



FISIOTERAPEUTA

01/12/2013

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 15 questões de conhecimentos em saúde pública e 35 de conhecimentos específicos na área profissional.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão-resposta, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição desse cartão por erro de preenchimento.
6. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição do gabarito para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova a partir das **16h30min**.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

A Portaria do Ministério da Saúde que, em seu artigo 2º, define que os recursos orçamentários devem correr por conta do Orçamento do Ministério da Saúde, onerando os programas de Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família, Piso de Atenção Básica Fixo, Atenção à Saúde Bucal, estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde e construção de Unidades Básicas de Saúde – UBS é a de

- (A) n. 648, de 28 de março de 2006.
- (B) n. 154, de 24 de janeiro de 2008.
- (C) n. 2.843, de 20 de setembro de 2010.
- (D) n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.

— QUESTÃO 02 —

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado em relação à própria saúde e à das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde com base em lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social, são fundamentos e diretrizes da:

- (A) Política Nacional de Humanização.
- (B) Atenção Primária da Saúde.
- (C) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.
- (D) Atenção Secundária da Saúde.

— QUESTÃO 03 —

A definição de atenção primária como “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias mediante sua plena participação [...]” foi referência para o lema “Saúde para todos no ano 2000” da Conferência Mundial de Saúde realizada em

- (A) Otawa.
- (B) Bogotá.
- (C) Alma Ata.
- (D) Adelaide.

— QUESTÃO 04 —

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), trata-se de princípio da Atenção Primária da Saúde

- (A) o caráter substitutivo.
- (B) a universalidade.
- (C) a equidade.
- (D) o registro adequado.

— QUESTÃO 05 —

Na Política Nacional de Promoção da Saúde, particularmente na Atenção Primária da Saúde, os acessos geográfico e sócio-organizacional são componentes

- (A) da integralidade.
- (B) do primeiro contato.
- (C) da longitudinalidade.
- (D) da coordenação.

— QUESTÃO 06 —

É peculiar aos objetivos da Medicina Baseada em Evidências:

- (A) a competência cultural, que trata da capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas das subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas peculiaridades culturais.
- (B) o entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos, das famílias e das populações relacionam-se ao contexto social.
- (C) a lógica para decidir que os serviços de saúde a oferecer devem se pautar nas necessidades da população e nos resultados a serem alcançados.
- (D) a classificação dos artigos e suas conclusões em um nível hierárquico, constituindo as meta-análises o nível mais alto, e a opinião de especialistas o nível mais baixo, qualificando a opinião dos profissionais de saúde em relação aos estudos disponíveis.

— QUESTÃO 07 —

Por intermédio de entidades integrantes da sociedade civil foram apresentadas sugestões para desatar os nós que impedem que o SUS avance, em que afirmam “só deixaremos de ser um país com contrastes gritantes entre a riqueza produzida e a qualidade de vida da população quando dermos passos definitivos para garantir o direito à saúde”. Estas sugestões originaram:

- (A) o Sistema de Serviços à Saúde.
- (B) a Conferência Nacional de Saúde.
- (C) a Agenda Estratégica para Saúde.
- (D) os Serviços de Saúde de Qualidade.

— QUESTÃO 08 —

Com a finalidade de criar as condições para a implementação do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), foi criado o Departamento de Informação e Informática em Saúde no Ministério da Saúde (MS), o que se constitui em marco histórico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A atribuição ao MS de forma legal e específica de organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) é pertinente

- (A) à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- (B) à Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.
- (C) à Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.
- (D) ao Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

— QUESTÃO 09 —

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), “A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio”. A solução proposta pelo governo tem sido a

- (A) construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.
- (B) construção de uma linguagem que permeie todo o sistema.
- (C) utilização de modelos de triagem em urgências e emergências.
- (D) utilização de mecanismos de controle da demanda por serviços, menor que a oferta.

— QUESTÃO 10 —

O Conselho Nacional de Saúde definiu pela utilização de um instrumento para normatizar a gestão do trabalho no SUS. Este instrumento denomina-se:

- (A) Norma Operacional Básica (NOB).
- (B) NOB/RH/SUS.
- (C) Lei Orgânica da Saúde.
- (D) Carta Política.

