



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 2

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA FISIOTERAPEUTA

DATA: 19/01/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 2**) 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 2) 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** 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	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS - SEDUC / 2024



N ° D E I N S C R I Ç Ã O					



QUESTÕES GERAIS

01. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 36, de 25 de julho de 2013, institui as ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), nesses contextos organizacionais.

Sobre as recomendações constantes na referida legislação para a criação do NSP nas instituições de saúde, analise as assertivas, a seguir, e assinale a alternativa que apresenta **APENAS** as afirmações corretas:

- I. A direção do serviço de saúde deve constituir o NSP e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- II. A direção do serviço de saúde não pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP, devendo compor um grupo exclusivo para assumir esse fim.
- III. No caso de serviços públicos ambulatoriais deve ser constituído um NSP para cada serviço de saúde, não sendo permitido um NSP para o conjunto desses.
- IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar: recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais; e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II e III.
- d) I e V.
- e) III e IV.

02. A gestão de riscos é, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 36, de 25 de julho de 2013, a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Na prática, essa gestão de risco pode ser materializada de maneira reativa e/ou proativa. No que diz respeito à gestão de riscos reativa, a vigilância, monitoramento e notificação dos incidentes relacionados à assistência à saúde são estratégias centrais para que o serviço de saúde possa aprender com os próprios erros e falhas, adotando as melhorias necessárias para tornar seus processos de trabalho mais seguros.

Face ao exposto, é **CORRETO** afirmar que:

- a) O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
- b) A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância.
- c) A notificação dos eventos adversos deve ser feita por meio de e-mail, enviado pelos serviços de saúde à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- d) Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 24 (vinte e quatro) horas a partir do ocorrido.
- e) Compete à ANVISA divulgar relatórios mensais sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.



03. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado, por meio da Portaria 529 do Ministério da Saúde, para contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Como forma de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam, o referido Programa instituiu o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada e de caráter consultivo. Sobre esse Comitê, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a sequência **CORRETA**.

- () A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA.
 - () O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades.
 - () As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público.
 - () O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas.
- a) V - V - V - V.
b) V - V - F - V.
c) F - F - F - F.
d) F - F - V - V.
e) F - V - F - V.

04. O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente expõe que, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a situação, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. Em diferentes pesquisas, foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de evento adverso, o que motivou a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos-chave do ICPS para a língua portuguesa. Considerando esses conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, correlacione as colunas abaixo e, na sequência, assinale a assertiva **CORRETA**.

Coluna 1

- (1) Segurança do Paciente.
- (2) Dano.
- (3) Risco.
- (4) Incidente.
- (5) Circunstância Notificável.
- (6) Near Miss.
- (7) Incidente sem lesão.
- (8) Evento adverso.

Coluna 2

- () Probabilidade de um incidente ocorrer.
- () Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- () Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- () Incidente que resulta em dano ao paciente.



- () Incidente que não atingiu o paciente.
 - () Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
 - () Incidente com potencial dano ou lesão.
 - () Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- a) 7, 3, 1, 8, 2, 6, 5, 4.
 - b) 1, 3, 7, 6, 5, 4, 8, 2.
 - c) 3, 8, 6, 2, 1, 4, 7, 5.
 - d) 2, 3, 7, 4, 5, 1, 6, 8.
 - e) 3, 7, 1, 8, 6, 2, 5, 4.

05. Para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), em um serviço de saúde, as seguintes etapas são previstas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 1 – Decisão; e 2 – Planejamento e Preparação. No tocante à etapa 1, a decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é primordial para que ocorra o processo de implantação do NSP. Esta disposição é de suma importância, uma vez que todas as etapas para implantação, manutenção e melhoria contínua do Plano de Segurança do Paciente dependem do empenho e comprometimento da alta direção da instituição. A etapa 2, por sua vez, também é parte crucial de uma implantação exitosa do NSP. São ações necessárias da direção do serviço de saúde para o desenvolvimento desta etapa, **EXCETO**,

- a) Nomear verbalmente o NSP, indicando os integrantes e incluindo um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (Coordenador).
- b) Realizar reuniões regulares do NSP com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade e da segurança do paciente, reguladas por legislação específica e representadas ou não no NSP.
- c) Envolver o NSP com os usuários dos serviços de saúde.
- d) Capacitar os profissionais que compõem o NSP.
- e) Disponibilizar recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP.

Texto para as questões **06** e **07**.

A identificação correta do paciente é uma ação que assegura a assistência e minimiza a ocorrência de erros e danos. Trata-se, portanto, da primeira atividade que advoga a favor da segurança do paciente. Falhas no processo de identificação do paciente ocorrem desde o momento da admissão até a alta do serviço de saúde e decorrem de fatores relacionados ao paciente (nível de consciência, por exemplo), ao processo de trabalho (mudanças de setor, leitos e de profissionais), dentre outras situações. O serviço de saúde deve definir como identificar os seus pacientes, de modo a garantir que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

06. No que diz respeito a essas definições institucionais, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a sequência **CORRETA**.

- () A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação, garantindo a permanência da pulseira neste membro ao longo da internação do paciente.
- () Utilizar no mínimo dois itens distintivos para identificar o paciente antes da prestação do cuidado.



- () O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.
- () O registro dos identificadores do paciente devem ser impressos de forma digital, não sendo aceitas pulseiras com informações manuscritas.

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

07. O serviço de saúde precisa qualificar seus profissionais para a checagem dos identificadores junto ao paciente, de modo a não restringir as boas práticas para a identificação correta do paciente ao uso da pulseira branca. Sobre essa checagem, é **CORRETO** afirmar:

- a) O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.
- b) Se o profissional conhecer o paciente não precisará verificar os detalhes de sua identificação.
- c) A verificação da identidade do paciente deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado.
- d) Para a correta identificação do paciente, o profissional deve relatar em voz alta o nome do paciente e o outro identificador escolhido pelo serviço de saúde, e o paciente confirmar as informações.
- e) Durante o processo de identificação do paciente, é preciso checar as informações constantes na pulseira de identificação. Caso o nome do paciente seja muito grande, é permitido o uso de abreviaturas.

