



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

## PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 2

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

### FISIOTERAPEUTA

DATA: 14/12/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - Este caderno (**TIPO 2**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - 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.**
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, já que é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- 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.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- 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.
- Reserve os 30 (trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados.
- 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.
- O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h** do início da respectiva prova.
- 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.



Nº DE INSCRIÇÃO					



## QUESTÕES GERAIS

- 01.** De acordo com a Resolução RDC nº 63/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os serviços de saúde devem organizar-se com base em um conjunto de boas práticas fundamentadas na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Essa resolução se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

São boas práticas para os serviços de saúde constantes nessa resolução:

- I. Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.
- II. O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas.
- III. As rotinas administrativas e assistenciais devem estar atualizadas, porém não há necessidade de registro documental, desde que as práticas sejam conhecidas pelas equipes.
- IV. Os dados que compõem o prontuário pertencem ao serviço de saúde, de modo que os pacientes e familiares não podem ter acesso às informações registradas nesse dispositivo.

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

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

Texto para as questões **02** e **03**.

A Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Essa resolução tem como objetivo promover e apoiar a adoção de práticas seguras, a prevenção de incidentes e a melhoria contínua da qualidade nos processos assistenciais. Uma das atribuições do NSP é a vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

- 02.** Nesse contexto, os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em:

- a) até 24 horas a partir do ocorrido.
- b) até 48 horas a partir do ocorrido.
- c) até 72 horas a partir do ocorrido.
- d) até 7 dias a partir do ocorrido.
- e) até 60 dias a partir do ocorrido.

- 03.** Compete ao NSP:

- I. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente, deixando o monitoramento dos seus indicadores a cargo dos líderes de áreas dos serviços de saúde.
- II. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.



- III. Compartilhar e divulgar de forma restrita à direção do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos, a fim de preservar o sigilo institucional.
- IV. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

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

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

**04.** O protocolo de Identificação Correta do Paciente foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2013. Para esse documento legal, 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 podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Quais ações são necessárias para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados?

- a) Usar pelo menos três identificadores em pulseira branca padronizada, colocada no leito do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- b) Usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- c) Usar pelo menos o nome completo do paciente em pulseira padronizada pelo serviço, podendo ser de qualquer cor, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- d) Usar pelo menos dois identificadores em pulseira padronizada pelo serviço, podendo ser de qualquer cor, colocada no leito do paciente para que seja conferido antes do cuidado.
- e) Usar pelo menos três identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.

Texto para as questões **05, 06 e 07.**

A administração de medicamentos é um processo complexo e essencial à segurança do paciente, que envolve de forma integrada diferentes profissionais de saúde. Cada etapa, desde a prescrição, dispensação, preparo, até a administração e o monitoramento dos efeitos, requer comunicação eficaz, responsabilidade compartilhada e atuação colaborativa entre as equipes, a fim de assegurar práticas seguras e resultados terapêuticos adequados. (Cruz; et al, 2024).

**05.** A prescrição segura de medicamentos envolve:

- a) A identificação do paciente, podendo abreviar essa identificação, quando o nome do paciente for extenso.
- b) A identificação do prescritor, que deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura.



- c) A utilização de abreviaturas, tornando o processo de prescrição mais eficiente, aumentando sua qualidade.
- d) A utilização de unidades de medidas métricas e não métricas para expressar a dose desejada.
- e) O uso de impressão frente e verso da prescrição, para a redução do consumo de papel, agregando valor às práticas de sustentabilidade ambiental no serviço de saúde.

**06.** A dispensação segura de medicamentos envolve:

- a) A entrega de medicamentos para as unidades assistenciais por ordem verbal da equipe.
- b) Análise das prescrições por qualquer profissional da farmácia, antes do início da separação dos medicamentos.
- c) A identificação padronizada dos medicamentos dispensados, sem diferenciação entre os medicamentos.
- d) A conferência final da prescrição com o resultado da dispensação.
- e) Intervenções farmacêuticas realizadas sempre que necessário e de forma verbal.

**07.** A administração segura de medicamentos envolve:

- a) Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente.
- b) Administrar medicamento por ordem verbal, quando solicitado pelo médico.
- c) Preparar os medicamentos em até 01 hora antes da administração.
- d) Evitar a comunicação ao paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
- e) Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura uma vez por semana, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.

**08.** De acordo com o protocolo de Cirurgia Segura, do Ministério da 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, o referido protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Essa lista divide a cirurgia em três fases: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia.

No que tange às boas práticas antes da indução anestésica, é uma ação de checagem presente na lista de verificação:

- a) A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.
- b) A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
- c) A revisão do risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas e histórico de reação alérgica.
- d) A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
- e) A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.



- 09.** A demarcação do sítio cirúrgico é uma prática obrigatória prevista no protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, sendo incorporada pelas instituições de saúde no Brasil como medida de prevenção de erros cirúrgicos. A demarcação deve ser realizada antes da cirurgia, preferencialmente com a participação do próprio paciente, utilizando métodos visíveis e duradouros que identifiquem de forma inequívoca o local a ser operado.

Qual profissional deve realizar a demarcação do sítio cirúrgico?

- a) Médico membro da equipe cirúrgica.
  - b) Enfermeiro responsável técnico pelo Centro-Cirúrgico.
  - c) Circulante da sala cirúrgica.
  - d) Enfermeiro da unidade de origem do paciente.
  - e) Maqueiro responsável pelo transporte do paciente.
- 10.** O protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde foi elaborado com a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

A avaliação do risco de queda para os pacientes internados em serviços de saúde deve:

- I. Ser feita no momento da admissão do paciente.
- II. Ser repetida a cada 03 dias até a alta do paciente.
- III. Avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda.
- IV. Utilizar a escala de Morse, independente do perfil de pacientes da instituição.

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

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

Texto para as questões **11 e 12.**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado no Brasil por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, tem como objetivo fortalecer a qualidade do cuidado em saúde e reduzir a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde. O programa está alinhado às prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme deliberado na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, e busca promover práticas seguras em todos os estabelecimentos de saúde do país.

- 11.** Constitui-se estratégia de implementação do PNSP:
- a) Promoção de processos de capacitação de gerentes em segurança do paciente, sem incluir os demais profissionais e equipes de saúde.
  - b) Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente, aplicáveis a todos os estabelecimentos de saúde.



- c) Implementação de campanhas de comunicação social sobre segurança do paciente, voltadas aos profissionais que atuam em serviços de saúde, não contemplando os usuários ou a sociedade.
- d) Promoção da cultura de segurança centrada na responsabilização individual dos profissionais.
- e) Implementação de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, restringindo o acesso às informações à gestão central.

**12.** A definição de cultura de segurança constante no PNSP apresenta como característica operacional:

- a) Promoção da culpabilização dos envolvidos na ocorrência de incidentes.
- b) Priorização de metas financeiras.
- c) Limitação da notificação de incidentes.
- d) Responsabilidade pela segurança restrita à gestão do serviço.
- e) Promoção de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

**13.** De acordo com Barbosa; et al (2013), no Brasil, em 1999 foi instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que teve como justificativa: agregar a eficiência técnica e científica a uma postura ética que respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, aceitando os limites de cada um e a convivência com o desconhecido e o imprevisível. Em 2003, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios teóricos e metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Amplia-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção a saúde. A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Uma gama de conceitos norteia o trabalho dessa Política.

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas é o conceito de:

- a) Acolhimento.
- b) Gestão participativa.
- c) Ambiência.
- d) Clínica ampliada.
- e) Valorização do trabalhador.