— QUESTÃO 11 —

A Comissão Intergestores Tripartite, na primeira reunião ordinária, ocorrida em 28 de fevereiro de 2013, pactuou premissas que nortearam a seleção das diretrizes, dos objetivos, metas e indicadores para o período 2013-2015, com vistas

- (A) ao rol de indicadores para pactuação nacional.
- (B) ao acesso e à qualidade da organização em redes.
- (C) ao fortalecimento do planejamento do SUS e à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).
- (D) aos indicadores específicos que expressem as características epidemiológicas regionais e de organização do sistema.

— QUESTÃO 12 —

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa é regulamentada pelo

- (A) Decreto n. 5.886, de 6 de setembro de 2006.
- (B) Decreto n. 6.378, 19 de fevereiro de 2008.
- (C) Decreto n. 7.468, de 28 de abril de 2011.
- (D) Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

— QUESTÃO 13 —

No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) – 1966-1973 inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública que possibilitou o futuro desenvolvimento de ações de impacto. O principal êxito relacionado a esse esforço foi:

- (A) o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica.
- (B) o controle da poliomielite no Brasil, na década de 1980, e a erradicação alcançada em 1994.
- (C) o Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) a 5ª Conferência Nacional de Saúde em 1975.

— QUESTÃO 14 —

Segundo as boas práticas de abastecimento de água, que asseguram a potabilidade da água para consumo humano, nos termos definidos, “o projeto, a construção e, sobretudo, a operação dessas unidades sejam desenvolvidos com a preocupação de minimizar riscos à saúde”. Esta determinação é pertinente à:

- (A) Resolução Conama n. 357, de 17 de março de 2005.
- (B) Portaria MS n. 518, de 25 de março de 2004.
- (C) Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000.
- (D) Portaria MS n. 443/BSB, de 3 de outubro de 1978.

— QUESTÃO 15 —

De acordo com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, para implementação, no Brasil, da Convenção n. 187, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adotada em Genebra, em 15 de junho de 2006, e que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, o objetivo de avaliar e propor medidas é estabelecido

- (A) na Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST).
- (B) no Conselho de Administração da Organização Internacional do Trabalho (OIT).
- (C) no Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador.
- (D) no Programa Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

Em emergências, há com frequência, pacientes graves, dependentes de suporte vital. Nesse contexto, os exames subsidiários tornam-se fundamentais no diagnóstico precoce. Em relação aos distúrbios eletrolíticos, deve-se considerar que a

- (A) hipocalemia causa acidose metabólica.
- (B) hipernatremia provoca coma.
- (C) hipocalcemia desencadeia insuficiência adrenal.
- (D) hipercalemia gera acidose metabólica.

— QUESTÃO 17 —

Na comunidade científica, não existe consenso sobre o modo ventilatório mais adequado que determina menor morbimortalidade em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo. Entretanto, quanto ao grau de recomendação de seu tratamento, sabe-se que

- (A) as manobras de recrutamento alveolar possuem recomendação A.
- (B) a posição prona é considerada uma recomendação A.
- (C) a hipercapnia permissiva possui recomendação C.
- (D) o uso da ventilação de alta frequência possui recomendação C.

— QUESTÃO 18 —

A manutenção das vias aéreas consiste em uma das principais funções do fisioterapeuta para assegurar a recuperação do paciente em emergência. Nesse sentido, na intubação endotraqueal, o fisioterapeuta deve

- (A) monitorar a pressão do balonete a cada quatro horas, para que não haja deslocamento do tubo.
- (B) monitorar a ventilação após o procedimento, se está seletiva ou apresenta hipoventilação, por meio do detector de CO₂ ou detector esofágico.
- (C) verificar periodicamente a pressão do balonete, mantendo-a entre 15 e 20 cmH₂O, evitando-se assim lesão traqueal.
- (D) evitar, após a intubação pelo médico, ventilações com bolsa-válvula-máscara, pois pode provocar retenção de CO₂ pelo paciente.