08. Os erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um dos tipos de incidentes mais comuns nas instituições de saúde e são provocados, em grande parte, por falhas nos processos e procedimentos durante o cuidado. São passíveis de ocorrer em todas as etapas da terapia medicamentosa: prescrição, dispensação, preparação, administração e monitoramento, e podem resultar em danos graves e até na morte do paciente. Diante desse contexto, os serviços de saúde devem dispor de estratégias para a adoção de práticas seguras. No que concerne a essas estratégias, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- () O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde.
- () O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente.
- () O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos.
- () O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

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



- 09.** Como forma de garantir a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, é crucial a mensuração de indicadores. Estes são sinalizadores das fragilidades existentes na instituição e que exigem um olhar crítico, com vista a delimitar as melhorias necessárias, tornando a terapia medicamentosa cada vez mais segura e de melhor qualidade. Dito isso, assinale a assertiva que traz os indicadores recomendados pelo Protocolo de Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, do Ministério da Saúde.
- Taxa de erros na prescrição de medicamentos; Taxa de erros na dispensação de medicamentos e Taxa de prescrições médicas ilegíveis.
 - Taxa de erros na prescrição de medicamentos; Taxa de erros na dispensação de medicamentos e Taxa de erros na administração de medicamentos.
 - Taxa de erros na dispensação de medicamentos; Taxa de erros na administração de medicamentos e Taxa de prescrições médicas ilegíveis.
 - Taxa de erros na prescrição de medicamentos; Taxa de erros na administração de medicamentos e Taxa de prescrições médicas ilegíveis.
 - Taxa de prescrições médicas ilegíveis; Taxa de erros na dispensação de medicamentos e Taxa de erros no preparo de medicamentos.
- 10.** Em outubro de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que, a partir de 2005, passou a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como Desafios Globais. Em 2007-2008, o segundo desafio global estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico. Cirurgia Segura é também um dos Protocolos de Segurança do Paciente no Brasil, estabelecido pelo Ministério da Saúde. Dentre as ações definidas no referido Protocolo, a demarcação do sítio cirúrgico é medida-ouro. Sobre esse processo, pode-se afirmar, **EXCETO**,
- A identificação do sítio cirúrgico poderá ser realizada por qualquer membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
 - Sempre que possível, a demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção.
 - A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.
 - O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.
 - A demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente deverá ser feita naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis.
- 11.** Um dos caminhos para a garantia da qualidade do processo cirúrgico é a utilização de indicadores continuamente mensurados e analisados criticamente. Esses têm a função de demonstrar a situação da instituição por meio de números aferidos em intervalos de tempo, o que torna possível direcionar os focos de ação e os ciclos de melhoria. No que tange aos indicadores do Protocolo de Cirurgia Segura, assinale a alternativa que traz aqueles recomendados pelo Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde.
- Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado; Número de cirurgias em local errado; e Taxa de erros de identificação do paciente durante o procedimento cirúrgico.
 - Número de procedimentos errados; Taxa de adesão à Lista de Verificação; e Incidência de queda no Centro Cirúrgico.
 - Número de cirurgias em paciente errado; Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; e Incidência de lesão por pressão no transoperatório.
 - Taxa de erros de identificação do paciente durante o procedimento cirúrgico; Incidência de queda no Centro Cirúrgico; e Incidência de lesão por pressão no transoperatório.
 - Número de cirurgias em local errado; Número de cirurgias em paciente errado; e Taxa de adesão à Lista de Verificação.



- 12.** De acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, 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. Dentro desse processo de avaliação, é de suma relevância estratificar o risco, reconhecendo quando este é baixo ou alto, como forma de direcionar a equipe para a adoção de medidas preventivas mais assertivas. Sobre essa estratificação, correlacione as colunas abaixo e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

Coluna I

- (1) Alto risco para queda.
- (2) Baixo risco para queda.

Coluna II

- () Paciente independente que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.
- () Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.
- () Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- () Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.
- () Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

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

- 13.** A queda é considerada um evento que faz com que o indivíduo termine involuntariamente no chão ou em outro nível baixo, com ou sem lesões. Este evento pode ser decorrente de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados ao comportamento e atividades dos indivíduos no meio em que habitam. No ambiente hospitalar, os pacientes estão em processo de restabelecimento da saúde e são considerados mais vulneráveis. Conseqüentemente, as quedas aumentam o período de internação e o custo do tratamento, além de acarretar desconfortos físicos e psicológicos ao paciente. Para evitar a ocorrência desses incidentes, os serviços de saúde devem delimitar procedimentos operacionais, com ações que agreguem mais segurança ao processo de cuidar. São exemplos dessas ações, **EXCETO**,

- a) Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente.
- b) Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar material educativo específico quando disponível.
- c) Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado.
- d) Reavaliar o risco, semanalmente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas.
- e) Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento.



14. A prevenção de lesão por pressão constitui a sexta meta entre as Metas Nacionais para Segurança do Paciente, combinada com a redução do risco de quedas. O Programa de Segurança do Paciente prioriza a atuação na identificação de soluções para a segurança do paciente e que as iniciativas possam ser disseminadas nos hospitais brasileiros. A Portaria nº 529 e a Resolução RDC nº 36, ambas publicadas em 2013, respectivamente pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, explicitam as ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e referem a finalidade de melhoria do cuidado em saúde por meio da proposição e validação de protocolos, guias e manuais, inclusive com foco na lesão por pressão. Como forma de evitar esses incidentes relacionados à assistência à saúde, os gestores dos serviços de saúde devem apoiar a implementação de um plano de melhoria da qualidade. É uma ação importante desse plano

- a) fazer o uso de equipamentos e materiais variados, adequados à prevenção da lesão por pressão, porém, sem a necessidade de um padrão predeterminado.
- b) estabelecer políticas, procedimentos e protocolos baseados nas experiências dos profissionais.
- c) envolver os serviços assistenciais, não sendo necessário a participação dos serviços gerenciais.
- d) decidir sobre a clínica fundamentada na opinião dos profissionais.
- e) disponibilizar insumos adequados para o tratamento de lesão por pressão.

15. A Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é realizada anualmente por esses serviços, de forma voluntária. O último relatório dessa avaliação foi publicado no ano em curso (2024) e traz os dados da segurança do paciente referentes ao ano anterior (2023). É um processo conduzido por vários atores, a saber: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Núcleo de Segurança do Paciente das Vigilâncias Sanitárias (NSP VISA), coordenações estaduais/distrital de controle de infecção e os Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais com UTI, cada um com suas funções específicas, delimitadas em fluxogramas e descritas no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Diante do exposto, cabe exclusivamente aos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais com UTI a seguinte função dentro desse processo de avaliação:

- a) Preenchimento do formulário eletrônico.
- b) Análise dos formulários e documentos comprobatórios.
- c) Sensibilização e divulgação aos hospitais com UTI.
- d) Avaliação *in loco* de serviços sorteados e revisão da classificação dos serviços avaliados.
- e) Classificação preliminar dos serviços em relação à conformidade com as práticas de segurança do paciente.



Texto para as questões 16 e 17.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011, institui os requisitos de boas práticas para o funcionamento de um serviço de saúde no Brasil, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Trata-se de uma legislação abrangente, que contempla macroprocessos importantes dentro das organizações de saúde.