Texto para as questões **14 e 15.**

A RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais, com o objetivo de assegurar assistência segura, eficaz e de qualidade aos pacientes críticos. A resolução define critérios relacionados à organização, estrutura física, equipamentos, recursos humanos, processos assistenciais, protocolos de segurança, controle de infecções e gestão de riscos, além de estabelecer padrões para planejamento, monitoramento e melhoria contínua da assistência em UTIs.

**14.** No tocante à organização da UTI, a unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:

- a) Elaboradas pelos setores gerenciais e entregues para a unidade executar.
- b) Aprovadas e assinadas pela Direção do Hospital.
- c) Revisadas a cada cinco anos ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias.
- d) Disponibilizadas para todos os profissionais da unidade
- e) Disponibilizadas de forma restrita para a gestão da unidade.



**15.** São consideradas boas práticas com relação aos processos de trabalho dentro da unidade:

- I. Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados dentro da unidade, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.
- II. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.
- III. A assistência prestada pelos profissionais de saúde deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional.
- IV. O paciente, mesmo quando consciente, não deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos. Essa informação deve ser repassada aos familiares.

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

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

**16.** A Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023 “Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão”, publicada em 28 de agosto de 2023, atualiza a versão anterior de 2017 e orienta os serviços de saúde quanto à avaliação de risco, protocolos de prevenção, notificação e monitoramento de lesões por pressão. Tem como destaques a nova definição, nomenclatura e classificação dos estágios das lesões por pressão, além de maior ênfase às práticas de segurança para prevenção destes eventos adversos em Serviços de Saúde. Diante do exposto, esta nota técnica objetiva: 1) orientar gestores e profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde para as medidas gerais de vigilância e monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência, incluindo lesão por pressão; 2) orientar profissionais do NSP e da assistência em serviços de saúde na promoção das práticas de segurança para a prevenção de lesão por pressão; e 3) reforçar as informações e ações referentes à vigilância, monitoramento e notificações de eventos adversos relacionados à assistência, em especial das lesões por pressão, às instâncias que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As práticas de segurança para evitar a ocorrência de lesão por pressão no contexto da assistência dos serviços de saúde envolvem critérios bem estabelecidos para a prática assistencial, como por exemplo:

- a) Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, de todos os paciente admitidos, e acompanhamento semanal do risco destes pacientes durante todo o período de internação.
- b) Reposicionamento de todos os pacientes com ou sob risco de lesões por pressão a cada 02 horas.
- c) Evitar a posição sentada fora da cama, mesmo que por tempo limitado.
- d) Na mudança de decúbito, é permitido o posicionamento sobre uma lesão por pressão existente.
- e) Realização de pequenas mudanças periódicas na posição do corpo para indivíduos gravemente enfermos e/ou hemodinamicamente instáveis, a fim de manter um cronograma regular de reposicionamento.





- 17.** No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. O IOM define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Nesse contexto, segurança do paciente é:

- a) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
  - b) Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
  - c) Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
  - d) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
  - e) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- 18.** Erro é definido na International Classification for Patient Safety (ICPS) como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Incidente relacionado ao cuidado de saúde, no contexto da taxonomia tratado apenas por incidente, é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: near miss, incidente sem dano e incidente com dano (leve, moderado, grave e óbito). (BRASIL, 2017).

Face ao exposto, uma técnica de enfermagem, ao preparar uma infusão contínua de noradrenalina para uma paciente, percebeu que a farmácia havia dispensado adrenalina. A mesma entrou em contato com o setor de farmácia e fez a troca dos medicamentos. Esse incidente é classificado como:

- a) Incidente com dano leve.
  - b) Incidente com dano moderado.
  - c) Incidente com dano grave.
  - d) Incidente sem dano.
  - e) Near miss.
- 19.** Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) 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. Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo da norma. Também se encontram excluídos do escopo da RDC nº. 36/2013, os serviços de interesse à saúde, tais como, instituições de longa permanência de idosos, e aquelas que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Cabe destacar que os incidentes relacionados à assistência,



incluindo os eventos adversos, podem ocorrer em todos os serviços de saúde, e mesmo aqueles que não são obrigados a seguir as determinações da RDC n. 36/2013, envolvendo a estruturação de um NSP, podem instituir ações voltadas à segurança do paciente. (BRASIL, 2016).

Como deve ser constituído e implantado um NSP?

- I. O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.
- II. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros.
- III. A formalização, a comunicação formal e a intensa divulgação local da constituição do NSP são etapas da implantação dessa instância em um serviço de saúde e podem ser realizadas após o início de suas atividades.
- IV. Reuniões 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). Essas reuniões são internas com a participação dos membros do NSP, não havendo a necessidade de envolver outros setores/profissionais do serviço.

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

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

20. O protocolo para a prática de higiene de mãos em serviços de saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde tem por finalidade instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. De acordo com o Protocolo de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde e da ANVISA, a técnica correta de higienização das mãos com preparação alcoólica (fricção antisséptica) deve seguir uma sequência de movimentos que garanta a limpeza de todas as superfícies das mãos.

A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica envolve:

- a) Aplicar pequena quantidade do produto e friccionar as palmas das mãos até o produto secar, sem necessidade de incluir punhos e unhas.
- b) Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos, friccionando palmas, dorsos, espaços interdigitais, unhas, polpas digitais, polegares e punhos até completa evaporação.
- c) A higienização das mãos com preparação alcoólica deve ser realizada por, no mínimo, 60 segundos, garantindo a ação antisséptica completa do produto.
- d) Aplicar o produto e aguardar a secagem natural sem friccionar, garantindo assim a ação antisséptica.
- e) Aplicar o produto e realizar fricção nos punhos e polpas digitais, locais de maior risco de contaminação.



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 21.** As UTIs representam um cenário clínico de extrema complexidade, em que a qualidade dos cuidados fisioterapêuticos pode influenciar significativamente os desfechos dos pacientes em estado crítico. Nesse contexto, a aplicação de indicadores de qualidade torna-se fundamental para a avaliação e o monitoramento contínuo da eficácia das intervenções fisioterapêuticas. Os indicadores de qualidade fornecem uma estrutura objetiva para medir e analisar a performance clínica, permitindo a identificação precisa de áreas que necessitam de melhorias. Além de seu papel na avaliação e no monitoramento, os indicadores de qualidade são ferramentas indispensáveis para uma gestão inovadora na fisioterapia. Ao fornecer dados precisos e atualizados, esses indicadores permitem que os líderes fisioterapeutas motivem e guiem suas equipes em direção a práticas mais eficientes e resultados excepcionais. Dos indicadores abaixo relacionados, qual é um indicador importante para monitorar a eficiência e a segurança das intervenções fisioterapêuticas voltadas para o suporte respiratório?
- a) Número total de atendimentos mensal.
  - b) Média de atendimentos por fisioterapeuta no plantão de 6 horas.
  - c) Taxa de sucesso da ventilação não invasiva.
  - d) Taxa de deambulação na alta da UTI.
  - e) Taxa de prevenção do declínio funcional.
- 22.** A hipoxemia é um distúrbio muito comum em pacientes hospitalizados e pode ser causada por diversas condições. Em situações em que há comprometimento grave do fornecimento de oxigênio, a função dos órgãos começa a se deteriorar. As manifestações neurológicas — como inquietação, cefaleia e confusão mental — são observadas na hipoxemia moderada. Em casos graves de hipoxemia, podem ocorrer alterações mentais, coma e até mesmo morte. Quando a hipoxemia se apresenta de forma crônica, como em algumas doenças pulmonares, a dispneia aos pequenos esforços costuma ser mais controlável. Define-se hipoxemia quando:
- a)  $\text{PaO}_2$  é inferior a 60mmHg em respiração em ar ambiente e/ou o indivíduo apresenta saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) menor que 90%.
  - b)  $\text{PaO}_2$  é inferior a 80mmHg em respiração em ar ambiente e/ou o indivíduo apresenta saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) menor que 90%.
  - c)  $\text{PaO}_2$  é inferior a 60mmHg em respiração em ar ambiente e/ou o indivíduo apresenta saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) menor que 80%.
  - d)  $\text{PaO}_2$  é inferior a 60mmHg em respiração em ar ambiente e/ou o indivíduo apresenta saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) maior que 90%.
  - e)  $\text{PaO}_2$  é inferior a 100mmHg em respiração em ar ambiente e/ou o indivíduo apresenta saturação periférica de oxigênio ( $\text{SpO}_2$ ) menor que 92%.
- 23.** É fundamental que o fisioterapeuta tenha um conhecimento aprofundado sobre os mecanismos fisiopatológicos da hipoxia, especialmente ao lidar com pacientes críticos que serão mobilizados no ambiente da terapia intensiva. Compreender as diferentes causas da hipoxia e os efeitos fisiológicos resultantes é essencial para a escolha adequada e individualizada da terapia suplementar de oxigênio. Por meio desse conhecimento, o fisioterapeuta será capaz de identificar as necessidades específicas de cada paciente, monitorar de forma eficiente a resposta à terapia e ajustar as intervenções de acordo com as condições clínicas em constante mudança. Das alternativas abaixo elencadas, qual situação clínica se enquadra no mecanismo fisiopatológico da hipóxia hipoxêmica, quando há redução da  $\text{PaO}_2$  e, conseqüentemente, redução da oferta de oxigênio para os tecidos periféricos.