— QUESTÃO 19 —

O início do atendimento a pacientes traumatizados ocorre de acordo com o mecanismo de trauma e dos sinais vitais. É sinal sugestivo de fratura de base de crânio que contraindica intubação nasotraqueal:

- (A) sinal de guaxinim.
- (B) sinal de Babinski.
- (C) saída de líquido por via oral.
- (D) convulsão e febre.

— QUESTÃO 20 —

O nível de consciência pode ser avaliado por meio de escalas validadas. Em uma das mais comumente utilizadas, a escala de Glasgow, se o paciente obtiver pontuação

- (A) 3 estará em estado de coma profundo, com 100% de probabilidade de morte.
- (B) 11 estará em estado de coma superficial.
- (C) 9 estará em estado de coma intermediário, com 70% de probabilidade de morte.
- (D) 15 estará dentro da normalidade e, portanto, não há probabilidade de morte.

— QUESTÃO 21 —

A pressão aplicada no sistema respiratório deve ser suficiente para vencer a resistência ao fluxo aéreo e a resistência elástica. Acerca das variáveis durante a ventilação mecânica,

- (A) a complacência estática do sistema respiratório é a soma da complacência estática pulmonar e a PEEP intrínseca.
- (B) a pressão dos circuitos, no paciente, pode não retornar a zero no final da expiração, havendo alteração na medida da complacência.
- (C) as diferenças entre as constantes de tempo geram o efeito de *Pendelluft*, evoluindo com o desequilíbrio das pressões alveolares.
- (D) a complacência dinâmica corresponde a dois pontos da curva volume-pressão determinado entre os limites máximos do ciclo respiratório.

— QUESTÃO 22 —

Quanto às fases do desenvolvimento pulmonar, pode-se dizer que, no período

- (A) pós-natal, há um crescimento hiperplásico e hipertrófico.
- (B) pós-natal, ocorre o desenvolvimento das estruturas pulmonares.
- (C) pré-natal, os pulmões estão aerados, cheios de líquidos e mal perfundidos.
- (D) pré-natal, há formação de alvéolos e das vias aéreas respiratórias.

— QUESTÃO 23 —

Entre os fatores que atuam na modulação da resposta dos centros respiratórios estão os quimiorreceptores periféricos. Entre as especificidades de sua ação, inclui-se a seguinte:

- (A) a estimulação dos quimiorreceptores dos corpos carotídeos diminui a ventilação.
- (B) a hipoxemia aumenta o limiar de apneia e diminui a sensibilidade da resposta ao CO_2 .
- (C) a hiperfusão dos corpos carotídeos estimula os quimiorreceptores, mesmo com a PaO_2 normal.
- (D) os quimiorreceptores periféricos ajustam as alterações arteriais a cada respiração.

— QUESTÃO 24 —

Para que o paciente em ventilação mecânica invasiva estabeleça uma perfeita sincronia é necessário considerar, além da mecânica respiratória, o modo e a técnica ventilatória. Assim,

- (A) a ventilação por pressão de suporte (PSV) fornece nível de pressão quando o paciente dispara o ventilador.
- (B) o ajuste da ventilação assistida no ventilador é acoplado ao estímulo elétrico do diafragma, no modo NAVA de desmame.
- (C) o tempo inspiratório neural menor do que o mecânico determinará menor entrega de volume, criando PEEP intrínseca.
- (D) o *trigger* a fluxo gera maior trabalho respiratório ao paciente, promovendo esforços inspiratórios inefetivos.

— QUESTÃO 25 —

A ventilação não invasiva (VNI) é um método com bons resultados que reduz a necessidade de intubação traqueal, o tempo de internação e a mortalidade hospitalar. As contra-indicações, causas de insucesso e complicações, são, respectivamente,

- (A) necrose facial, ausência/depressão respiratória e grande distúrbio de troca gasosa com necessidade de alta FiO_2 .
- (B) insuficiência coronariana aguda, não cooperação do paciente e pneumotórax não drenado.
- (C) distensão abdominal, tosse inadequada com retenção de CO_2 e não cooperação do paciente.
- (D) instabilidade hemodinâmica, sonda nasogástrica e aspiração para vias aéreas inferiores.

