

Texto para as questões **18 e 19.**

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

18. Sobre os princípios que regem a PNH, analise as assertivas abaixo e responda:

- I. Transversalidade: a Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho, a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, fomentando o isolamento e as relações de poder hierarquizadas.
- II. Indissociabilidade entre atenção e gestão: as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.
- III. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia: qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens, visto que as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.

Marque a alternativa **CORRETA.**

- a) As alternativas I e II estão corretas.
- b) As alternativa I e III estão corretas.
- c) As alternativas II e III estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.



19. São diretrizes da PNH, **EXCETO**:

- a) Acolhimento.
- b) Clínica ampliada.
- c) Gestão centralizada.
- d) Valorização do trabalhador.
- e) Defesa dos direitos dos usuários.

20. Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento devem possuir NSP, como, por exemplo, serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia, entre outros. A implantação do referido núcleo, nos estabelecimentos de saúde, ocorre em duas etapas, a saber: 1) decisão e 2) planejamento e preparação. Sobre a implantação do NSP, é **INCORRETO** afirmar:

- a) A decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é a etapa primordial para que ocorra o processo de implantação do NSP.
- b) O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de garantia da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.
- c) Reuniões com os integrantes do NSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o Plano de Segurança do Paciente e devem estar devidamente documentadas (atas, memórias, lista de presença e outros).
- d) Aspectos logísticos, tais como a previsão de materiais e equipamentos de escritório e produtos e equipamentos para a saúde devem ser previstos, conjuntamente, pela direção e pelo NSP.
- e) O envolvimento do NSP com os usuários dos serviços de saúde não é uma ação significativa para implantação dessa instância, tendo em vista que a segurança do paciente depende primordialmente da atuação dos profissionais de saúde.

ESPECÍFICA

21. A insuficiência respiratória aguda (IRpA) é uma síndrome potencialmente grave, constituindo uma das principais indicações de internação em unidades de terapia intensiva. Embora diferentes condições clínicas possam evoluir com IRpA, todas apresentarão comprometimento nas trocas gasosas que caracterizarão a síndrome. O conhecimento da fisiologia das trocas gasosas e os mecanismos pelos quais elas podem ser alteradas permitem compreender a fisiopatologia da IRpA e as repercussões dos diferentes distúrbios sobre os gases arteriais. Este conhecimento permite a interpretação adequada da gasometria arterial e de indicadores derivados da mesma, facilitando a condução dos pacientes com IRpA, tanto em relação ao diagnóstico etiológico, quanto ao tratamento de suporte. Entre os achados e os sinais clínicos relacionados a um quadro de IRpA, assinale (V) para verdadeiro e (F) para falso.

- () Presença de tiragens intercostais.
- () Hipoxemia.
- () Redução da frequência respiratória.
- () Padrão respiratório paradoxal.
- () Normocapnia.

- a) F – F – F – V – V.
- b) V – V – F – V – F.
- c) V – F – V – F – V.
- d) F – V – F – V – F.
- e) V – V – V – V – F.

22. Com base no mecanismo fisiopatológico, a IRpA pode ser classificada em pulmonar ou extrapulmonar. Na IRpA pulmonar, também chamada de tipo I, o comprometimento das trocas gasosas se deve a alterações na membrana alvéolo-capilar ou na relação V/Q. Doenças que acometem os pulmões, incluindo as intersticiais, as de preenchimento ou compressão do parênquima e as de circulação pulmonar, estão entre as responsáveis pela IRpA pulmonar. Já na IRpA extrapulmonar, ou tipo II, a capacidade de troca gasosa entre os alvéolos e os capilares está mantida, mas aqueles são hipoventilados e, portanto, não apresentam níveis adequados de O₂ e CO₂ que permitam a troca gasosa eficaz. Doenças que comprometem a ventilação, como as neurológicas, as neuromusculares, as que limitam a expansão da caixa torácica e as obstrutivas das vias aéreas compreendem as causas de IRpA extrapulmonar. Assinale a alternativa relacionada, prioritariamente, à IRpA do tipo I.

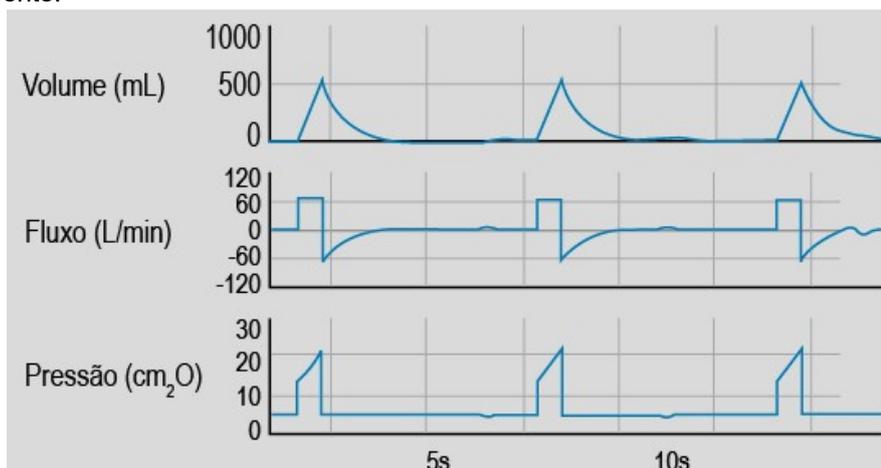
- a) Edema agudo de pulmão de origem inflamatória (SDRA).
- b) Exacerbação da DPOC.
- c) Síndrome de Guillain Barré.
- d) Fraqueza e fadiga muscular respiratória.
- e) Traumatismo raquimedular cervical alto.