- a) Intoxicação por monóxido de carbono.
- b) Anemia.
- c) Febre alta.
- d) Envenenamento por cianeto.
- e) Hipoventilação.

**24.** A oxigenoterapia se define como a oferta de oxigênio acima da disponibilizada no ar ambiente, e a sua principal indicação é a reversão da hipoxemia. A utilização da oxigenoterapia deve considerar seus potenciais benefícios e seu risco de toxicidade, sendo administrada para corrigir situações agudas, reduzir os sintomas relacionados à hipoxemia crônica e reduzir a sobrecarga de trabalho imposta ao sistema cardiovascular por consequência da hipoxemia. O estudo “Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline”, publicado na British Medical Journal, em 2018, traz sua contribuição na meta terapêutica de saturação para diversos quadros agudos. De modo geral, traz as recomendações abaixo, **EXCETO**:

- a) Não fazer suplementação de oxigênio se  $SpO_2 > 92\%$  em casos de acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM).
- b) Manter limite superior de 96% de saturação nos quadros agudos.
- c) Um alvo de  $SpO_2$  entre 90 e 94% é razoável para a maioria dos pacientes.
- d) Manter  $SpO_2$  entre 96 e 98% em pacientes com risco de insuficiência respiratória hipercápnica (DPOC, hipoventilação por obesidade, doença respiratória neuromuscular, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), redução de drive respiratório por afecção central por fármacos, encefalite ou AVC).
- e) Meta terapêutica poderá ser próxima a 100% em casos como intoxicação por monóxido de carbono, anemia falciforme descompensada e pneumotórax.

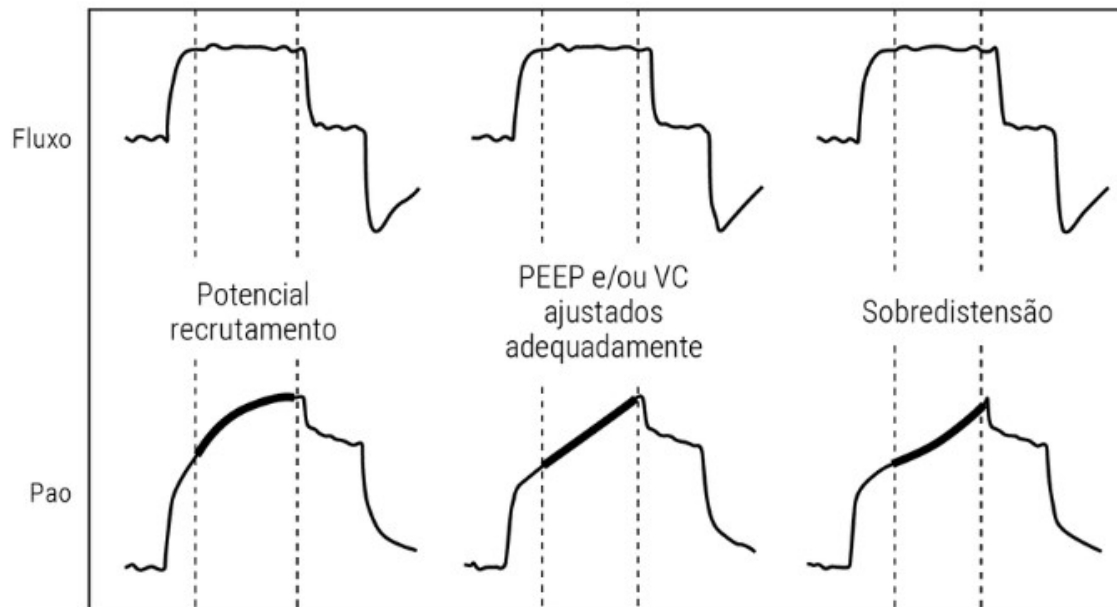
**25.** O suporte respiratório não invasivo é um verdadeiro avanço no manejo da insuficiência respiratória crônica e aguda, e o desenvolvimento de vários tipos de interfaces tornou possível uma aplicação eficaz desse suporte, sendo as interfaces essenciais para o sucesso da terapia. Recentemente, houve um renovado interesse no uso da interface tipo capacete (Helmet), especialmente durante a pandemia da Covid-19. Analise as afirmativas a seguir sobre o Helmet.

- I. Boa tolerabilidade, com interação satisfatória dos pacientes com o ambiente;
- II. Sistema de fixação com alto risco de lesões cutâneas na face, embora a fixação seja somente nas axilas ou com contrapesos;
- III. Diferente da máscara facial, o capacete pode ser utilizado em qualquer paciente, independentemente do contorno facial, incluindo aqueles com deformidades faciais.
- IV. Impossibilidade de nutrição e hidratação durante seu uso.
- V. Excelente capacidade de vedação, minimizando vazamentos e, portanto, diminuindo o risco de aerossolização e contaminação de pessoas e do ambiente em caso de doenças infectocontagiosas quando comparado às demais interfaces.