— QUESTÃO 26 —

Os pacientes em suporte ventilatório mecânico domiciliar têm origem em dois grandes grupos: os não “desmamáveis” da prótese ventilatória e os pacientes que apresentam progressiva deterioração funcional respiratória. No atendimento fisioterapêutico a essa população, deve-se atentar para o seguinte:

- (A) o uso da ventilação mecânica e a oxigenoterapia domiciliar não possibilitam a reversão da hipertensão arterial pulmonar, pois estes pacientes necessitam de cuidados intensivos hospitalares.
- (B) a presença de cefaleia e asteríxis indica hiperventilação noturna por escape gasoso, havendo necessidade de gasometria arterial.
- (C) as cânulas de traqueostomia especiais permitem a fonação e a comunicação do paciente, e devem se adequar à sua necessidade.
- (D) o treinamento para realizar a respiração glossofaríngea (*frog ventilation*) impossibilita que o paciente fique fora da prótese ventilatória.

— QUESTÃO 27 —

O paciente asmático possui características específicas que determinarão uma ventilação mecânica invasiva diferenciada das demais patologias clínicas. Para suporte ventilatório invasivo nos asmáticos, deve-se utilizar o seguinte:

- (A) fluxos em rampa crescente que produzem menos picos de pressão.
- (B) tubo orotraqueal com *cuff* de alta pressão e maior calibre para diminuir a resistência ao fluxo aéreo.
- (C) frequência respiratória preferencialmente abaixo de 12 irpm e altos fluxos inspiratórios.
- (D) níveis maiores de PEEP de forma a facilitar o disparo do ventilador e evitar a formação de PEEP intrínseca.

— QUESTÃO 28 —

A imobilização prolongada no leito pode gerar complicações metabólicas, hemodinâmicas e respiratórias. Sabe-se que, na atualidade, a fisioterapia realiza seu trabalho com base em evidências. Desse modo, admite-se que a aquisição da posição ortostática na unidade de terapia intensiva é uma estratégia para prevenir o imobilismo, pois

- (A) a posição ortostática é indicada a todos os pacientes em UTI, mesmo aos que dependem da ventilação mecânica.
- (B) a vasopressina e a angiotensina II são liberadas em resposta ao desafio ortostático.
- (C) a mudança de postura inclui aumento da pressão arterial e variações da frequência cardíaca.
- (D) os pacientes em ventilação mecânica que assumem a posição ortostática têm uma queda do volume-minuto e volume corrente devido ao aumento da resistência da via aérea pela força gravitacional.

— QUESTÃO 29 —

A fisioterapia tem atuado cada vez mais na orientação aos pacientes durante a utilização de medicamento prescrito pelo médico. Isso porque o fisioterapeuta tem grande conhecimento da mecânica respiratória e faz associação com técnicas de fisioterapia respiratória. Entre os dispositivos inalatórios, o espaçador

- (A) permite que o aerossol saia mais rapidamente e em partículas menores.
- (B) é indicado a crianças, se usado com máscara com válvula expiratória.
- (C) é inadequado a pacientes com dificuldade de coordenar a inspiração com o jato.
- (D) permite que o paciente inale quantidade maior de medicação em tempo menor.

— QUESTÃO 30 —

A avaliação radiológica em situações de emergência no pronto-socorro é essencial para que o fisioterapeuta estipule condutas adequadas. Nesse processo de avaliação,

- (A) o desvio contralateral do mediastino é observado no pneumotórax hipertensivo, quando o paciente apresenta piora clínica associada.
- (B) a broncopneumonia apresenta-se na radiografia de forma unifocal, de preferência nas bases pulmonares.
- (C) a radiografia apresenta aumento dos espaços aéreos proximais aos bronquíolos terminais com fibrose óbvia, no caso de enfisema.
- (D) o aspecto radiológico, no edema agudo de pulmão, apresenta infiltrado em forma de cunha com elevação da cúpula diafragmática.