23. A ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Tem por objetivos, além da manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia, aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma, reduzindo o desconforto respiratório; e permitir a aplicação de terapêuticas específicas. O ciclo ventilatório durante a ventilação mecânica com pressão positiva pode ser dividido em disparo, fase inspiratória, ciclagem e fase expiratória. Sobre as fases do ciclo ventilatório em VM, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O disparo a tempo é determinado pelo esforço do paciente nos modos assistidos.
- b) A ciclagem no modo PCV acontece, quando se atinge a pressão de pico ajustada no ventilador.
- c) A ciclagem no modo PSV é dada, quando a pressão de pico é atingida.
- d) No modo VCV, a variável de controle é o volume corrente e a pressão de platô.
- e) No modo VCV, o tempo inspiratório é condicionado ao volume corrente e ao fluxo inspiratório.



- 24.** A Revista Brasileira de Terapia Intensiva publicou as Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva, no ano de 2019, buscando discutir e nortear seis questões primordiais para a prescrição da Mobilização Precoce, no doente crítico internado em uma UTI, como: é segura? Quem é o candidato à mobilização? Quais são as contraindicações? Qual a dose adequada? Quais os resultados obtidos? Quais os indicadores prognósticos em sua utilização? Com base nessas diretrizes e em seu conhecimento sobre mobilização precoce, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A mobilização precoce é segura, embora com muitos eventos adversos graves e frequentes.
 - b) A mobilização precoce é indicada para adultos, de preferência em ventilação espontânea, cooperativos e sem hipertensão intracraniana, embora os pacientes em ventilação mecânica e não cooperativos tenham limitações, não é contraindicada a mobilização.
 - c) A mobilização precoce é contraindicada para pacientes terminais, com fraturas estáveis e Infarto Agudo do Miocárdio sem complicações.
 - d) A dose adequada da mobilização precoce é de duas vezes ao dia com intensidade de 80 a 90% da frequência cardíaca máxima.
 - e) Os critérios de segurança envolvem obrigatoriamente monitorização neurológica, hemodinâmica e respiratória invasiva.
- 25.** A ventilação mecânica é um dos procedimentos mais frequentemente empregados em UTI, sendo imprescindível para a manutenção da vida de pacientes graves com insuficiência respiratória aguda. Seus objetivos principais são a manutenção das trocas gasosas em níveis adequados e a redução do trabalho ventilatório, até que a condição clínica que resultou na indicação de VM seja resolvida ou compensada. Para isso, deve-se buscar a interação ótima entre o paciente e o ventilador, com um acoplamento entre o esforço inspiratório do paciente e o disparo do aparelho; entre a demanda ventilatória e as ofertas de fluxo e volume corrente; e entre o momento de interrupção da inspiração do paciente e a ciclagem do aparelho. A assincronia paciente-ventilador pode ser definida como um desacoplamento entre o paciente, em relação a demandas de tempo, fluxo, volume e/ou pressão de seu sistema respiratório, e o ventilador, que as oferta, durante a VM. Das alternativas abaixo relacionadas, assinale a que, corretamente, correlaciona a causa com o tipo de assincronia provocada, respectivamente.
- a) Overshoot de início – fluxo insuficiente.
 - b) Alto volume corrente e baixo fluxo - ciclagem prematura.
 - c) Alta sensibilidade do ventilador – esforço inefetivo.
 - d) AutoPEEP – disparo reverso.
 - e) Rise time longo – fluxo insuficiente.
- 26.** Os tipos mais comuns de assincronia paciente ventilador são as de disparo, como esforço ineficaz, autodisparo e duplo disparo; as de ciclagem, tanto prematura quanto tardia; e as de fluxo, seja insuficiente, seja excessivo. Sendo fenômenos comuns e associados a desfechos clínicos negativos para os pacientes em VM, é essencial que os profissionais de saúde das UTIs busquem ativamente o diagnóstico e sua pronta reversão. Novos modos ventilatórios, como NAVA e PAV+, bem como softwares para a detecção e quantificação automatizada de assincronias, mostram-se promissores, mas ainda pouco acessíveis. Programas de treinamentos em VM na abordagem de assincronias devem ser estimulados e disseminados em larga escala, bem como o conhecimento das assincronias pela monitorização gráfica da VM. Diante do exposto, identifique através do gráfico abaixo a assincronia, bem como a estratégia para corrigi-la respectivamente.





- a) Duplo disparo; diminuição da sensibilidade do ventilador.
- b) Disparo reverso; aumento da frequência respiratória.
- c) Esforço inefetivo; aumento da sensibilidade do ventilador.
- d) Ciclagem tardia; redução do tempo inspiratório do ventilador.
- e) Esforço inefetivo; aumento do autoPEEP.

27. O uso da ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI), para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica nas últimas duas décadas. Das recomendações e os graus de evidência para o emprego da VNI nas condições mais frequentes para o seu uso em ambiente hospitalar, com enfoque na redução da taxa de intubação e de mortalidade, qual das alternativas abaixo você NÃO instituiria a VNI?