Estão corretas **APENAS** as afirmativas:

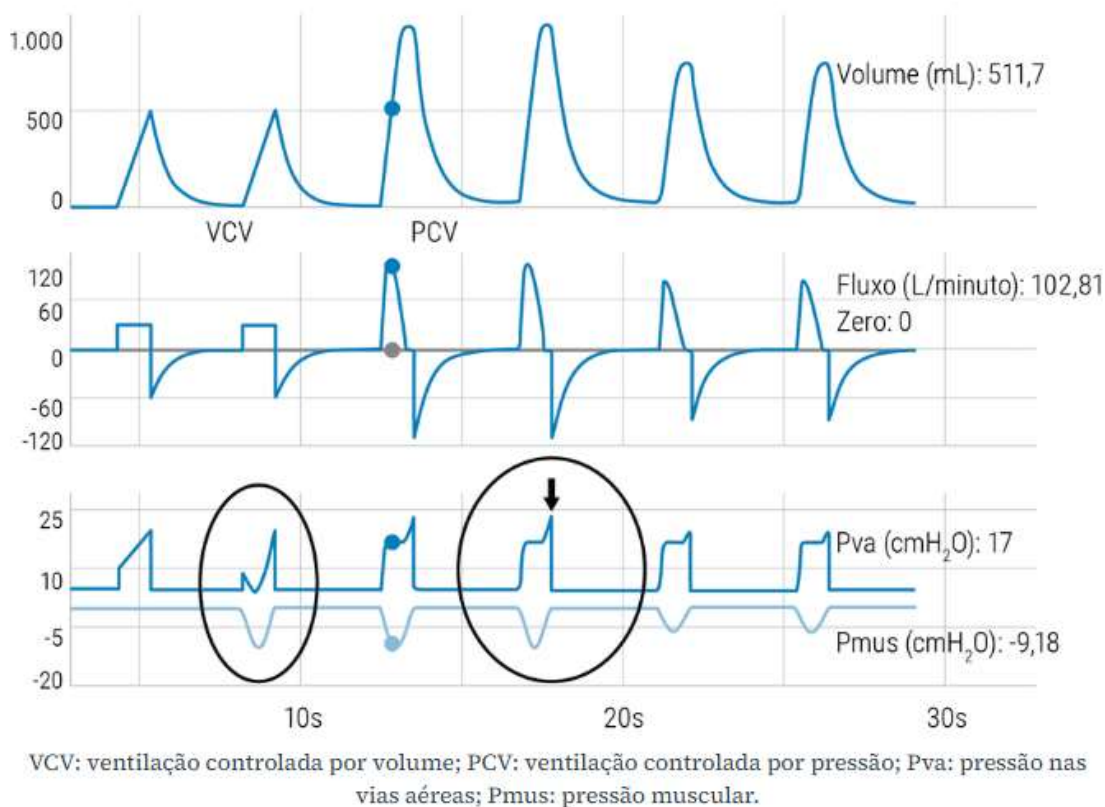
- a) I, II e III.
- b) I, III e V.
- c) II, III e V.
- d) I, III e IV.
- e) II, IV e V.

26. Com a evolução tecnológica, ocorreram muitas melhorias nos equipamentos de VM. Entre os recursos de monitoração aprimorados, estão os gráficos, também chamados de curvas, no ventilador mecânico, que são ferramentas cruciais para o correto manejo e a promoção de uma estratégia protetora à ventilação pulmonar e à musculatura respiratória. Os gráficos do ventilador mecânico contribuem para a melhora do gerenciamento da VM e a minimização dos riscos de lesões induzidas pelo ventilador mecânico. Visualizando os gráficos abaixo com ênfase no gráfico de pressão x tempo, é possível analisar uma variável importante para ajustes ventilatórios com intuito de promover uma estratégia ventilatória protetora. Qual variável é essa?



- a) Pressão de Platô.  
b) *Driving Pressure*.  
c) Pressão resistiva.  
d) *Stress Index*.  
e) Complacência estática.
27. A monitorização gráfica durante o uso da Ventilação Mecânica permite identificar alterações importantes da mecânica respiratória. A curva P-V (pressão x volume) é apresentada em sentido anti-horário, tem início no canto inferior esquerdo, na proximidade da origem do gráfico, e caracteriza-se por um aspecto sigmoidal, pois reflete as alterações de complacência ao longo desse processo. Nesse contexto, são relevantes tanto a observação como a interpretação da inclinação do *loop*, pois apresentam correlação com a complacência pulmonar. Dessa forma, quando a inclinação da curva tem uma aparência mais plana, configura-se uma diminuição da complacência e, quando a inclinação da curva tem uma aparência mais íngreme, indica maior complacência. Das condições clínicas abaixo relacionadas, qual leva a aumento da complacência do sistema respiratório?
- a) Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).  
b) Atelectasia.  
c) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).  
d) Fibrose pulmonar.  
e) Rigidez da parede torácica.

28. Na prática clínica diária, a identificação de assincronias paciente–ventilador nem sempre é fácil e, na maioria das vezes, os fenômenos passam despercebidos clinicamente. Nesse contexto, várias ferramentas são utilizadas para avaliar o tempo neural do paciente e analisar a assincronia paciente–ventilador, como a medição da atividade elétrica diafragmática por eletromiografia (EMG) e a medição da pressão esofágica, consideradas métodos ideais (padrão-ouro) para a detecção desse fenômeno. No entanto, tais ferramentas exigem procedimentos invasivos e sofisticados e/ou de custo elevado, o que limita sua disponibilidade na prática clínica. Desse modo, as curvas da mecânica respiratória de fluxo, volume e pressão são relatadas como ferramentas úteis para a identificação da assincronia paciente–ventilador durante a VM. Analisando os gráficos abaixo, qual assincronia é evidenciada no segundo ciclo ventilatório no modo VCV (primeiro círculo da imagem na curva de pressão x tempo)?



- a) Fluxo insuficiente.  
b) Fluxo excessivo.  
c) Disparo ineficaz.  
d) Ciclagem prematura (precoce).  
e) Ciclagem tardia.
29. A ventilação mecânica (VM) invasiva deve ser ajustada idealmente para manter uma interação paciente–ventilador harmoniosa, preservando um nível normal de atividade muscular respiratória. No entanto, esse frágil equilíbrio é frequentemente alterado por diversos fatores capazes de gerar assincronias entre o paciente e o ventilador. A assincronia caracteriza-se pela falta de acoplamento entre o ajuste ventilatório e as necessidades do paciente, podendo ocorrer em razão de alterações ventilatórias observadas nas diferentes fases do ciclo respiratório: disparo, fluxo e ciclagem. Combinar os ajustes dos parâmetros ventilatórios com o tempo neural, a necessidade metabólica e a força muscular do paciente é um grande desafio à beira do leito, uma vez que as causas são multifatoriais e podem resultar em inúmeras complicações. Dentre as causas abaixo relacionadas, qual é a que se correlaciona com o duplo disparo?



- a) Escape aéreo, vazamento no circuito ou ao redor do tubo endotraqueal.
- b) Redução do *drive* respiratório.
- c) Fraqueza dos músculos respiratórios.
- d) Presença de PEEP intrínseca ou auto-PEEP.
- e) Tempo inspiratório pré-ajustado curto.

**30.** Pacientes internados na UTI permanecem restritos ao leito, uma condição que, não intencionalmente, contribui para diversas consequências, como a rápida perda de massa muscular e de aptidão física, resultando no desenvolvimento de fraqueza muscular generalizada. Essa fraqueza é comumente observada em pacientes críticos, com acometimento das musculaturas estriadas esquelética, apendicular e axial, gerando disfunção motora grave. Estima-se que essa disfunção muscular esteja presente em pelo menos 25% dos pacientes sob ventilação mecânica. O Fisioterapeuta deve lançar mão de ferramentas de avaliação que auxiliam a tomada de decisão assistencial e definem as responsabilidades dos profissionais no processo de reabilitação do paciente conforme a fase funcional. O objetivo precípua da intervenção fisioterapêutica em protocolos de reabilitação de doentes críticos em UTIs é:

- a) ganho de equilíbrio.
- b) redução da dor.
- c) ganho de amplitude de movimento.
- d) ganho de força muscular.
- e) ganho de coordenação motora.