— QUESTÃO 31 —

Considere o seguinte caso hipotético: um jovem dá entrada na emergência de um hospital com perda da consciência. FC = 120 bpm, FR = 42 irpm, SpO₂ = 86%, cianose central, alto esforço respiratório. Realiza gasometria arterial e obtêm-se os resultados: PO₂ = 60 mmHg, PCO₂ = 73 mmHg, pH = 7,10. O médico solicita auxílio do fisioterapeuta para intubar o paciente. Após intubação, é realizada radiografia que apresenta uma pneumonia lobar. Paciente evolui com assincronia com o ventilador e aumento do esforço respiratório.

Nesse caso, para melhorar a dinâmica paciente-ventilador, será necessário

- (A) aumentar o *rise time*, pois no gráfico fluxo x tempo o *overshooting* apresenta-se no início da inspiração, gerando “fome” de fluxo ao paciente.
- (B) reduzir o *rise time*, pois o paciente apresenta *overshooting* no final da expiração, promovendo expiração ativa.
- (C) reduzir o tempo inspiratório, pois este apresenta-se longo, causando auto-PEEP e esforços ineficazes.
- (D) aumentar a ciclagem para 65%, pois no *loop P x V* a inspiração e a expiração não mantêm *Pendelluft*, promovendo assincronia e retenção de CO₂.

— QUESTÃO 32 —

Na atuação do fisioterapeuta em urgência e emergência, no tratamento de pacientes com

- (A) DPOC exacerbado, o uso de VNI tem o objetivo principal de reverter a insuficiência respiratória do tipo I.
- (B) politraumatismo e escore 12 na escala de Glasgow, afundamentos dos ossos da face e insuficiência respiratória do tipo I, a VNI é indicada.
- (C) insuficiência cardíaca direita, o aumento do VC deve ser cauteloso, visto que essa variação pode aumentar a pós-carga do ventrículo direito.
- (D) politraumatismo e quadro de lesão medular alta, em nível de C4, ocorre o aumento da capacidade vital pelo aumento do volume de reserva expiratório.

— QUESTÃO 33 —

É um dos objetivos primários dos procedimentos fisioterapêuticos no manuseio pós-operatório de cirurgia cardíaca:

- (A) mobilização de secreções traqueobrônquicas pós-anestésicas.
- (B) prevenção de tromboembolismo.
- (C) elevação da frequência cardíaca.
- (D) promoção de débito cardíaco satisfatório.

— QUESTÃO 34

Na acidose metabólica, tem-se

- (A) $\text{pH} < 7.35$, $\text{HCO}_3^- < 22$ meq
- (B) $\text{pH} < 7.35$, $\text{HCO}_3^- > 22$ meq
- (C) $\text{pH} < 7.35$, $\text{HCO}_3^- > 40$ meq
- (D) $\text{pH} > 7.35$, $\text{HCO}_3^- < 22$ meq

— QUESTÃO 35

No que se refere à oxigenoterapia e seus sistemas de aplicação,

- (A) o sistema de baixo fluxo será capaz de oferecer uma FiO_2 de até, no máximo, 0.40, independente do dispositivo.
- (B) o sistema com fluxo elevado é oferecido de modo a exceder o fluxo do paciente, proporcionando, assim, uma FiO_2 variável.
- (C) a cânula nasal, o cateter nasal e o cateter transtraqueal são sistemas que proporcionam baixo fluxo ao paciente.
- (D) a máscara de não reinalação funciona com fluxos de O_2 de até 5 L/min, podendo oferecer FiO_2 de até 0.70.