- a) Exacerbação da DPOC.
- b) Edema agudo de pulmão cardiogênico.
- c) Reversão da IRpA pós-extubação.
- d) Falência ventilatória por doença neuromuscular.
- e) Facilitadora do desmame da VM em pacientes hipercápnicos.

28. Em relação à ventilação não invasiva (VNI), marque V (verdadeira) ou F (falsa) e, em seguida, assinale a alternativa correspondente.

- () A pressão positiva promove a reabertura e estabilização de unidades alveolares colapsadas, melhora da troca gasosa e da complacência pulmonar, redução da pré-carga cardíaca e da pressão transmural de ventrículo esquerdo.
- () Através de geradores de fluxo, podemos criar um nível pressórico contínuo em vias aéreas, o que é conhecido como modo ventilatório BIPAP.
- () A aplicação da VNI através dos ventiladores mecânicos convencionais tem como benefícios a possibilidade de ajuste de alarmes, FiO₂ e monitorização da mecânica respiratória.
- () A máscara facial tem melhor adaptação em casos de insuficiência respiratória aguda do que a nasal, pois permite menor fuga aérea e espaço morto, maior conforto, e melhor acesso para remoção de secreções e fala.
- () Durante a terapia, não é necessária a monitorização de sinais vitais, sinais de esforço ventilatório e ausculta pulmonar.

- a) V, V, V, V, V.
- b) V, V, V, F, V.
- c) V, F, V, F, F.
- d) F, F, V, V, F.
- e) F, V, V, F, V.

29. Paciente sexo feminino, de 67 anos, com hipertensão arterial sistêmica não controlada há oito anos, refere dispneia progressiva há três meses, com piora do quadro de dispneia paroxística noturna há duas semanas. Após internação hospitalar, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sendo encaminhada para o centro de terapia intensiva. Devido ao quadro hipoxêmico da paciente, o tratamento fisioterapêutico incluiu ventilação não invasiva (VNI), com pressão positiva contínua de vias aéreas (CPAP). O objetivo dessa conduta é:

- a) Aumentar a ventilação alveolar, aumentar shunt alvéolo-capilar e resolver fadiga muscular.
- b) Corrigir níveis de PaCO₂, prevenir fadiga e diminuir complacência pulmonar.
- c) Aumentar a ventilação alveolar, resolver fadiga e diminuir níveis de PaCO₂.
- d) Reverter a hipoxemia através do aumento da ventilação alveolar e redução da PaCO₂.
- e) Corrigir hipoxemia, diminuir shunt alvéolo-capilar e prevenir fadiga.



- 30.** Em relação à ventilação mecânica não invasiva (VNI), assinale verdadeiro (V) ou falso (F), e em seguida assinale a sequência correta:.
- () A interface utilizada é fator preditor de êxito na aplicabilidade da VNI.
 - () As complicações mais frequentes relacionadas à VNI são claustrofobia, ulceração facial e aerofagia.
 - () A hipoventilação não pode ser revertida com o uso da VNI, pois o suporte pressórico adicional não interfere no aumento do volume corrente.
 - () A reabertura de unidades colapsadas pode promover a redistribuição do fluxo sanguíneo pulmonar.
 - () Recrutamento alveolar, redução da pré-carga cardíaca, redistribuição do líquido alveolar e aumento do shunt são alguns dos efeitos fisiológicos da pressão positiva na VNI.
- a) V, V, V, V, V.
b) V, V, F, V, F.
c) F, V, F, V, V.
d) F, F, F, F, F.
e) V, V, V, F, F.
- 31.** Para avaliação das respostas à instituição da VNI em pacientes críticos em UTI, o fisioterapeuta precisa monitorizar constantemente determinados parâmetros clínicos e hemogasométricos. Assinale a alternativa que não condiz com uma resposta positiva, esperada com o uso da VNI com dois níveis pressóricos (PSV + PEEP) ou o Binível (IPAP + EPAP) em um paciente com acidose respiratória grave, sugerindo que o mesmo não está obtendo sucesso com a VNI, devendo-se, pois, pensar em instituir a ventilação mecânica invasiva.
- a) Redução da frequência respiratória.
 - b) Redução do ph.
 - c) Redução da utilização dos músculos acessórios da respiração.
 - d) Redução da PaCO₂.
 - e) Aumento da SpO₂ por oximetria de pulso não invasiva.
- 32.** A fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva (ICUAW - intensive care unit acquired weakness) é uma condição detectada clinicamente que se caracteriza por fraqueza difusa e simétrica, que envolve a musculatura dos membros e os músculos respiratórios. Os pacientes apresentam diferentes graus de fraqueza muscular dos membros e são dependentes do ventilador, ao mesmo tempo em que os músculos faciais são poupados. A dinamometria da mão mede a força muscular isométrica e pode ser utilizada como um teste diagnóstico rápido. Assinale a alternativa que, com base nas evidências científicas atuais, estabelece um critério de diagnóstico da fraqueza muscular, por dinamometria, para mulheres e homens, respectivamente:
- a) inferior a 07Kgf e 11Kgf.
 - b) inferior a 11Kgf e 7Kgf.
 - c) inferior a 17Kgf e 27Kgf.
 - d) inferior a 10Kgf e 20Kgf.
 - e) inferior a 30Kgf para ambos os gêneros.
- 33.** A fraqueza muscular adquirida durante o tempo de permanência na UTI é uma complicação clinicamente importante que tem efeitos nos desfechos precoces e tardios. O diagnóstico em tempo oportuno é muito importante para os pacientes, e fluxogramas diagnósticos pragmáticos podem ser úteis na prática clínica diária. Sendo a força muscular avaliada, segundo os critérios do Medical Research Council (escala MRC), qual o valor limite para a confirmação diagnóstica da fraqueza muscular adquirida na UTI e que tem correlação direta com a força de preensão palmar mensurada pela dinamometria? Valores inferiores a:
- a) 10.
 - b) 20.
 - c) 28.
 - d) 48.
 - e) 60.