**31.** A disfunção da musculatura ventilatória é um achado clínico observado em indivíduos com doenças respiratórias ou neuromusculares ou em pacientes críticos sob ventilação mecânica (VM). Estudos demonstram que a inatividade diafragmática completa durante 18 a 69 horas resulta em atrofia acentuada de miofibras do diafragma humano, em razão do aumento da proteólise diafragmática durante a inatividade. A associação de gravidade clínica com fraqueza dos músculos ventilatórios expõe os pacientes a maior risco de complicações respiratórias pós-cirúrgicas, maior tempo de VM e internação hospitalar, além de maior mortalidade. Assim, são necessárias intervenções pautadas no ganho de força e na resistência desses músculos (TMI). Apesar da variedade de dispositivos para a execução dessa técnica, existe um grupo de dispositivos que devem ser priorizados em razão das fortes evidências científicas que apoiam seu uso para o Treinamento Muscular Inspiratório. São os:

- a) Espirômetros de incentivo a fluxo.
- b) Manovacuômetros digitais.
- c) Ventiladores mecânicos em modo PSV.
- d) Dispositivos de carga linear pressórica.
- e) Dinamômetros isocinéticos.

**32.** Dispositivos eletrônicos para realização de Treinamento Muscular Inspiratório (TMI) estão sendo cada vez mais empregados por fisioterapeutas nas Unidades de Terapia Intensiva, principalmente após fortes evidências científicas, mostrando superioridade desses equipamentos aos dispositivos de carga linear e alinear em relação a desfechos clínicos em pacientes em desmame ventilatório difícil. Uma justificativa para essa superioridade é que a carga de resistência a esse tipo de fluxo fornece uma carga adicional ao ponto limite, garantindo que os pacientes mantenham um trabalho constante durante toda a duração da respiração, em vez de desacelerar. O resultado é que a carga de trabalho total e, portanto, o potencial efeito de treinamento são consideravelmente maiores com a resistência a esse tipo de fluxo



em comparação com a carga limite tradicional. Qual é o tipo de fluxo presente nos dispositivos eletrônicos, cuja principal característica é permitir um trabalho muscular ventilatório constante durante todo o ciclo inspiratório?

- a) Ascendente.
- b) Linear.
- c) Cônico.
- d) Oblíquo.
- e) Descendente.

**33.** A VNI é considerada a estratégia ventilatória de primeira escolha para pacientes com DPOC. Ela apresenta várias vantagens sobre a ventilação invasiva, visto que elimina o trauma e o desconforto associados à inserção do tubo nas vias aéreas e mantém intactos os mecanismos de proteção das vias aéreas superiores, o que reduz a ocorrência de pneumonia associada à ventilação. O uso de VNI também é relacionado a menos procedimentos invasivos e infecções hospitalares em geral e à redução da morbidade e dos custos hospitalares. O GOLD lista as seguintes condições para início da VNI:

- I. Acidose respiratória com  $\text{PaCO}_2$  igual ou superior a 45mmHg e potencial hidrogeniônico (pH) igual ou inferior a 7,35.
- II. Dispneia grave com sinais clínicos sugestivos de fadiga muscular respiratória e/ou aumento de trabalho respiratório, como uso de músculos acessórios, movimento paradoxal e retração intercostais.
- III. Hipoxemia persistente mesmo com oxigenoterapia.
- IV. Bradipneia com rebaixamento do nível de consciência.
- V. Parada cardiorrespiratória.

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

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

**34.** Recomenda-se o uso da VNI com dois níveis (modo bilevel) pressóricos para pacientes com acidose respiratória em razão da exacerbação da DPOC. O uso do bilevel reduz a sensação de dispneia, a necessidade de intubação imediata e a permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), além de melhorar a sobrevida e de reduzir as complicações infecciosas respiratórias e não respiratórias. Analise os itens abaixo sobre o uso da VNI no paciente com DPOC.

- I. De acordo com o GOLD, uma redução no pH ou na FR (ou, idealmente, em ambos) é um bom preditor de resultado bem-sucedido com a VNI.
- II. Na VNI, é preferível o ajuste da sensibilidade a fluxo em relação à pressão, pois foi observado que, em pacientes com DPOC, o disparo a fluxo reduziu a auto-PEEP e o esforço inspiratório durante os modos PSV e assistido/controlado (A/C), quando comparado ao disparo por pressão.
- III. Somente os ventiladores próprios de VNI ou ventiladores de UTI com o modo próprio de VNI devem ser usados, pois propiciam melhor compensação dos vazamentos.





- IV. O uso de sedação pode ser considerado, visto que ansiedade e delirium são comuns e a intolerância à VNI é um critério de falha da terapia. A sedação é segura e viável, e os fármacos com o perfil geral mais adequado são remifentanil e dexmedetomidina.
- V. O escore HACOR, que considera frequência cardíaca (FC), acidose, nível de consciência, oxigenação e pressão arterial, pode servir como uma ferramenta rápida e conveniente para prever a falha da VNI.

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

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

**35.** 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. Muitas instituições têm alcançado reduções significativas nas taxas de PAV em suas UTIs, algumas chegando até a zero, adotando uma abordagem abrangente e multidisciplinar aos cuidados com pacientes em VM. Essa abordagem consiste em rotinas clínicas baseadas em evidências associadas com estratégias de trabalho em equipe e intervenções aplicadas em conjunto, denominadas *bundle*. Segundo a ANVISA, quais estratégias não são mais recomendadas para compor o bundle de PAV?

- a) Interrupção diária da sedação.  
b) Teste de respiração espontânea (TRE).  
c) Posicionamento no leito (elevação da cabeceira entre 30 e 45°).  
d) Monitorização da pressão do cuff (Pcuff).  
e) Profilaxia de úlcera péptica.

**36.** A incisão cirúrgica caracterizada pela abertura do osso esterno (esternotomia) e a manipulação das pleuras parietais favorecem a ocorrência de inúmeras complicações em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. Além disso, mediadores inflamatórios são produzidos no período intraoperatório, aumentando a permeabilidade dos vasos sanguíneos e promovendo o extravasamento de líquidos para o espaço extravascular, inclusive com alterações na produção de surfactante e, consequentemente, diminuição da capacidade residual funcional (CRF), do aumento do *shunt* intrapulmonar e da alteração da barreira alvéolo-capilar, com piora da relação ventilação/perfusão (V/Q). Dentre as principais complicações no pós-operatório imediato de transplante cardíaco, como consequência do procedimento cirúrgico, podemos encontrar:

- I. Atelectasia.  
II. Fibrose Pulmonar.  
III. Derrame pleural.  
IV. Sepses.  
V. Dor.



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

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

**37.** O indivíduo no PO de Transplante Cardíaco é considerado um paciente de alta complexidade e, como tal, chega do centro cirúrgico com diversos dispositivos (cateteres, sondas, drenos e sistemas de monitorização), os quais possuem diferentes objetivos e podem ser considerados como barreira física à mobilização. No entanto, as condições do sistema cardiovascular, após o transplante, impactam nas respostas desse sistema ao programa de exercícios físicos mais que as barreiras físicas, sendo fundamental o conhecimento por parte do fisioterapeuta desse novo fisiologismo, caracterizado por:

- a) Redução da FC de repouso e ao exercício submáximo.
- b) Denervação autonômica com dependência dos níveis de catecolaminas liberados via humoral, levando a uma elevação mais lenta da FC em resposta ao exercício físico.
- c) Estimulação simpática com taquicardia sinusal em repouso e taquicardia ventricular no exercício físico de moderada intensidade.
- d) Aumento da incidência de fibrilação atrial por excesso de catecolaminas circulantes e excitação simpática do nó sinusal.
- e) Bradicardia por ausência da inervação simpática com predomínio da atividade vagal e consequente redução da frequência cardíaca no repouso.