— QUESTÃO 36

Hipoteticamente é admitido em UTI um paciente jovem com traumatismo cranioencefálico, entubado, em estado grave, com hemorragia de ventrículos e bases de crânio. Aos exames, apresenta radiografia de tórax dentro da normalidade. $\text{SpO}_2 = 88\%$; $\text{FiO}_2 = 40\%$; $\text{FC} = 110$ bpm; $\text{FR} = 25$ irpm; $\text{PA} = 110 \times 60$ mmHg; gasometria arterial: $\text{pH} = 7.22$; $\text{PaCO}_2 = 70$; $\text{HCO}_3^- = 24$; $\text{BE} = -2$; $\text{PaO}_2 = 50$. Esse paciente tem monitorização da PIC rigorosamente apresentando uma pressão arterial média acima do valor predito para o paciente. É solicitada ao fisioterapeuta uma FiO_2 ideal para manter uma PaO_2 adequada e uma FR ideal para correção da PaCO_2 .

Considerando que os valores desejados para PaO_2 e PaCO_2 são, respectivamente, 70 e 45, os valores da FiO_2 e da FR ajustados no ventilador deverão ser

- (A) 30% e 20 irpm.
- (B) 46% e 48 irpm.
- (C) 35% e 50 irpm.
- (D) 56% e 38 irpm.

— QUESTÃO 37

Considerando a fisiologia respiratória do idoso para aplicação adequada de suporte ventilatório invasivo, deve-se

- (A) manter FiO_2 em níveis mais elevados, pois a ventilação/perfusão é comprometida, tendo modificações estruturais ao longo do tempo.
- (B) utilizar tempo inspiratório maior, pois o idoso possui uma FR reduzida, mantendo assim sincronia entre paciente-ventilador.
- (C) utilizar volume corrente maior, pois a caixa torácica apresenta-se rígida e há redução da complacência pulmonar.
- (D) manter um padrão de fluxo desacelerado durante a inspiração, pois esse padrão é considerado mais fisiológico.

— QUESTÃO 38

O uso de dispositivos e equipamentos que gerem pressão positiva nas vias aéreas tem indicação para aumento do volume inspiratório e da capacidade residual funcional. Em relação ao seu emprego, o

- (A) EPAP é composto de uma válvula bidirecional, tendo como indicações melhorar a hipoventilação e a atelectasia.
- (B) CPAP é um modo não invasivo que possui pressão inspiratória e expiratória, tendo como indicação a prevenção de colapso alveolar.
- (C) BiPAP é um modo invasivo e não invasivo que possui dois níveis de pressão, podendo ainda apresentar volume garantido, sendo utilizado em pacientes neuromusculares traqueostomizados.
- (D) ressuscitador manual é um aparelho que possui pressão no final da expiração, sendo utilizado para manobras de remoção de secreção.

— QUESTÃO 39

O fisioterapeuta para realizar atendimento ao recém-nascido com síndrome do desconforto respiratório agudo necessita avaliar o boletim de Silverman e Andersen, cujo grau

- (A) 0 corresponde ao declive inspiratório.
- (B) 1 corresponde ao gemido expiratório.
- (C) 1 corresponde à retração xifóidea ausente.
- (D) 2 caracteriza batimento de asa nasal marcado.

— QUESTÃO 40 —

A escala de Ramsay é um tipo subjetivo de avaliar o grau de sedação em paciente na UTI. De acordo com essa escala, se o paciente obtiver escore

- (A) 5, estará ansioso e agitado.
- (B) 1, estará dormindo, sem resposta.
- (C) 2, estará sonolento e responderá a estímulo sonoro.
- (D) 3, estará sonolento e atenderá aos comandos.

— QUESTÃO 41 —

Síndrome do desconforto respiratório agudo no adulto é uma doença comum em pacientes sob suporte ventilatório invasivo e tem mortalidade entre 36 e 70%. Para evitar o óbito, é necessária uma abordagem interdisciplinar rápida. Nesse tratamento,

- (A) o decúbito prono deve ser indicado, mas não considerá-lo como o último recurso.
- (B) o equilíbrio hídrico positivo deve ser mantido, pois esses pacientes possuem volemia baixa.
- (C) a utilização de oxigenação extracorpórea por membrana é indicada como último recurso, devido ao risco de complicações renais.
- (D) a utilização de pressões e volumes maiores é indicada, pois esses pacientes possuem relação V/Q inadequada e $PaO_2/FiO_2 < 300$.