34. O repouso prolongado, no leito deixou de ser há algumas décadas uma estratégia adotada pelos fisioterapeutas na Unidade de Terapia Intensiva. Os avanços tecnológicos e o progresso do conhecimento científico na área possibilitaram a compreensão de que a mobilização precoce deve ser adotada por esses profissionais. Em relação à atividade realizada pelo paciente no leito, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

- () O uso de sedação contínua e profunda em UTI permitiu que a atividade física pudesse ser incorporada precocemente no atendimento do paciente.
- () Além do fisioterapeuta, outros profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais, também estão envolvidos na promoção da atividade física ao paciente crítico.
- () A terapia de mobilização precoce é contraindicada em pacientes críticos sob assistência ventilatória invasiva.
- () A falta de atividade para o paciente, no leito, pode afetar o sistema cardiopulmonar e causar, entre outros, atelectasia, pneumonia e intolerância ortostática.

- a) V – F – V – F.
- b) F – V – F – V.
- c) V – V – F – F.
- d) F – F – V – V.
- e) V – V – F – V.

35. A monitorização do paciente neurológico grave na UTI consiste em identificar, por meio do exame físico e dos equipamentos como monitores invasivos, sinais que indiquem hipertensão intracraniana e diminuição de perfusão cerebral, que, se não forem revertidas, levam à isquemia cerebral e, possivelmente à morte de células neuronais. A pressão de perfusão cerebral (PPC) pode ser utilizada como uma importante informação clínica da perfusão cerebral e a maneira de calculá-la é:

PAM = Pressão Arterial Média;
PIC = pressão intracraniana;
PAS = pressão arterial sistólica;
FSC = fluxo sanguíneo cerebral.

- a) $PPC = PIC - PAM$
- b) $PPC = PAS - PAM$
- c) $PPC = PAM + PIC$
- d) $PPC = FSC - PIC$
- e) $PPC = PAM - PIC$

36. O paciente neurológico internado em UTI inspira cuidados contínuos e, para que as condutas terapêuticas sejam acertadas, diante do grande arsenal de procedimentos existentes, faz-se necessário que o diagnóstico seja o mais precoce e correto possível. Para tanto, a monitorização desses pacientes ocupa lugar de destaque na rotina das UTIs. O objetivo da monitorização do doente neurocrítico consiste na observação de sinais clínicos e de parâmetros multiparamétricos invasivos e não-invasivos, visando sempre manter uma adequada oferta de oxigênio para o tecido cerebral. A respeito da monitorização do paciente neurocrítico, assinale a alternativa **CORRETA**.

PIC – pressão intracraniana.
ECO₂ – extração cerebral de oxigênio.
SaO₂ – saturação arterial de oxigênio.
SvjO₂ – saturação venosa jugular de oxigênio.

- a) A hipertensão intracraniana é diagnosticada, quando a PIC for maior que 8mmHg.
- b) O fluxo sanguíneo cerebral é diretamente proporcional à PIC.
- c) O fluxo sanguíneo cerebral é inversamente proporcional à pressão de perfusão cerebral.
- d) A extração cerebral de oxigênio é calculada subtraindo a SaO₂ pela SvjO₂ ($ECO_2 = SaO_2 - SvjO_2$)
- e) A pressão tissular cerebral de oxigênio permite identificar os tipos de hipóxia que podem acometer o cérebro.



37. A radiografia de tórax é o exame imaginológico mais comum para investigação diagnóstica de doenças torácicas e para acompanhamento e avaliação de condutas no doente crítico internado na UTI. A radiografia de tórax permite detectar e confirmar a presença e a extensão de derrames pleurais, além de informar sobre a sua natureza, se livre na cavidade pleural ou loculado, e sobre a ocorrência ou não de outros envoltimentos torácicos (pulmonar, cardíaco ou mediastinal) associados. Sobre a avaliação do derrame pleural por radiografia torácica, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

- () O velamento homogêneo e denso de um hemitórax associado a desvio do mediastino para o lado oposto é um achado consistente de derrame pleural maciço de um hemitórax.
- () A incidência de decúbito lateral com raios horizontais é uma opção para confirmação de um derrame pleural e para a diferenciação entre derrame e espessamento pleural.
- () A curva de Damoiseau, ou sinal do menisco, é uma curva de convexidade para baixo (oposta ao ângulo do seio costofrênico) e é um achado comum dos derrames pleurais não loculados.
- () Uma imagem radiopaca (hipotransparente), com aumento da atenuação do parênquima pulmonar associado à redução de volume, caracterizado pelo deslocamento das fissuras, das estruturas mediastinais ou do diafragma e pela aproximação das estruturas broncovasculares do parênquima envolvido é um achado comum do derrame pleural maciço.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**.