**38.** Diversas situações clínicas desencadeiam a necessidade do estabelecimento de uma via aérea artificial (VAA), a qual tem como objetivos principais a manutenção adequada da ventilação e da oxigenação e a redução do esforço muscular respiratório do paciente. Entre as vias, estão os diversos tubos orotraqueais e as traqueostomias, com suas indicações específicas. Os pacientes em uso de VAAs demandam cuidados específicos para sua maior segurança, e o fisioterapeuta é um dos profissionais que podem contribuir com isso, por meio de suas intervenções para terapia de remoção de secreções, as quais vão muito além de meramente realizar a aspiração de vias aéreas. As cânulas de traqueostomia podem ser fenestradas. Essas cânulas plásticas são assim denominadas por possuírem um orifício na face posterior da cânula, logo acima do balonete com o intuito de:

- a) permitir que o paciente respire também pela via aérea fisiológica (nariz e/ou boca) e possibilita a fonação sempre que o balonete estiver desinsuflado. Indica-se esse modelo de cânula para pacientes que estão em processo de decanulação.
- b) permitir que o paciente se alimente por via oral sem comprometer a ventilação pulmonar além de possibilitar a fonação sempre que o balonete estiver desinsuflado.
- c) permitir que o fisioterapeuta realize a aspiração endotraqueal em sistema fechado sem que haja a despressurização do sistema, favorecendo a manutenção da PEEP e reduzindo o risco de dessaturação durante a aspiração.
- d) permitir a aspiração supra cuff, indispensável para a prevenção de PAV, visto que são as secreções acima do balonete que, quando não bem insuflado, levam a broncoaspirações supraglóticas e o desenvolvimento da PAV.
- e) permitir a ventilação mecânica efetiva, sem vazamentos, otimizando a pressurização do sistema com PEEP, principalmente nos pacientes com SDRA grave com relação P/F < 100.



- 39.** A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, com diversos sinais e sintomas, sendo a intolerância aos esforços, a fadiga muscular e a dispneia os mais característicos. Qualquer desordem cardíaca, estrutural ou funcional, que leve ao comprometimento da capacidade do ventrículo de receber ou ejetar sangue resulta em redução de suprimento sanguíneo para os tecidos frente às demandas metabólicas; por isso, a IC é a via final comum de diversas patologias cardiovasculares. Os mecanismos envolvidos na fisiopatologia da IC são muito variáveis. Trata-se de uma condição fisiopatológica progressiva embora, no ambiente hospitalar, o mais comum é a presença de pacientes com IC aguda, ou seja, que apresentam disfunção miocárdica aguda, comumente decorrente de:
- a) estenose da valva mitral.
  - b) tamponamento cardíaco.
  - c) choque cardiogênico.
  - d) miocardite bacteriana.
  - e) infarto agudo do miocárdio.
- 40.** Embora o tratamento da IC tenha como objetivo reverter as respostas do sistema neuro-hormonal e de outras compensações patológicas decorrentes do DC insuficiente, o principal foco do tratamento é a redução dos seus sintomas para reverter a drástica diminuição da capacidade funcional que compromete a realização de AVDs, trazendo impacto negativo para a qualidade de vida do paciente. Na maioria dos pacientes com IC, o tratamento clínico é apenas parcialmente eficaz no alívio dos sintomas. Por isso, há forte necessidade de intervenções complementares e não farmacológicas, que exigem cuidados de uma equipe multiprofissional completa, agindo desde a IC aguda — que se apresenta na sala de emergência — até os quadros mais avançados e crônicos, em que pode haver necessidade da inclusão dos pacientes em programas de cuidados paliativos. A reabilitação cardiovascular e metabólica (comumente chamada de reabilitação cardíaca) é um programa multiprofissional dividido em quatro fases, abordando desde a internação hospitalar até o ambulatório. A fase hospitalar (fase 01) consiste no início do programa de reabilitação, em que há implementação de programas individualizados de exercícios terapêuticos, prescritos e supervisionados pelo fisioterapeuta com atividades de:
- a) alta intensidade com 10 a 12 METs.
  - b) intensidade moderada com 08 a 10 METs.
  - c) baixa intensidade com 02 a 04 METs.
  - d) alta intensidade com 03 a 06 METs.
  - e) baixa intensidade com 12 a 16 METs.
- 41.** A mensuração e o entendimento da mecânica respiratória pelo fisioterapeuta e pela equipe de saúde são importantes para o conhecimento mais preciso das possíveis alterações da função respiratória, decorrentes de alterações do estado de saúde ou da modificação da posição corporal. Por definição, a monitorização da mecânica respiratória equivale ao estudo e à análise das forças que agem sobre o sistema respiratório. As propriedades resistivas das vias aéreas são influenciadas por qual/ quais fatores?
- a) pelo peso dos pulmões.
  - b) pela tensão superficial.
  - c) pela pressão pleural (Ppl).
  - d) pelo diâmetro das vias aéreas.
  - e) pela força de retração pulmonar e da caixa torácica.



42. Uma importante variável avaliada por fisioterapeutas e que impacta diretamente nos ajustes dos parâmetros ventilatórios é a constante de tempo do sistema respiratório (Tsr), a qual pode ser definida como o tempo necessário para aerar completamente o pulmão. Na prática clínica, podemos mensurar a constante de tempo do sistema respiratório da seguinte forma:
- a) razão da complacência pela resistência.
  - b) multiplicação da elastância pela complacência.
  - c) multiplicação da complacência pela resistência.
  - d) razão da complacência pela elastância.
  - e) multiplicação da impedância pelo tempo inspiratório.
43. A obesidade é uma doença crônica, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo. Sua prevalência tem aumentado de maneira epidêmica em todas as faixas etárias nas últimas quatro décadas e, atualmente, representa um grande problema de saúde pública no mundo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, mais da metade dos adultos apresenta excesso de peso (60,3%), o que representa 96 milhões de pessoas, com prevalência maior no público feminino (62,6%) do que no masculino (57,5%). Já a obesidade atinge 25,9% da população, alcançando 41,2 milhões de adultos. Estudos recentes mostram que, em uma unidade de terapia intensiva (UTI), a prevalência gira em torno de 20%. Alterações anatômicas, funcionais e fisiológicas são observadas nos pacientes obesos, o que afeta a face, o pescoço, a faringe, a parede torácica e os pulmões. Podem ocorrer algumas alterações, como:
- a) redução do consumo de oxigênio ( $VO_2$ ).
  - b) redução da produção de dióxido de carbono.
  - c) redução da pressão pleural basal.
  - d) deslocamento abdominal do diafragma.
  - e) redução da complacência do sistema respiratório.
44. Quanto ao manejo da ventilação mecânica em obesos, analise as afirmativas abaixo:
- I. Todo paciente obeso deve ser considerado como potencial via aérea difícil, pois o acúmulo de gordura pode dificultar a laringoscopia.
  - II. Recomenda o uso de ventilação não invasiva (VNI) e cânulas nasais de alto fluxo (CNAFs) para evitar a intubação, principalmente em pacientes obesos com doença pulmonar obstrutiva crônica.
  - III. A FR deverá ser ajustada para valores mais baixos (entre 08 e 10 irpm), monitorando sempre a presença de auto-PEEP.
  - IV. O paciente obeso que evoluir para um quadro de SDRA não deve ser pronado, visto que a prona pode promover o colapso precoce de via aérea.