16. Sobre as boas práticas direcionadas para o prontuário do paciente, constantes na seção IV da citada Resolução, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- () A responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento.
- () A guarda do prontuário é de responsabilidade dos profissionais de saúde devendo obedecer às normas vigentes.
- () O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente.
- () O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

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

17. Sobre as boas práticas direcionadas para a proteção à saúde do trabalhador, constantes na seção VII da citada Resolução, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- () O serviço de saúde deve garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos.
- () O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional mantendo registros desta avaliação.
- () O serviço de saúde deve garantir mecanismos de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, o que não inclui o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de modo que cada trabalhador é responsável pela aquisição dos seus EPIs.
- () O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades após avaliação médica.

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



18. Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (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. Nesse intento, existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos. No que concerne ao método dessa política, pode-se afirmar, **EXCETO**,

- a) O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.
- b) Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada.
- c) Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde.
- d) Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.
- e) A comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera um obstáculo significativo para as mudanças no contexto do SUS.

19. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 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 (UTI), 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. De acordo com a referida RDC, assinale a alternativa **CORRETA** no tocante aos processos de trabalho desenvolvidos em uma UTI.

- a) A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente.
- b) Todo paciente internado em UTI deve receber assistência uniprofissional, como forma de direcionar mais o cuidado para as demandas do paciente.
- c) O paciente não deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido, cabendo estritamente aos profissionais da equipe a decisão acerca dos procedimentos a serem realizados.
- d) A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente uma vez por dia.
- e) A assistência prestada deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível, sendo opcional o número de registro no respectivo Conselho de Classe profissional.



20. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos presentes nos serviços de saúde que afetam milhões de pessoas em todo o mundo, apresentando-se como um desafio global para a segurança do paciente. No mundo, diariamente, mais de 1,4 milhão de pessoas são acometidas por infecções evitáveis relacionadas à assistência à saúde. No Brasil, cerca de 3 a 15% das pessoas hospitalizadas desenvolvem algum tipo de IRAS, o que pode complicar a situação de saúde do paciente, expor à contaminação, requerer maior tempo de internação, aumentar os custos com medicações, exames e ocasionar o óbito. Além disso, as IRAS estão relacionadas ao surgimento de microrganismos multirresistentes. Evidências mostram que a baixa adesão à Higienização das Mãos (HM) é um dos principais fatores para o aumento das IRAS, onerando os custos relacionados aos cuidados do paciente. Diante do preocupante cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi inserida na Aliança Mundial para Segurança do Paciente e adotou desde o ano de 2004 a HM como o primeiro desafio para promover a segurança do paciente. Além disso, a HM é uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS e um os Protocolos de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde. De acordo com este Protocolo, as indicações para higienização das mãos contemplam: higienizar as mãos com sabonete líquido e água e higienizar as mãos com preparação alcóolica. Observando essas indicações, correlacione as colunas abaixo e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

Coluna 1

- (1) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água.
- (2) Higienizar as mãos com preparação alcóolica.

Coluna 2

- () Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro.
 - () Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada.
 - () Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas.
 - () Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.
- a) 1, 1, 2, 2.
 - b) 1, 2, 1, 2.
 - c) 2, 1, 1, 2.
 - d) 1, 1, 1, 2.
 - e) 2, 2, 2, 1.

ESPECÍFICA

21. Ao nascimento, os pulmões sofrem uma transição rápida, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Antes do nascimento, os pulmões recebem o débito cardíaco inteiro do lado direito do coração.
- b) Após o nascimento, os pulmões possuem circulação muito pequena.
- c) Antes do nascimento, é um órgão cheio de líquido.
- d) Após o nascimento, é incapaz de realizar troca gasosa suficiente.
- e) Antes do nascimento, é um órgão cheio de ar.



22. Sobre a estrutura e função placentária, podemos afirmar que:

- a) A sobrevivência do embrião, e então feto, requer uma ligação circulatória efetiva com a mãe através da placenta.
- b) Com o progredir da gestação, as vilosidades aumentam em tamanho, mas diminui a área de superfície.
- c) A maior parte da placenta é composta por artérias e veias umbilicais.
- d) A membrana embrionária não permite que células maternas se movam para o sangue fetal, portanto, bactérias e hormônios não podem cruzar o espaço intervilosos.
- e) O sangue fetal oxigenado deixa os vasos capilares e retorna para o feto por uma única artéria umbilical.

23. A circulação fetal é diferente da circulação após o nascimento, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O forame oval é uma estrutura que liga a Aorta ao tronco pulmonar.
- b) O ducto venoso é responsável por desviar o sangue do átrio direito para o átrio esquerdo.
- c) O ducto/canal arterial é uma estrutura que desvia a circulação hepática para a veia cava inferior.
- d) Três estruturas estão presentes na vida fetal: ducto venoso, ducto/canal arterial e forame oval.
- e) A maior parte do sangue que entra na artéria pulmonar segue o caminho para os pulmões.

24. Sobre o desenvolvimento do sistema respiratório pós-natal:

- a) As fossas nasais de uma criança são proporcionalmente menores do que as de um adulto.
- b) A maioria das crianças respira exclusivamente pelo nariz.
- c) A língua é muito menor em relação ao tamanho da cavidade oral.
- d) A flexão do pescoço causa desobstrução da via aérea.
- e) A epiglote da criança é mais curta e mais flexível do que a do adulto.

25. Sobre a mecânica ventilatória pediátrica, podemos afirmar que:

- a) A parede torácica da criança é menos complacente do que de um adulto.
- b) Enquanto a criança inspira, o conteúdo abdominal, proporcionalmente menor, auxilia o movimento diafragmático.
- c) A flexibilidade da parede torácica é aumentada na dimensão anteroposterior.
- d) A ossificação das costelas e esterno está normalmente completa aos 5 anos de idade.
- e) O diafragma é horizontalizado, o que diminui a habilidade de aumentar o diâmetro do tórax.

26. Um fisioterapeuta preocupado com a retinopatia da prematuridade, providencia um sistema não invasivo para monitorar a hiperoxia de um recém-nascido, assinale V para as assertivas verdadeiras e F para as falsas.

- I. Os dois fatores mais importantes que influenciam a relação entre o sangue arterial e a medida de gases transcutâneos são a idade e a condição de perfusão.
- II. A oximetria deve ser rigorosamente contraindicada em crianças com a pele sem integridade ou alergia a adesivos.
- III. O monitoramento transcutâneo aquece a pele para diminuir a permeabilidade aos gases.
- IV. Um sensor aplicado de modo frouxo ou apertado pode influenciar na medicação do oxigênio.

Marque a alternativa que apresenta **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e IV.
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) II e IV.
- e) III e IV.