- a) F - F - V - V.
- b) V - F - V - F.
- c) F - F - F - V.
- d) V - V - V - F.
- e) V - V - V - V.

38. Entre as doenças pulmonares de evolução crônica, a DPOC é a condição mais prevalente, que leva a admissões na UTI. Sobre os achados radiográficos encontrados em pacientes com doenças pulmonares obstrutivas, com aprisionamento aéreo, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

- () Diafragma achatado na imagem lateral do tórax e aumento no volume de espaço aéreo retrosternal.
- () Velamento dos ângulos costofrênicos e cardiofrênicos bilateralmente.
- () Hipertransparência pulmonar com atenuação da trama vascular.
- () Horizontalização das costelas com aumento dos espaços intercostais.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**.

- a) V - F - V - F.
- b) V - F - V - V.
- c) F - V - F - V.
- d) V - V - F - V.
- e) F - F - V - V.

39. Os resultados da gasometria arterial nos permitem avaliar 04 processos fisiológicos que devem ser avaliados, sistematicamente, **EXCETO**:

- a) Ventilação alveolar.
- b) Trocas gasosas.
- c) Transporte de oxigênio.
- d) Equilíbrio ácido-base.
- e) Volumes e Capacidades Pulmonares.



40. O paciente crítico está exposto a diversas condições que podem gerar declínio das capacidades físicas e cognitivas, utilização de medicamentos psicoativos, experiências dolorosas e imobilidade estão associadas a desenvolvimento de desfechos clínicos negativos como fraqueza muscular e *delirium*. O bundle ABCDEF reúne estratégias baseadas em evidências científicas que buscam a avaliação, a prevenção e o manejo dos fatores de risco, visando otimizar os resultados clínicos. Das afirmativas abaixo relacionadas, uma não se enquadra no referido bundle ABCDEF, que é a (o):

Onde TRE: teste de respiração espontânea.

- a) Avaliação, prevenção e manejo da dor.
- b) Mobilização precoce.
- c) Engajamento familiar.
- d) Ventilação mecânica não invasiva.
- e) Avaliação do despertar diário e elegibilidade para o TRE.

41. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é atualmente definida como uma doença caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo de ar nos pulmões causados por significativa exposição a partículas ou gases nocivos. A principal exposição é o **cigarro**. Características intrínsecas do indivíduo exposto, como perfil genético e de desenvolvimento, influenciam no grau de instalação e manifestação da doença. A DPOC abrange entidades historicamente conhecidas como bronquite crônica e enfisema pulmonar. Bronquite crônica é uma das possíveis manifestações clínicas do DPOC e apresenta longos períodos de tosse com expectoração em sua definição. O enfisema (alargamento de espaços de ar por destruição do tecido pulmonar) é uma das alterações estruturais do pulmão que podem estar presentes na DPOC. Essas alterações contribuem para o aprisionamento aéreo que pode comprometer seriamente a ventilação pulmonar destes pacientes. O aumento do trabalho respiratório resultante da hiperinsuflação pulmonar dinâmica (autoPEEP) comum em pacientes com DPOC pode ser evitado com

- a) Elevação da frequência respiratória.
- b) Elevação do tempo inspiratório.
- c) Aumento da sensibilidade expiratória em PSV.
- d) Mudança de modo ventilatório de VCV para PCV.
- e) Redução do fluxo inspiratório em modo VCV.

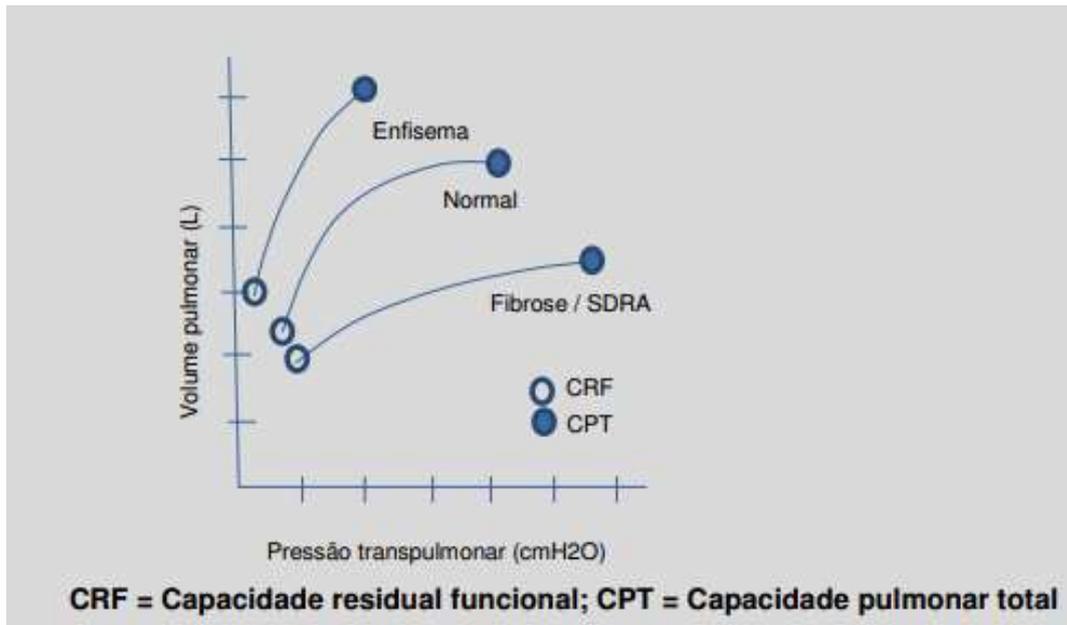
42. Observe as seguintes gasometrias arteriais:

- a. pH = 7,27; PaO₂ = 84 mmHg; PaCO₂ = 49 mmHg; HCO₃ = 22 mEq/L; Excesso de base = -2; SaO₂ = 90,6%.
- b. pH = 7,40; PaO₂ = 84mmHg; PaCO₂ = 40 mmHg; HCO₃ = 24 mEq/L; Excesso de base = 0; SaO₂ = 96,3%.