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

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



- 45.** A PCR é definida como a ausência de ventilação e de circulação funcionais e espontâneas e, portanto, é potencialmente fatal. Sendo assim, trata-se de um evento que requer pronta e adequada resposta, a fim de aumentar as chances de sobrevivência dos indivíduos acometidos por ela. É fundamental ainda conhecer as principais causas reversíveis que podem levar aos ritmos de PCR, como as condições clínicas abaixo elencadas, **EXCETO**:
- a) Hypoxia.
  - b) Hipovolemia.
  - c) Acidose.
  - d) Hipertermia.
  - e) Tromboembolismo pulmonar.
- 46.** A RCP é um componente central nos cuidados de reanimação e compreende o fornecimento de compressões e ventilações por um ou mais socorristas. A sobrevida do paciente, nesses casos, depende da identificação da causa da PCR e da integração do suporte básico de vida (SBV) e do suporte avançado de vida (SAV), além dos cuidados pós-ressuscitação. Para a oxigenação adequada dos tecidos, é essencial minimizar as interrupções das compressões torácicas e maximizar a quantidade de tempo em que elas geram fluxo de sangue. A fração das compressões torácicas (FCT) é a proporção de tempo em que as compressões são realizadas durante uma PCR. Para maximizar a perfusão, recomenda-se que as pausas das compressões torácicas sejam minimizadas para que a FCT seja de, pelo menos, 60% e, idealmente, de 80%. Assinale a alternativa correta quanto às particulares das compressões torácicas durante a RCP.
- a) Frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
  - b) Revezar com outro indivíduo a cada 05 minutos.
  - c) Comprimir com profundidade de, no mínimo, 10cm e, no máximo, 12cm.
  - d) Minimizar as interrupções das compressões (no máximo 30 segundos para realização de duas ventilações).
  - e) Flexionar os braços e mantê-los com angulação de aproximadamente 180° em relação ao tórax da vítima.
- 47.** A falha no desmame está associada ao aumento do tempo total de VM, o que favorece o aumento da mortalidade. Pacientes com alto risco de desenvolver insuficiência respiratória aguda (IRpA) pós-extubação beneficiam-se da VNI preventiva ou profilática imediatamente após a extubação, reduzindo a necessidade de reintubação. A VNI terapêutica ou curativa deve ser considerada com extrema cautela e em casos bem específicos de IRpA pós-extubação, sobretudo no pós-operatório de cirurgias toracoabdominais e nos casos em que ocorre tardiamente após a extubação. Nos últimos anos, a CNAF vem ganhando espaço como estratégia ventilatória não invasiva pós-extubação, seja de forma isolada ou associada à VNI. Quais os pacientes que melhor se beneficiam da VNI facilitadora no processo de desmame da VM?
- a) Pacientes com doenças neuromusculares.
  - b) Pacientes com DPOC hipercápnicos.
  - c) Pacientes com SDRA leve a moderada.
  - d) Pacientes com IRpA extrapulmonar.
  - e) Pacientes com IRpA hipoxêmica (tipo I).



48. A interação cardiopulmonar é um tema de bastante relevância na prática clínica de fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva, a partir do qual é possível indicar corretamente recursos de pressão positiva, ajustar melhor os parâmetros ventilatórios e prevenir ou amenizar complicações cardiorrespiratórias e hemodinâmicas. O ventrículo direito - VD e o ventrículo esquerdo - VE são afetados de forma distinta durante a ventilação com pressão positiva. Enquanto a pré-carga do VD cai, por redução do retorno venoso, a pós-carga aumenta principalmente pela elevação da resistência vascular pulmonar. O VE, por sua vez, apresenta aumento da pré-carga, com aumento do volume diastólico final, que ocorre pelo volume de sangue que é “espremido” dos pulmões em direção ao VE em um primeiro momento. Qual fator é considerado o cerne da tolerância hemodinâmica do paciente mecanicamente ventilado à manobra de recrutamento alveolar?
- a) O estado volêmico.
  - b) A fração de ejeção do VE.
  - c) O débito cardíaco.
  - d) A frequência cardíaca.
  - e) A pós-carga de VD.
49. Com relação às diretrizes da reanimação neonatal na sala de parto nos recém-nascidos abaixo de 34 semanas, assinale a alternativa **CORRETA**.
- I. Está indicada a massagem cardíaca quando a frequência cardíaca for menor do que 60 batimentos por minuto, após 30 segundos de ventilação com pressão positiva por cânula traqueal com oxigênio a 100%.
  - II. A compressão cardíaca deve ser realizada no terço inferior do esterno.
  - III. A ventilação e a massagem cardíaca são realizadas de forma sincrônica, sendo realizado 3 movimentos de massagem cardíaca para 1 movimento de ventilação.
  - IV. Está indicada a interrupção da massagem cardíaca quando a frequência cardíaca for superior a 60 bpm.
- a) I, III e IV.
  - b) I, II, III e IV.
  - c) II, III e IV.
  - d) I, II e III.
  - e) II e III.
50. Com relação às implicações práticas das particularidades anatomofisiológicas na aplicação de técnicas de fisioterapia respiratória em recém-nascidos, especialmente em prematuros, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A utilização de pressão positiva expiratória final (PEEP) adequada nos neonatos em assistência ventilatória não é uma estratégia para manter a patência das vias aéreas.
  - b) A aplicação externa de altas pressões transtorácicas é necessária para impedir o colapso das vias aéreas.
  - c) A respiração em volume corrente ocorre em um volume pulmonar próximo ao fechamento da via aérea, facilitando a obstrução por muco, por isso o intervalo entre as intervenções fisioterapêuticas deve ser igual para todos os pacientes hipersecretivos.
  - d) O prematuro está sujeito a variações do fluxo sanguíneo cerebral que desempenham importante papel nas lesões cerebrais, sendo necessárias adaptações durante a realização das técnicas atuais de fisioterapia respiratória, como a técnica da ponte.
  - e) O recém-nascido apresenta coordenação necessária para expectorar o muco que atinge a faringe, não havendo necessidade de intervenções específicas do fisioterapeuta.



51. Embora o oxigênio suplementar seja muito utilizado na prática clínica, sua toxicidade sobre os neonatos vem sendo largamente estudada. Em relação ao tema, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Apesar dos efeitos benéficos da oxigenoterapia estarem claramente descritos, sua utilização pode provocar efeitos adversos, como o estresse oxidativo, retinopatia da prematuridade e a atelectasia de absorção.
  - b) A hiperoxemia está associada a uma maior incidência de efeitos adversos do oxigênio, e a mortalidade aumenta com o tempo de exposição a altas frações de oxigênio.
  - c) O dispositivo de oxigenoterapia indicado para prematuros entre 32 e 34 semanas que apresentam hipoxemia sem desconforto respiratório associado é o CPAP.
  - d) Entre os dispositivos de oxigenoterapia estão a cânula nasal de baixo fluxo e a cânula nasal de alto fluxo.
  - e) Na retinopatia da prematuridade ocorre uma inadequada vascularização da retina imatura dos recém-nascidos prematuros, que pode levar à cegueira ou a graves sequelas visuais.
52. Dentre os benefícios fisiológicos da ventilação não invasiva (VNI) estão a melhora na oxigenação e a diminuição do trabalho ventilatório. Sobre o uso da VNI em recém-nascidos, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) O uso de CPAP nasal em recém-nascidos prematuros reduz a necessidade de ventilação mecânica invasiva e a incidência de displasia broncopulmonar.
  - b) A utilização de apenas um tipo de interface reduz o risco de lesão nasal.
  - c) A pronga e a máscara nasal são as interfaces mais utilizadas, e na literatura não existe relato de superioridade de uma sobre a outra.
  - d) Lesão traumática das narinas, distensão gástrica e hiperdistensão alveolar com extravasamento de ar são complicações que podem ocorrer com o uso da VNI.
  - e) Pressão e fluxo insuficientes, interface inadequada, obstrução de vias aéreas e escape pressórico pela boca levam à falência da VNI.
53. O desenvolvimento sensorial é complexo, tendo início intraútero e amadurecendo rapidamente no primeiro ano de vida. Com relação à sequência do desenvolvimento dos sistemas sensoriais, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Tátil, vestibular, olfativo, visual, auditivo, gustativo.
  - b) Tátil, gustativo, olfativo, visual, auditivo, vestibular.
  - c) Visual, gustativo, olfativo, auditivo, vestibular, tátil.
  - d) Vestibular, gustativo, olfativo, visual, auditivo, tátil.
  - e) Tátil, vestibular, olfativo, gustativo, auditivo, visual.
54. Em recém-nascidos, principalmente prematuros, a taxa de falha de extubação é alta. Analise os itens a seguir e assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Pressão média de vias aéreas acima de 8cmH<sub>2</sub>O e FIO<sub>2</sub> menor que 30% são condições que apontam para o sucesso da extubação.
  - b) Deve-se interromper a ventilação mecânica de forma precoce, assim que o neonato consiga manter a respiração espontânea e garantir as trocas gasosas adequadas, com um mínimo de trabalho respiratório.
  - c) Os Três são uma das alternativas utilizadas na população adulta, porém com pouca evidência na população neonatal.
  - d) Um instrumento que pode ser utilizado como indicador precoce do desenvolvimento de desconforto respiratório após a extubação é o Boletim de Silvermann e Andersen.
  - e) Em neonatos, o TRE realizado por meio da CPAP traqueal é mais eficaz em simular a respiração espontânea e o trabalho respiratório a ela conferido.