27. Sobre a Síndrome da Angústia Respiratória Neonatal, podemos afirmar que:

- a) A incidência aumenta com o aumento da idade gestacional.
- b) A ventilação mecânica objetiva a *clearance* do líquido amniótico fetal.
- c) A deficiência qualitativa do surfactante é um dos principais fatores na fisiopatologia da doença.
- d) A ausculta pulmonar normalmente apresenta roncosp e crepitações grossas.
- e) A pressão positiva contínua das vias aéreas é indicada em situações mais graves da síndrome.

28. Sobre a Displasia Broncopulmonar (DBP), assinale V para as assertivas verdadeiras e F para as falsas.

- I. A toxicidade do oxigênio, a imaturidade pulmonar e o uso da ventilação mecânica são fatores implicados na origem da DBP.
- II. A radiografia da criança com DBP revela áreas de derrame pleural, pneumotórax e atelectasias.
- III. O melhor tratamento da DBP é a prevenção de atelectrauma e volutrauma desde a sala de parto.
- IV. A fisioterapia respiratória também mobiliza secreções e previne a atelectasia subsequente.

Marque a alternativa que apresenta **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I, II e III.
- b) II, III e IV.
- c) I, III e IV.
- d) II e III.
- e) II e IV.

29. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre as anormalidades da parede abdominal.

- a) A onfalocele é um defeito da parede abdominal que é completamente separada da inserção do cordão umbilical.
- b) O intestino do recém-nascido com gastroquise é coberto por uma membrana.
- c) A maioria dos recém-nascidos com defeitos da parede abdominal são prematuros extremos.
- d) Um defeito da parede abdominal empurra o diafragma cranialmente e diminui a capacidade residual funcional (CRF).
- e) O uso de pressão positiva com altas frequências e altos volumes correntes são necessários.

30. Sobre as cardiopatias congênitas, podemos afirmar que:

- a) O defeito do septo interventricular causa retorno do sangue da direita para esquerda e insuficiência cardíaca congestiva.
- b) A transposição das grandes artérias se manifesta com cianose moderada a grave imediatamente após o nascimento.
- c) A tetralogia de *Falot* é uma cardiopatia acianogênica.
- d) O ducto/canal arterial patente é uma má formação de recém-nascidos a termo.
- e) O defeito do septo interatrial é uma cardiopatia cianogênica e rara.

31. A bronquiolite é uma infecção aguda do trato respiratório inferior. Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Raramente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR).
- b) Muito comum em crianças maiores de 5 anos de idade.
- c) A inflamação causa roncosp e diminuição da resistência das vias aéreas.
- d) A radiografia de tórax revela sinais de atelectasias e derrame pleural.
- e) Casos mais graves necessitam de hospitalização para alívio da obstrução das vias aéreas e hipoxemia.



- 32.** Sobre a Fibrose Cística, podemos afirmar que:
- É uma doença genética letal e rara entre os caucasianos.
 - As anormalidades no movimento dos íons sódio e potássio através da membrana plasmática causam a maioria das manifestações clínicas.
 - Os órgãos mais afetados são as glândulas sudoríparas, o pâncreas e os rins.
 - As complicações da doença renal são a principal causa de morte.
 - A fisioterapia respiratória regular melhora a função pulmonar e a eliminação das secreções.
- 33.** A IRpA é definida quando existem distúrbios gasométricos aferidos. Sobre tais distúrbios, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A IRpA do tipo I somente apresenta déficit de ventilação com PaCO₂ baixa.
 - A IRpA do tipo II é caracterizada por déficit de ventilação e oxigenação com PaCO₂ elevada e PaO₂ baixa.
 - A IRpA do tipo II somente apresenta déficit de oxigenação com PaO₂ elevada.
 - Na IRpA do tipo I, observa-se déficit de ventilação e oxigenação com PaCO₂ elevada e PaO₂ baixa.
 - A IRpA do tipo II tem como principal fator etiológico a SDRA por pneumonia bacteriana.
- 34.** Com relação às alterações dos valores mensuráveis, que devem ser consideradas para avaliação de sucesso e insucesso da VNI, assinale a alternativa **CORRETA**.
- O volume corrente superior a 9mL/kg após 1 hora de VNI aumenta as chances de sucesso da terapia.
 - O aumento da PaCO₂ após o uso da VNI é um sinal de sucesso da terapia.
 - O aumento acentuado da FR, quando comparada com as incursões respiratórias iniciais, é um marcador importante de sucesso da terapia.
 - O aumento da PaCO₂ pode ser a possível causa do esforço muscular excessivo e é um critério comum de falha da VNI.
 - O índice HACOR maior que 10 é indicativo de sucesso da VNI após 1 hora de uso.
- 35.** Escalas foram criadas para dar autonomia quanto ao sucesso ou insucesso da terapia ventilatória. Uma das escalas inicialmente criadas para avaliar o uso da CNAF também tem sido utilizada na terapia com VNI: ROX Index. Quanto a essa escala, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A escala ROX Index utiliza como base os parâmetros SpO₂, FiO₂ e FR.
 - Essa escala deve ser aplicada no período de 2, 6 e 10 horas.
 - Quando inferior a 3,85, a pontuação aferida prediz sucesso na terapia abordada.
 - Pontuação igual ou superior a 4,88 traduz alto risco de insucesso da terapia.
 - A escala ROX Index utiliza a FR, FC, relação PaO₂/FiO₂, ph e nível de consciência pela escala de Glasgow para mensurar seus valores.
- 36.** Com relação à Disfunção Diafrágica Induzida pela Ventilação Mecânica - DDIV, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Há comprovação de que o descanso diafrágico ofertado pela VM controlada evita a DDIV.
 - O uso prolongado de fármacos como bloqueadores neuromusculares não piora o quadro clínico da DDIV.
 - Baixos valores de pressão de suporte não são capazes de causar alterações na espessura diafrágica.
 - A principal organela afetada e que aumenta os níveis de produção de Espécies Reativas de Oxigênio - EROs é o lisossomo.
 - Apesar da dificuldade diagnóstica, a medida ultrassonográfica do diafragma se mostra bem reprodutível e de fácil manuseio.