Considere pH = potencial hidrogeniônico; PaO₂ = pressão parcial de oxigênio no sangue arterial; PaCO₂ = pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial; HCO₃ = íon bicarbonato; SaO₂ = saturação arterial de oxigênio. Ambos os pacientes em condições semelhantes de altitude, temperatura e 2,3 DPG
Perceba que a PaO₂ é a mesma nas duas gasometrias, no entanto, a SaO₂ difere entre elas. Essa diferença se deve a:

- a) Alterações na perfusão tecidual que determinam menor oferta de oxigênio aos tecidos.
- b) Redução da afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, em virtude da acidose.
- c) Redução do estímulo respiratório central (drive respiratório) consequente ao aumento da PaCO₂.
- d) Aumento da diferença alvéolo-arterial de oxigênio (D[A-a]O₂).
- e) Fisiologicamente não é possível que a SaO₂ para uma mesma PaO₂ seja diferente. Há erro no exame.

43. Considere a figura seguinte e, a partir dela, escolha a alternativa correta: CRF = Capacidade residual funcional; CPT = Capacidade pulmonar total.



- a) O gráfico avalia a resistência de vias aéreas, sendo esta significativamente maior em doentes obstrutivos.
- b) O gráfico mostra a variação de volume por unidade de pressão, e isso representa a complacência pulmonar.
- c) Enfisematosos possuem maior CRF, e isso se deve ao aumento da retração elástica dos pulmões.
- d) Pacientes com doenças restritivas apresentam CPT superior a indivíduos normais.
- e) Pacientes com fibrose pulmonar/SDRA apresentam aumento da CRF, em virtude da pressão superimposta pelo pulmão não dependente ao pulmão dependente.
44. A pressão parcial de CO₂ alveolar (PACO₂) representa o equilíbrio entre a taxa de produção de CO₂ pelos tecidos (VCO₂) e a taxa com que a ventilação alveolar (VA) elimina o CO₂. Considerando-se que, normalmente, o sangue que deixa o leito do capilar alveolar tem a mesma PACO₂ alveolar, a PaCO₂ é:
- a) Determinada pela ventilação do espaço morto e oxigenação alveolar.
- b) Determinada pela impedância do sistema respiratório, pelo metabolismo basal e pelo índice de oxigenação.
- c) Determinada pelo nível de ventilação alveolar em relação ao metabolismo tecidual.
- d) Determinada pela variação do volume corrente, da frequência respiratória e do espaço morto anatômico e fisiológico do mesmo indivíduo.
- e) Determinada pelo shunt direito-esquerdo e pela frequência respiratória independente do volume de espaço morto.
45. A pressão de platô é importante marcador de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, tendo sido, em vários estudos, relacionada à mortalidade em pacientes com SDRA mecanicamente ventilados. Sua medida pode ser feita a partir de uma pausa inspiratória, em condições de fluxo zero, ou de maneira matemática. Sabendo-se que o volume corrente é de 500 ml, a complacência do sistema respiratório é de 40 ml/cmH₂O e a PEEP de 5 cmH₂O, o valor da pressão de platô corresponde a:
- a) 17,5 cmH₂O.
- b) 20 cmH₂O.
- c) 22,5 cmH₂O.
- d) 25 cmH₂O.
- e) 30 cmH₂O.