— QUESTÃO 42 —

Pode-se criar PEEP por meio de vários mecanismos, desde sistemas simples, como mergulhar uma mangueira dentro de um recipiente cheio de água, até o uso de válvulas controladas eletromagneticamente. No primeiro sistema, a PEEP corresponde

- (A) ao comprimento da mangueira em centímetros.
- (B) à distância entre a extremidade distal da mangueira e o nível superior da água.
- (C) à distância, em centímetros, dos níveis superior e inferior da água.
- (D) à diferença entre o comprimento do recipiente e o nível superior da água.

— QUESTÃO 43 —

Ao nascimento, os pulmões do bebê estão cheios de líquido e sua remoção se inicia com a primeira inspiração, que exige do recém-nascido a geração de uma pressão negativa intratorácica de cerca de

- (A) -5 a -10 cmH₂O.
- (B) -10 a -15 cmH₂O.
- (C) -15 a -25 cmH₂O.
- (D) -20 a -40 cmH₂O.

— QUESTÃO 44 —

Absorção de íons e fluidos do espaço alveolar, reparação da lesão alveolar e ação na resposta inflamatória local são funções atribuídas

- (A) aos pneumócitos tipo I.
- (B) aos pneumócitos tipo II.
- (C) ao surfactante.
- (D) ao surfactante D.

— QUESTÃO 45 —

Na avaliação respiratória da população neonatal e pediátrica, observa-se que afecções acometem o sistema respiratório de forma regional, causando prejuízo à expansibilidade. Dessa forma, dependendo da extensão da doença, ocorre diminuição da expansão

- (A) apical ou do hemitórax acometido, no pneumotórax.
- (B) basal, na pneumonia.
- (C) apical, uni ou bilateralmente, no derrame pleural.
- (D) apical à direita, na hepatomegalia.

— QUESTÃO 46 —

Em se tratando de pacientes pediátricos, a qualidade de uma espirometria deve obedecer a alguns critérios, entre eles:

- (A) início satisfatório da expiração e evidência de esforço máximo.
- (B) inspiração máxima antes do início do teste e sem hesitação.
- (C) volume retroextrapolado maior do que 5% da CV ou 180 mL.
- (D) platô inspiratório de 1s e expiração máxima efetiva.

— QUESTÃO 47

No distúrbio ventilatório obstrutivo, é possível observar, na espirometria,

- (A) FEF_{25-75} normal ou aumentado.
- (B) CVF aumentada.
- (C) CVF normal.
- (D) VEF_1/CVF normal ou reduzido.

As questões de **48 a 50** referem-se ao seguinte caso hipotético.

A monitorização da função respiratória em pacientes ventilados mecanicamente é importante ferramenta para o fisioterapeuta instituir tratamento otimizado. Sendo assim, considere o seguinte quadro, com parâmetros de uma paciente de 60 anos, em VMI devido a DPOC descompensada.

Gasometria: $PaO_2 = 50$ mmHg; $PaCO_2 = 55$ mmHg;

pH = 7.2; $HCO_3^- = 20$ mEq/L; BE = -3; $SaO_2 = 87\%$.

Parâmetros da ventilação mecânica: volume controlado,

VC = 400 mL; FR = 20; fluxo = 45; I:E = 1:2; FR = 20.

— QUESTÃO 48

O índice de oxigenação dessa paciente era

- (A) 262,5.
- (B) 217,5.
- (C) 137,5.
- (D) 125.

— QUESTÃO 49

Os ajustes necessários para baixar a $PaCO_2$ seriam:

- (A) reduzir a FR e aumentar a I:E.
- (B) reduzir a FR e inverter a I:E.
- (C) aumentar a FR e reduzir o fluxo.
- (D) aumentar a FR e inverter a I:E.

— QUESTÃO 50

Se o fisioterapeuta desejasse obter uma PaO_2 de 80 mmHg e utilizasse apenas suplementação de O_2 , a FiO_2 instituída deveria ser de

- (A) 50%.
- (B) 55%.
- (C) 60%.
- (D) 65%.