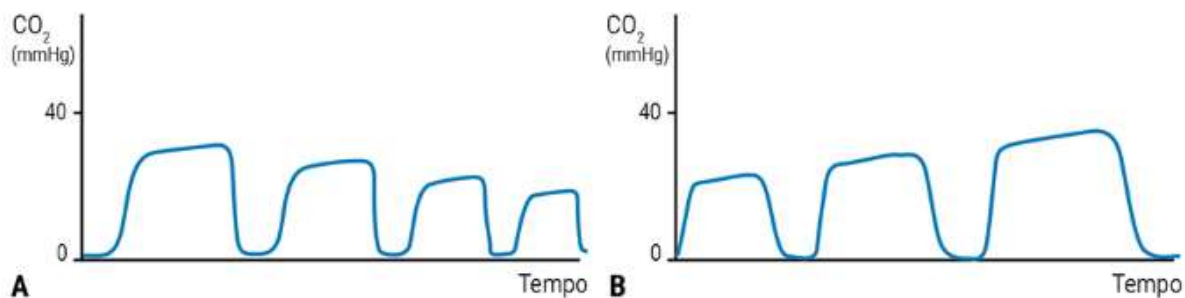
37. O teste de ventilação espontânea através do tubo T é a técnica de desmame mais antiga. O método consiste em ventilação espontânea ligada a uma fonte umidificada e enriquecida de oxigênio, que pode ser realizada durante 30 minutos a 2 horas. Abaixo apresentamos os sinais de intolerância ao desmame da VM durante o teste de ventilação espontânea, que sugere interrupção do teste, **EXCETO**,

- a) FR ≥ 35 irpm.
- b) SaO₂ <90%.
- c) FC >140bpm.
- d) PAS >180 ou <90mmHg.
- e) Glasgow > 10.

38. A Ventilação Mecânica (VM), protetora do pulmão e do diafragma, é uma nova abordagem que visa delimitar os efeitos colaterais da VM em pacientes críticos. Essa abordagem engloba os princípios da ventilação protetora do pulmão com o novo conceito de ventilação protetora do diafragma em um esforço para proteger simultaneamente ambos os órgãos. Concentra-se na otimização do esforço respiratório do paciente para evitar lesões pulmonares e diafragmáticas, mantendo a homeostase respiratória aceitável. Em última análise, o objetivo da abordagem é:

- a) Aumentar o tempo de analgesia e sedação para repouso do diafragma e minimização da lesão auto-infligida.
- b) Promover recrutamento alveolar periódico (diário) e evitar sobredistensão durante os primeiros dias de VM em modos assistidos.
- c) Evitar atelectrauma titulando PEEP sempre com base na SaO₂.
- d) Promover esforço muscular para o diafragma logo após a instituição da VM invasiva, em modo PSV, para evitar atrofia diafragmática.
- e) Reduzir a duração da VM, aumentar a sobrevida; acelerar a recuperação e prevenir a incapacidade a longo prazo em pacientes com insuficiência respiratória aguda.

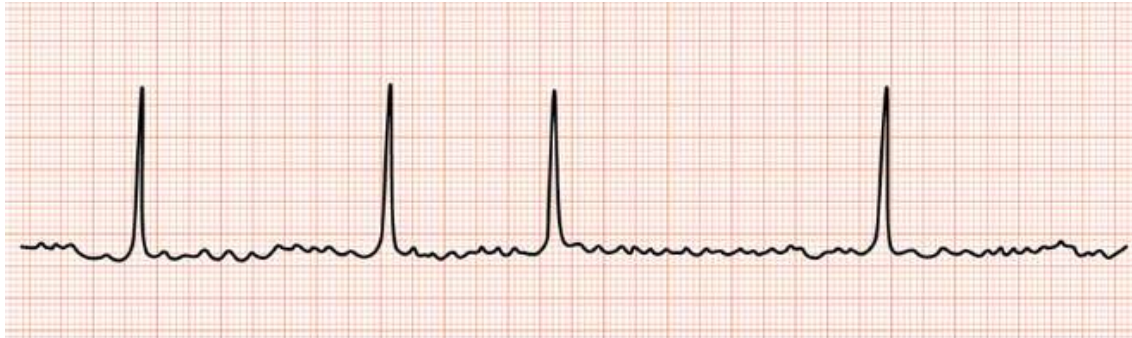
39. A capnografia é um método de monitoramento da concentração de dióxido de carbono ao final da expiração (EtCO₂), que ajuda a diagnosticar hipoventilação muito antes dela resultar em hipoxia, especialmente em pacientes que recebem oxigênio suplementar em UTIs. Analisando as curvas A e B, respectivamente, que informações as curvas capnográficas estão nos mostrando?



CO₂: dióxido de carbono.

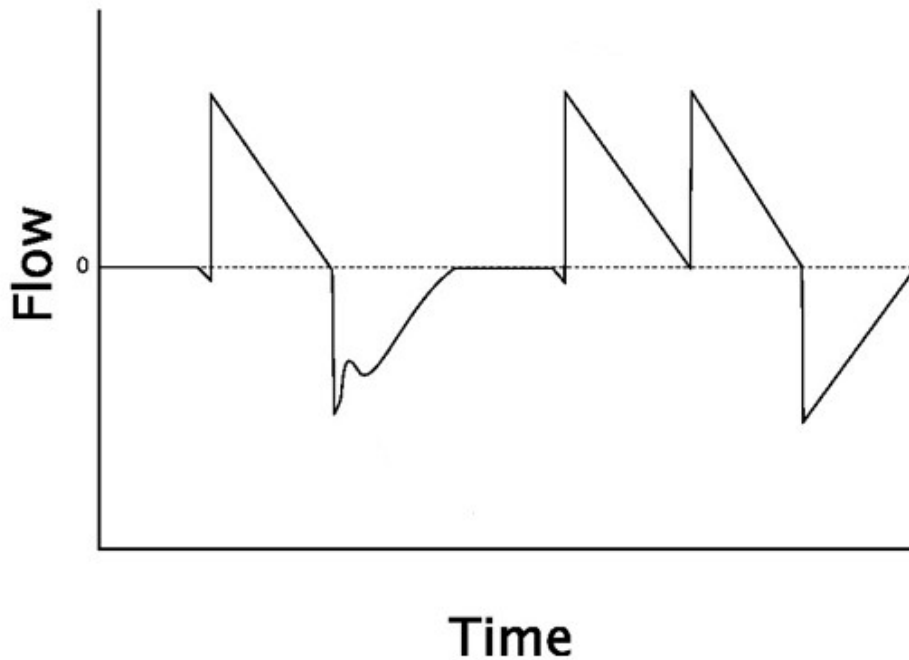
- a) Hiperventilação e hipoventilação.
- b) Hipoventilação e hiperventilação.
- c) Obstrução de VA e taquipneia.
- d) Hiperpneia e hipopneia.
- e) Hipoxemia e hiperoxemia.

40. O ECG é considerado padrão-ouro na detecção de arritmias cardíacas e isquemia coronariana. A monitoração com ECG é indicada para pacientes internados na UTI com os mais diversos diagnósticos. Compreender os achados associados ao ECG normal permite que as alterações sejam identificadas com mais facilidade. Isso pode auxiliar na garantia de cuidados adequados, já que as anormalidades no ritmo cardíaco podem estar associadas aos mais diversos diagnósticos. Com base no ECG abaixo, qual alteração é visualizada?