- 46.** Sobre os ajustes ventilatórios e a ventilação mecânica para doenças obstrutivas e para SDRA, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) Na SDRA, os volumes devem estar abaixo dos valores normais, devido ao risco de lesão pulmonar associada à ventilação mecânica.
 - b) Nos pacientes com doenças obstrutivas, a maior preocupação é com o aumento do tempo expiratório para reduzir a hiperinsuflação pulmonar dinâmica.
 - c) A elevação da frequência respiratória é a alternativa mais indicada para reduzir a PaCO₂ em pacientes com doenças obstrutivas e hiperinsuflação pulmonar.
 - d) Toleram-se a hipercapnia permissiva em pacientes com SDRA para manutenção de uma estratégia protetora.
 - e) A melhora da hiperinsuflação pulmonar com ajuste da PEEP pode ser reconhecida, através do gráfico de fluxo-tempo ou através da melhora da complacência do sistema respiratório.
- 47.** O modo Ventilação com Pressão de Suporte (PSV) é amplamente utilizado nas unidades de terapia intensiva. Sobre as características desse modo, podemos afirmar, **EXCETO**:
- a) é um modo ciclado e limitado à pressão.
 - b) o paciente tem controle sobre a frequência respiratória, tempo inspiratório, fluxo inspiratório e volume corrente.
 - c) pode ocasionar acomodação do paciente à ventilação mecânica com conseqüente atraso no desmame, quando se utilizam altas pressões de suporte.
 - d) há possibilidade de a ventilação alveolar ser inadequada em pacientes com drive ventilatório instável e/ou mudanças na complacência e resistência do sistema respiratório.
 - e) pacientes portadores de DPOC podem apresentar esforço muscular expiratório, antes do final da inspiração, promovendo assincronia.
- 48.** A Ventilação Não-Invasiva (VNI) é considerada uma estratégia com nível de evidência A para o tratamento do edema agudo pulmonar cardiogênico. Sobre o uso da VNI, podemos afirmar que:
- a) Pacientes hipovolêmicos se beneficiam com o uso de altas pressões, quando há aumento da pressão intratorácica e redução do retorno venoso.
 - b) Não há superioridade do modo PSV em relação ao modo CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas), quando avaliados parâmetros como: diminuição do trabalho respiratório, alívio da dispneia e ventilação alveolar.
 - c) O aumento da pressão da artéria pulmonar pela compressão dos capilares pulmonares com a presença de PEEP aumenta a resistência ao débito cardíaco ventricular direito, diminuindo o volume diastólico final do ventrículo direito.
 - d) Nas disfunções vasculares pulmonares e do ventrículo direito, a pressão positiva pode aumentar a resistência vascular pulmonar e piorar a função dessa câmara.
 - e) Nas disfunções do ventrículo esquerdo, a pressão positiva promove redução das pressões transmuralis do ventrículo esquerdo e da aorta, reduzindo o desempenho dessa câmara.
- 49.** A adequada manutenção da ventilação pulmonar exercida pela musculatura respiratória é fundamental para a preservação da vida humana. Os músculos respiratórios, assim como os demais músculos esqueléticos, podem melhorar sua função com o treinamento muscular. Acerca desta temática, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Desordens neuromusculares, alterações metabólicas, sepse e choque são fatores não relacionados à redução da força muscular respiratória.
 - b) Alterações intrínsecas do parênquima pulmonar, como queda da complacência e obstrução das vias aéreas, além de alterações da caixa torácica, como a cifoescoliose, estão relacionadas à diminuição do trabalho respiratório.
 - c) Endurance muscular consiste na capacidade de manutenção de atividade de contração muscular, ao longo do tempo, e relaciona-se à resistência de um músculo ou grupo muscular ao desenvolvimento de fadiga.



- d) Entende-se por fadiga muscular a perda da capacidade de gerar força, situação irreversível, mesmo com o repouso.
- e) No paciente sob ventilação mecânica prolongada, o prejuízo na função muscular respiratória dificulta a retirada definitiva do suporte ventilatório, sem interferir no tempo de hospitalização.

50. No que diz respeito a dispositivos e recursos para o treinamento muscular respiratório, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) São fatores relacionados ao sucesso do treinamento muscular respiratório, a habilidade e o conhecimento do terapeuta, as condições do paciente, considerando-se a estabilidade hemodinâmica e/ou doença de base, o estado nutricional do paciente e seu nível de consciência.
- b) O treinamento de força muscular inspiratória pode ser realizado por meio de dispositivos de carga pressórica linear ou alinear.
- c) O Pflex, dispositivo de carga pressórica alinear, é composto por uma válvula bidirecional que permite o ajuste de uma peça com orifícios de tamanho variável, responsável por gerar a carga de trabalho a ser imposta no treinamento.
- d) O Threshold IMT®, dispositivo de carga pressórica linear, possui uma válvula que é mantida por pressão negativa e se abre, quando a pressão positiva é gerada com o esforço inspiratório do paciente, permitindo a passagem de ar.
- e) Para aplicação da eletroestimulação diafragmática transcutânea (EDET), os equipamentos devem permitir a modulação da corrente elétrica, quanto à intensidade, tempo de elevação, tempo de sustentação, tempo de queda (relaxamento), além de permitir a atenuação da corrente elétrica previamente escolhida.

51. São considerados critérios para não se mobilizar um paciente crítico ou interromper a realização de exercícios os descritos abaixo, **EXCETO**:

- a) Pressão arterial média < 60 ou > 120 mmHg.
- b) Frequência respiratória > 35 irpm.
- c) Palidez, sudorese fria e hipoglicemia.
- d) Frequência cardíaca > 60 ou < 140 bpm.
- e) Quadro hemorrágico agudo não identificado.

52. Assinale a alternativa **CORRETA**, no que se refere a alterações hemodinâmicas, durante a realização de exercícios/mobilização comumente praticadas pelos fisioterapeutas, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

- a) A simples mudança de decúbito ou posicionamento do paciente implica alterações hemodinâmicas e readaptação do sistema cardiovascular, podendo instabilizar pacientes críticos.
- b) A realização de movimentos passivos de flexo-extensão de membros inferiores e de ombro não provoca aumento da frequência cardíaca, quando comparada à situação de repouso.
- c) A mobilização ativa de membros inferiores e superiores diminuem em cerca de 10% os valores de frequência cardíaca, durante o exercício, quando comparados aos valores de repouso.
- d) A utilização da prancha ortostática para realização de ortostatismo assistido diminui a frequência cardíaca basal e a pressão arterial média.
- e) A prática de deambulação em pacientes mecanicamente ventilados não deve ser preconizada, pois pode acarretar quadros de hipotensão ortostática severa.