- 55.** Os recém-nascidos apresentam particularidades anatomofisiológicas próprias da idade. Sobre o tema, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Desproporção entre o recuo elástico da caixa torácica e o dos pulmões gerando maior capacidade residual funcional.
  - b) Consumo de oxigênio pelos músculos respiratórios 2-3 vezes menor que no adulto com menor reserva de oxigênio.
  - c) Língua relativamente menor e mandíbula pequena dificultando a respiração nasal.
  - d) Diafragma horizontalizado com menor zona de aposição e menor força de contração.
  - e) Em torno de 20 milhões de sacos alveolares, facilitando as trocas gasosas.
- 56.** Um recém-nascido do sexo masculino, com diagnóstico de artrogripose múltipla congênita (AMC), deu entrada na UTI neonatal com sinais de insuficiência respiratória progressiva. O bebê apresentava hipoplasia torácica, fraqueza muscular generalizada, movimentos respiratórios ineficazes e episódios de dessaturação durante o sono. Ao exame físico, observou-se tórax rígido, retrações subcostais moderadas, e  $SpO_2$  de 85% em ar ambiente. A gasometria indicou hipercapnia ( $PaCO_2$ : 65 mmHg) e acidose respiratória leve. Com base nesse quadro, qual a conduta mais adequada em relação à assistência ventilatória desse paciente na UTI?
- a) Iniciar ventilação não invasiva com CPAP nasal em níveis baixos, para evitar barotrauma, mesmo com sinais de hipoventilação.
  - b) Iniciar ventilação mecânica invasiva com modo de pressão controlada, ajustando PIP e PEEP para garantir volumes correntes adequados e prevenir atelectasias.
  - c) Realizar apenas oxigenoterapia com cateter nasal, pois o uso de ventilação pode aumentar o risco de dependência ventilatória.
  - d) Utilizar ventilação com altos volumes correntes no modo volume controlado para compensar a baixa complacência pulmonar.
  - e) Evitar qualquer suporte ventilatório no início e monitorar clinicamente por 24 horas, considerando que a artrogripose não afeta diretamente a respiração.
- 57.** Criança de 8 meses, portadora de síndrome de Down, é admitida em acompanhamento ambulatorial por queixa de “cansaço para mamar, ganho de peso lento e sibilos recorrentes”. Ao exame físico, nota-se taquipneia leve, estertores bibasais, hepatomegalia discreta e sopro do lado esquerdo. O ecocardiograma revela: defeito do septo ventricular (DSV) de grande calibre, com shunt esquerda → direita significativo, aumento da pressão pulmonar estimada (pressão sistólica da artéria pulmonar elevada). Qual a repercussão sobre a função pulmonar (pneumofuncional) desta malformação cardíaca, especialmente no contexto de síndrome de Down?
- a) A criança apresentará tipicamente um padrão restritivo isolado nos testes de função pulmonar, sem alteração da resistência das vias aéreas.
  - b) O excesso de fluxo pulmonar persistente pode levar a remodelamento vascular pulmonar e aumento da resistência vascular pulmonar (RVP), resultando em hipertensão pulmonar progressiva.
  - c) A repercussão pulmonar costuma limitar-se à congestão e edema, sem causar alterações crônicas no leito pulmonar nem no trofismo vascular.
  - d) A presença de shunt esquerda → direita para prolongado tempo tende a proteger o parênquima pulmonar do dano vascular, retardando o aparecimento de hipertensão pulmonar.
  - e) No contexto da síndrome de Down, o risco de hipertensão pulmonar é menor do que em crianças sem a síndrome, devido à menor resposta vascular aos fatores de estiramento hemodinâmico.





- 58.** De acordo com Egain (2020), sobre o manejo clínico da bronquiolite viral aguda em lactentes, qual das seguintes condutas é considerada inadequada na abordagem inicial de um quadro típico em paciente sem comorbidades?
- a) Avaliação da saturação de oxigênio em ar ambiente.
  - b) Utilização de solução salina hipertônica nebulizada rotineiramente.
  - c) Suporte nutricional e de hidratação conforme necessidade.
  - d) Monitoramento clínico frequente da frequência respiratória e esforço respiratório.
  - e) Evitar o uso rotineiro de broncodilatadores, exceto em situações específicas.
- 59.** Um lactente de 3 meses com diagnóstico de cardiopatia congênita cianótica é admitido na unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) com dessaturação ( $SpO_2$  em torno de 78%). A equipe médica prescreve oxigenioterapia suplementar. Considerando a fisiopatologia das cardiopatias congênitas cianóticas, qual das condutas abaixo é a MAIS ADEQUADA em relação ao uso do oxigênio suplementar nesse caso?
- a) Administrar oxigênio em alto fluxo (10-15 L/min) com máscara de reservatório para aumentar rapidamente a saturação acima de 95%.
  - b) Manter oxigênio em baixo fluxo, monitorando a resposta clínica e evitando elevações excessivas da saturação.
  - c) Iniciar ventilação não invasiva com pressão positiva para garantir melhora da perfusão pulmonar.
  - d) Suspende imediatamente a oxigenoterapia, pois o oxigênio não traz benefícios em cardiopatias cianóticas.
  - e) Realizar intubação orotraqueal e ventilação mecânica precoce para garantir oxigenação ideal em todos os casos de cianose.
- 60.** João tem 1 ano e foi levado ao pronto-socorro com quadro de tosse, febre baixa e dificuldade respiratória há 3 dias. Ao exame físico, apresenta batimentos de asa do nariz, tiragem intercostal e sibilos difusos à ausculta pulmonar. A frequência respiratória está em 45 ipm e a saturação em 91% em ar ambiente. Foi solicitada radiografia de tórax, que revelou hiperinsuflação pulmonar, achatamento de diafragmas. Sem histórico familiar, ou pregressa de quadro semelhante. Qual é o diagnóstico mais provável?
- a) Asma brônquica.
  - b) Pneumonia bacteriana.
  - c) Bronquiolite viral aguda.
  - d) Bronquite crônica.
  - e) Fibrose cística.