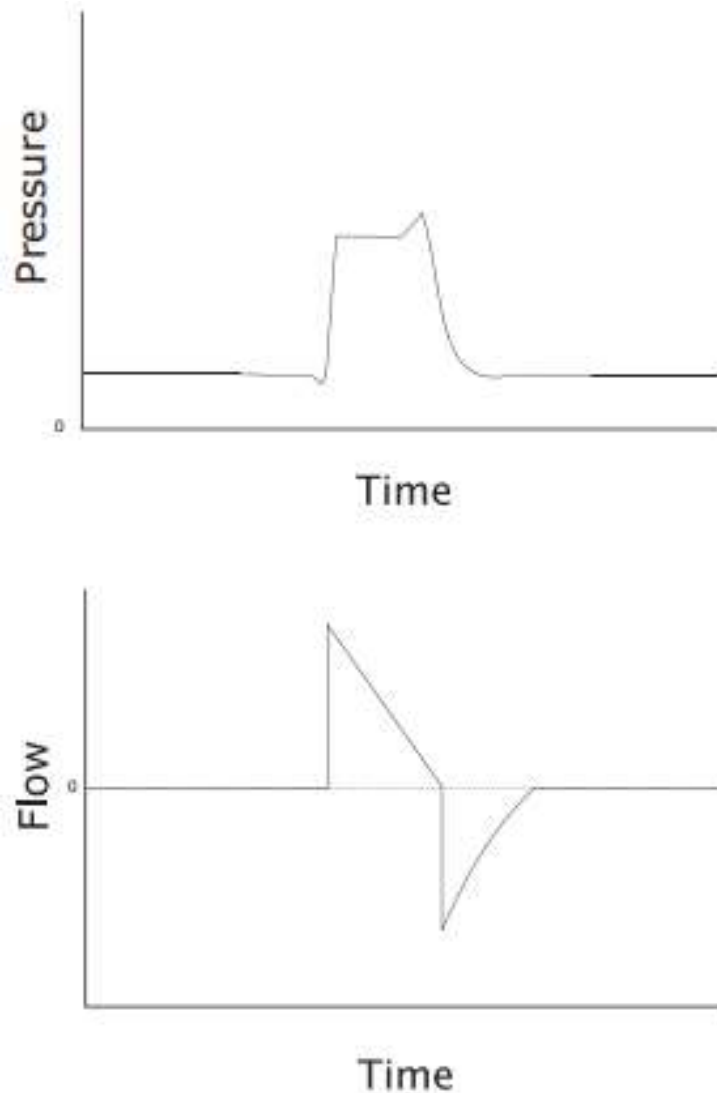
- a) Extrassístole ventricular.
 - b) Bloqueio Atrioventricular.
 - c) Fibrilação Atrial.
 - d) Fibrilação Ventricular.
 - e) Assístolia.
41. Sobre a monitoração da Pressão Intra Craniana (PIC), assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A Hipertensão Intracraniana (HIC) acontece quando a PIC está entre 5 e 15mmHg e pode ocorrer em casos de TCE, AVC, hemorragia e infecção intracraniana, hidrocefalia, tumor cerebral, bem como outras condições neurológicas.
 - b) A implantação do cateter de PIC no sistema ventricular é considerado padrão-ouro e tem como principal vantagem permitir a drenagem do LCR – Líquido Céfalo-raquidiano.
 - c) A PIC elevada está associada ao aumento relativo no componente P1 da onda arterial, que, acredita-se, representar a diminuição da complacência intracraniana por perda da reserva compensatória.
 - d) É recomendado manter Pressão de Perfusão Cerebral - PPC entre 40 e 50mmHg em pacientes com HIC associada ou não à hipoxia cerebral.
 - e) A PPC pode ser aumentada a partir de um aumento da PIC, da diminuição da PA ou da ocorrência de ambos os fatores.

Considere o gráfico de fluxo-tempo abaixo, para responder às questões 42 e 43.



42. As assincronias ventilatórias podem coexistir em determinados momentos do suporte ventilatório, dificultando tanto o seu reconhecimento, quanto a sua correção. Algumas assincronias predispõem o surgimento de outras. Sendo assim, identifique as duas assincronias presentes no gráfico.
- a) Ciclagem prematura e duplo disparo.
 - b) Ciclagem prematura e disparo reverso.
 - c) Ciclagem tardia e duplo disparo.
 - d) Ciclagem tardia e disparo reverso.
 - e) Fluxo excessivo e autodisparo.
43. Para o manejo das assincronias descritas no gráfico de fluxo-tempo, qual a melhor estratégia a ser utilizada pelo fisioterapeuta no ventilador mecânico?
- a) Aumentar a sensibilidade expiratória.
 - b) Aumentar o fluxo inspiratório.
 - c) Aumentar a sensibilidade inspiratória.
 - d) Aumentar o tempo inspiratório.
 - e) Reduzir a sensibilidade inspiratória.

Considere os gráficos escalares de pressão-tempo e fluxo-tempo abaixo, para responder às questões 44 e 45.



44. Ao analisar os gráficos escalares de pressão-tempo e fluxo-tempo, qual assincronia pode ser identificada?
- Disparo reverso.
 - Disparo ineficaz.
 - Ciclagem tardia.
 - Ciclagem prematura.
 - Fluxo excessivo.
45. Para a correção da assincronia descritas nos gráficos, quais estratégias podem ser utilizadas pelo fisioterapeuta no ventilador mecânico?
- Aumentar o volume corrente.
 - Reduzir o fluxo inspiratório.
 - Aumentar a sensibilidade inspiratória.
 - Aumentar a frequência respiratória.
 - Aumentar o fluxo inspiratório.



46. O colapso pulmonar é comum em pacientes com doenças respiratórias e neuromusculares, em acamados por longos períodos, em pacientes sob VM e em pós-operatórios, principalmente de cirurgias torácicas e abdominais. Por isso, as técnicas de expansão ou reexpansão podem ser utilizadas tanto na profilaxia quanto no tratamento do colapso pulmonar, melhorando a relação ventilação/perfusão e, conseqüentemente, proporcionando oxigenação adequada dos tecidos. Observe as afirmativas sobre o posicionamento do paciente intubado durante a terapia de expansão pulmonar.

- I. Na posição supina, a CRF – Capacidade Residual Funcional encontra-se aumentada, fato atribuído ao aumento da pressão do conteúdo abdominal sobre o diafragma.
- II. Quanto mais elevada a cabeceira do leito, maior será a CRF.
- III. A Ppl (Pressão pleural) é mais negativa nas regiões não dependentes da gravidade.
- IV. A área de colapso pulmonar deve ser colocada na posição não dependente, a fim de aumentar a Pressão transpulmonar.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e IV.
- c) I, III e IV.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e III.