53. A imobilização e a dependência da ventilação mecânica podem afetar adversamente diversos órgãos e sistemas orgânicos de pacientes críticos. Sobre os efeitos do imobilismo e mobilização de pacientes em UTI, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Contraturas musculares, descondicionamento físico global, redução do consumo máximo de oxigênio (VO₂ máx) e fraqueza muscular são algumas das consequências do imobilismo em pacientes internados em UTI.
- b) A paresia adquirida na UTI apresenta-se como uma fraqueza muscular generalizada, com flacidez e hiperreflexia tendínea, podendo se apresentar, ainda, como quadriplegia espástica ou monoplegia.



- c) A imobilidade além de afetar o sistema respiratório com redução dos volumes e capacidades pulmonares, predispõe ao surgimento do delirium, aumentando o tempo de internamento na UTI, bem como os custos hospitalares.
- d) O objetivo da mobilização passiva é manter a amplitude de movimento articular e prevenir encurtamento muscular, lesões tegumentares por pressão, tromboembolismo pulmonar e, até mesmo, a redução da força muscular pela diminuição da proteólise muscular.
- e) A escala de Borg é uma ferramenta importante para modular a intensidade dos exercícios, a partir da percepção do esforço, durante a mobilização, em pacientes com boa função cognitiva.

54. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre a abordagem ao paciente com Traumatismo Cranioencefálico (TCE):

- a) Valores na Escala de Coma de Glasgow (ECG) entre 3 e 8 indicam TCE de alto risco (grave) e necessidade de intubação orotraqueal.
- b) A ventilação mecânica invasiva é contraindicada em pacientes com TCE, sendo indicada a ventilação não invasiva (VNI).
- c) A ventilação mecânica em modo espontâneo é fundamental para o controle da frequência respiratória.
- d) Na ocorrência de hipertensão intracraniana, a PaCO₂ deverá ser controlada entre os valores de 45 e 50 mmHg.
- e) A hipercapnia é fundamental para a promoção da vasodilatação e melhora da perfusão cerebral.

55. Segundo as recomendações da European Respiratory Society (ERS), quais as metas da fisioterapia em terapia intensiva? Assinale a **INCORRETA**.

- a) Minimizar o descondicionamento.
- b) Desobstruir vias aéreas.
- c) Reverter atelectasias.
- d) Evitar falhas no desmame da VM.
- e) Evitar uso de ventilação não invasiva.

56. Assinale a alternativa correta sobre a Ventilação com Pressão Controlada (PCV):

- a) O fluxo é constante e quadrado.
- b) É ciclado a tempo.
- c) O fluxo é livre e quadrado.
- d) É ciclado a pressão.
- e) É possível observar o Pico de Pressão e a Pressão de Platô.

57. Entre os índices, marcadores e exames propostos como alternativas para detectar disfunções cardíacas relacionadas ao desmame da ventilação mecânica em cardiopatas, e que podem contribuir para prever o sucesso ou a falha na retirada do suporte ventilatório, **NÃO** está:

- a) Peptídeo natriurético do tipo B – BNP.
- b) Eletrocardiograma – ECG.
- c) Pressão Positiva ao Final da Expiração – PEEP.
- d) Ecocardiografia transtorácica – ETT.
- e) Saturação venosa de oxigênio – SvO₂.

58. A terapia de expansão pulmonar promove um aumento do volume pulmonar através do aumento do gradiente de pressão transpulmonar. Este aumento do gradiente de pressão transpulmonar ocorre em função de:

- a) Diminuição da pressão alveolar ou aumento da pressão pleural.
- b) Aumento da pressão pleural e da pressão intratorácica.
- c) Aumento da pressão alveolar ou diminuição da pressão pleural.
- d) Diminuição da pressão pleural e redução do gradiente de pressão transrespiratório.
- e) Aumento da pressão alveolar ou aumento da pressão pleural.



59. As técnicas de remoção de secreção brônquica são classificadas, de acordo com o Consenso de Lyon (1994), quanto ao emprego da ação da gravidade, quanto ao emprego da aplicação de ondas de choque ou choque mecânico na parede torácica e quanto ao emprego da compressão do gás ou variação do fluxo expiratório. Indiscutivelmente, a prerrogativa essencial para a maior efetividade nas terapias de remoção de secreção brônquica é:

PFE – pico de fluxo expiratório.

PFI – pico de fluxo inspiratório.

- a) Aumentar o gradiente entre o PFE e o PFI.
- b) Aumentar o PFI.
- c) Aumentar o volume corrente.
- d) Aumentar a impedância do sistema respiratório.
- e) Reduzir a complacência da caixa torácica.

60. O modo CPAP consiste na manutenção de uma pressão positiva constante em todo o ciclo respiratório. Entre seus efeitos fisiológicos estão aqueles advindos da PEEP. A utilização da CPAP, como recurso fisioterapêutico, é de forma intermitente. Assinale a alternativa que NÃO condiz com os principais efeitos fisiológicos do CPAP.

- a) Restabelecer a Capacidade Residual Funcional em pacientes cirúrgicos, especialmente, aqueles com alto risco de infecção, imobilizados e pouco cooperativos.
- b) Reduzir o shunt e melhorar as trocas gasosas.
- c) Reduzir o trabalho muscular respiratório por aumentar a complacência pulmonar.
- d) Evitar a intubação traqueal de pacientes com insuficiência respiratória aguda tipo II.
- e) Aumentar o clearance de secreções nas doenças supurativas, provavelmente pelo aumento da ventilação colateral.