47. O bilevel é um modo de VNI que tem como característica a utilização de dois níveis de pressão positiva, que são aplicadas na fase inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP), sendo considerado um recurso de expansão pulmonar. Sobre o principal objetivo do ajuste dos níveis de IPAP ou de pressão, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Correção da hipoxemia e acidemia metabólica.
- b) Redução da dispneia e aumento da FR.
- c) Aumento da CRF e da impedância do sistema respiratório.
- d) Aumento dos volumes pulmonares e recrutamento alveolar.
- e) Redução da resistência de vias aéreas e redução da CRF.

48. A hiperinsuflação terapêutica pode ser realizada de forma manual (hiperinsuflação manual [HM]) ou por meio de ventilador mecânico. A HM foi descrita em 1968 por Clement e Hubsch, e era capaz de mobilizar secreções e otimizar a oxigenação pré e pós-aspiração, além de promover a expansão de áreas pulmonares colapsadas. Observe as afirmativas sobre a Hiperinsuflação terapêutica instrumental (utilizando o reanimador manual ou ambu) bem como o ventilador mecânico.

- I. É caracterizada pela aplicação de insuflação mecânica, por aumento do VC ou da pressão inspiratória.
- II. No modo VCV, o VC é aumentado em 50% do basal, limitando-se à pressão de pico em 40cmH₂O, sem limite para a pressão de platô.
- III. No modo PSV, aumentar a pressão de suporte para atingir pico de pressão inspiratória de 30cmH₂O.
- IV. A técnica é capaz de promover aumento da complacência estática, redução do *shunt* intrapulmonar e otimização da oxigenação.



Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) III e IV.
- c) I, III e IV.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e III.

49. Cuidados Paliativos (CPs) são definidos como uma abordagem ao sofrimento humano, em suas dimensões física, psicossocial e espiritual, diante de uma doença que não tem cura, com o cuidado centrado nas necessidades reais do paciente e de sua família, pautado na humanização e no acolhimento das angústias do ser humano perante a fragilidade do corpo, da mente e do espírito. Não são sinônimos de terminalidade e fim de vida. Sobre os CPs, assinale V para as assertivas verdadeiras ou F para as falsas.

- () Trata-se de uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida e de seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento.
- () São cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades.
- () São pautados em protocolos, e não em princípios.
- () São baseados na terminalidade, e não na doença que ameaça a vida.

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

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

50. Existe a crença de que a prática de Cuidados Paliativos (CPs) pode levar a problemas de ordem jurídica e criminal, pautada no desconhecimento e em premissas erradas. Não cabe à justiça indicar uma prática médica ou decidir sobre sua legalidade sem avaliar as circunstâncias individualmente. Cabe aos profissionais que atuam em CPs, incluindo o fisioterapeuta, conhecer os conceitos bioéticos básicos para a condução adequada do processo de cuidado. Entre os conceitos bioéticos básicos, os CPs são pautados no princípio da:

- a) distanásia.
- b) eutanásia.
- c) obstinação terapêutica.
- d) mistanásia.
- e) ortotanásia.



51. Os Cuidados Paliativos são envolvidos por uma tríade de cuidado composta por controle adequado de sintomas, trabalho em equipe–família–paciente e apoio psicossocial e espiritual. A fisioterapia se insere como uma área extremamente necessária para o paciente portador de uma doença que não tem cura, na medida em que promove uma prática e uma abordagem para a melhora da qualidade de vida e o alívio do sofrimento humano, por meio do manejo de sintomas. Dessa forma, a fisioterapia compõe a rede de cuidados transdisciplinares. É fundamental para o fisioterapeuta intensivista conhecer os princípios dos CPs, os quais são focados no ser humano, e não na doença. Observe as afirmativas sobre esses princípios.

- I - Promover o alívio da dor e de outros sintomas que levam ao sofrimento.
- II - Afirmar a vida e ver a morte como um processo natural.
- III - Antecipar a morte.
- IV - Incluir os CPs na fase terminal da doença.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) I, e III.
- d) II e IV.
- e) I, II e IV.

52. A congestão pulmonar pode ter origem cardiogênica (com aumento da pressão hidrostática) ou não cardiogênica (aumento da permeabilidade vascular). O edema que invade o interstício afeta a complacência pulmonar e o trabalho da musculatura respiratória, altera a troca gasosa e, até mesmo, leva a maior risco de lesão pulmonar induzida pelo ventilador (LPIV). O fisioterapeuta precisa conhecer os mecanismos que associam essas alterações da mecânica respiratória com a congestão pulmonar e sua repercussão no desmame da ventilação mecânica (VM). Durante o processo de redução do suporte respiratório invasivo, principalmente quando se realiza o teste de respiração espontânea (TRE) em tubo T, é possível ocorrer o edema pulmonar decorrente das alterações provocadas pela redução da pressão intratorácica. Essa condição é conhecida como edema pulmonar induzido pelo desmame, sendo importante seu diagnóstico precoce e seu tratamento imediato. O edema pulmonar induzido pelo desmame da VM pode ser desencadeado durante o TRE em tubo T. Observe as afirmativas sobre as complicações dessa situação.

- I. Aumento da complacência pulmonar.
- II. Aumento da resistência das vias aéreas.
- III. Aumento do trabalho da respiração.
- IV. Piora das trocas gasosas.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) I, III e IV.
- c) II, III e IV.
- d) III e IV.
- e) I, II e III.



53. A VNI pós-extubação deve ser realizada precocemente em pacientes com fatores de risco para falha. Sobre os fatores de risco para falha de extubação, assinale V para as assertivas verdadeiras ou F para as falsas.

- () Risco cardiovascular.
- () Pacientes com passado recente de cirurgia esofagiana.
- () História de ICC.
- () Sobrecarga hídrica aumentada (balanço hídrico >1.000mL nas últimas 24 horas).

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

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

54. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é responsável por quase 25% de todos os tipos de infecções nas unidades de terapia intensiva (UTIs), afetando cerca de 10 – 30% dos pacientes em uso de ventilação mecânica (VM). É um problema frequente associado ao risco aumentado de morbidade, mortalidade, duração do tempo de internação na UTI e do tempo de VM e diversas outras complicações, além de ser responsável por cerca de 50% da prescrição de antibióticos. Os fatores de risco para pneumonia podem ser agrupados em quatro categorias, **EXCETO**,

- a) Fatores que aumentam a colonização da orofaringe e do estômago por microrganismos (administração de agentes antimicrobianos, admissão em UTI ou presença de doença pulmonar crônica de base).
- b) Condições que favorecem aspiração do trato respiratório ou do refluxo do trato gastrointestinal (intubação endotraqueal ou intubações subsequentes; utilização de sonda nasogástrica; posição supina; coma; procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior; imobilização por trauma ou outra doença).
- c) Condições que requerem uso prolongado de VM com exposição potencial a dispositivos respiratórios e contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde.
- d) Fatores do hospedeiro, como extremos de idade, desnutrição, condições de base graves, incluindo imunossupressão.
- e) Condições que invadem o paciente como acessos venosos centrais, periféricos, sonda vesical de demora e lesões por pressão.

55. Em virtude da relevância e das consequências da ocorrência de PAV, a melhor estratégia a ser adotada é a prevenção. Para reduzir sua incidência, faz-se necessária uma equipe assistencial treinada e comprometida na aplicação das medidas propostas e na adesão ao *bundle* de prevenção. Sabe-se que um programa de fisioterapia respiratória implementado de forma consciente associado à mobilização precoce e a estratégias de VNI, tem impacto significativo na redução das taxas de PAV. O papel do fisioterapeuta, como membro da equipe assistencial, é de extrema relevância no que diz respeito à prevenção da PAV. Analise as afirmativas em relação aos indicadores de PAV.

- I. Permitem conhecer resultados desejáveis e indesejáveis e estabelecer melhorias para a prática de saúde, avaliando a qualidade dos processos e contribuindo para o aprimoramento dos resultados.
- II. Não é recomendado realizar a vigilância de PAV e nem calcular suas taxas, visto que essa estratégia não interfere no resultado e no estabelecimento de metas.



- III. A taxa de PAV é medida pelo número total de casos de PAV em um determinado período, expressa em 1.000 ventiladores/dia.
- IV. A mensuração da adesão ao *bundle* de prevenção é de extrema importância, pois a implantação efetiva do pacote de boas práticas está diretamente relacionada com melhorias nos resultados.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I, III e IV.
- e) II, III e IV.

56. A mobilização precoce deve ser a meta primordial da equipe multidisciplinar da terapia intensiva. Sobre a mobilização precoce, analise as afirmativas a seguir.

- I. Há evidências acerca da atuação precoce da fisioterapia em pacientes críticos a partir das primeiras 48 horas de VM com o objetivo de acelerar o processo de desmame e minimizar as possíveis complicações associadas à VM prolongada e ao imobilismo.
- II. A mobilização precoce tem como objetivo a diminuição do tempo de internação e o restabelecimento da funcionalidade desses pacientes.
- III. A mobilização precoce deve ser meta primordial da equipe multidisciplinar da terapia intensiva, mas cabe ao médico intensivista a prescrição das atividades, sendo função do fisioterapeuta sua realização e monitorização.
- IV. É uma intervenção viável e segura e seus eventos adversos relacionados principalmente com alterações hemodinâmicas e/ou respiratórias, de baixa frequência, são reversíveis com a interrupção da intervenção.

Assinale a alternativa que contenha **APENAS** as afirmações corretas.

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I, II e IV.
- e) II, III e IV.

57. Em relação ao imobilismo, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A internação prolongada associada a outros fatores, como diagnóstico de sepse, idade extrema, falência de múltiplos órgãos, uso de VM por 72 horas ou mais, hiperglicemia, uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares, predispõem a fraqueza muscular adquirida na UTI.
- b) A fraqueza muscular não está associada à fraqueza dos músculos respiratórios e ao desmame prolongado.
- c) As consequências do imobilismo podem se estender até 1 ano após a alta hospitalar.
- d) O imobilismo impacta diretamente no aumento das comorbidades, na taxa de mortalidade e na sobrecarga das famílias e do sistema de saúde, caracterizando um problema de saúde pública.
- e) O imobilismo é frequente na UTI, mas sua incidência é reduzida após a alta hospitalar de pacientes críticos que tiveram longo tempo de permanência na UTI.



58. Em relação às estratégias não invasivas, quais as vantagens de se usar a VNI após uma extubação programada?
- A VNI é mais confortável, necessita de maior sedação e predispõe o paciente a menores riscos de infecção.
 - A VNI fornece suporte ventilatório por meio de uma prótese artificial, é mais confortável e necessita de menor nível de sedação, sem a necessidade de cooperação do paciente.
 - A VNI oferece menor risco de infecção (PAV), por não precisar de uma prótese artificial, é mais confortável e demanda menor nível de sedação.
 - A VNI, após extubação programada, não apresenta vantagens em seu uso, apenas como preventivo para se utilizar a ventilação mecânica invasiva.
 - A VNI deve ser usada como estratégia para evitar a falência respiratória após a extubação em todos pacientes que tiveram sucesso no desmame, sendo utilizada por, no mínimo, 48h.
59. O paciente crítico está exposto a diversas condições que podem gerar declínio das capacidades física e cognitiva, utilização de medicamentos psicoativos, experiências dolorosas e imobilidade, que estão associadas ao 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. A implementação do bundle ABCDEF enfrenta diversas barreiras que podem estar associadas aos seguintes fatores, **EXCETO**,
- Falta de treinamento da equipe.
 - Ausência de indicadores de qualidade.
 - Falta de educação continuada com atualizações.
 - Capacitação dos membros da equipe multiprofissional.
 - Envolvimento familiar no início da hospitalização.
60. O desenvolvimento tecnológico e científico aplicado ao cuidado de pacientes criticamente doentes tem reduzido de forma significativa a mortalidade nas últimas décadas. Em contrapartida, um número crescente de estudos demonstrou que, ao longo do período de internação hospitalar, os pacientes, comumente, desenvolvem importante degradação da funcionalidade. A partir desse cenário, algumas ferramentas, como escalas e testes funcionais, têm sido gradativamente incorporadas ao arsenal de recursos avaliativos do fisioterapeuta, com o intuito de favorecer a documentação das perdas funcionais e a geração de indicadores de qualidade assistencial e de fomentar o desenvolvimento de estratégias de reabilitação físico-motora precocemente. Sobre a capacidade funcional, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Seu conceito refere-se ao constructo que indica o nível máximo de funcionalidade de uma pessoa para determinada atividade, considerando o ambiente em que ela se encontra.
 - A determinação da capacidade funcional dos indivíduos em recuperação de doença crítica é medida com os testes funcionais, avaliando a limitação funcional do indivíduo.
 - A incapacidade refere-se às estruturas e às funções do corpo e à participação social, e a funcionalidade refere-se à deficiência e restrição à participação social.
 - A avaliação desenvolvida pelo fisioterapeuta deve abranger a detecção de distúrbios em componentes isolados da funcionalidade e a restrição à participação social.
 - Documentar as perdas funcionais e gerar indicadores de qualidade assistencial é fundamental ao se avaliar a capacidade funcional, embora não auxiliem no estímulo ao desenvolvimento de estratégias de reabilitação físico-motora precocemente.