



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

### PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 13

#### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA FISIOTERAPEUTA

DATA: 14/01/2024 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 13**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 13) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

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

#### Nº DE INSCRIÇÃO

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

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

#### RASCUNHO

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

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE    PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA – FISIOTERAPEUTA  
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



<b>N<sup>o</sup> DE INSCRIÇÃO</b>					



## QUESTÕES GERAIS

**01.** Durante a Guerra da Criméia, em meados de 1850, Florence Nightingale, no seu processo empírico do cuidar, começou a separar os doentes mais graves. Esse acontecimento foi primordial para o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que aconteceu nos primórdios do século XX, chegando ao Brasil por volta da década de 1970, sendo implementadas, primeiramente, no hospital Sírio Libanês, em São Paulo, com apenas 10 leitos. Apresentam-se como unidades hospitalares cujo objetivo é atender pacientes em condições críticas, que necessitam de assistência médica e de enfermagem de maneira contínua e especializada (CASTRO *et al.*, 2021). Atualmente, no Brasil, o funcionamento dessas unidades é regido pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tomando por base essa Resolução, analise as afirmativas a seguir.

- I - A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, assinadas e aprovadas pelas lideranças da unidade, revisadas a cada cinco anos e disponibilizadas para todos os profissionais da UTI.
- II - Deve ser formalmente designado um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos, sendo permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTIs.
- III - A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, no prontuário do paciente, ao menos uma vez ao dia, atendendo às regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e às normas institucionais.
- IV - Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência. Em caso de transporte intra-hospitalar, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino. No transporte inter-hospitalar, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência.
- V - Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos. Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

Marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Apenas as alternativas I, II e IV estão corretas.
- b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas II, IV e V estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.



**Texto para as questões 02 e 03.**

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema. As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência. Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema (UNA-SUS/UFMA). Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou, em 07 de julho de 2011, a Portaria Nº 1600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

**02.** À luz das diretrizes dispostas na Portaria citada, é **INCORRETO** afirmar o seguinte:

- a) Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.
- b) Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter uniprofissional, conduzido por um trabalho categorizado, a partir da atuação de cada profissão isoladamente, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado.
- c) Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção.
- d) Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
- e) Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

**03.** No que diz respeito aos componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos, é **CORRETO** afirmar o seguinte:

- a) O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a restrição do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
- b) O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
- c) O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência ao longo de 7 dias, vinculada a um equipamento de saúde articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.
- d) As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros crônicos de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e terceirizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
- e) As afirmativas das letras “b” e “c” estão corretas.



**04.** Quando se olha para a legislação voltada para a qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente no Brasil, ganham destaque aquelas que trazem especificamente em seus textos esses aspectos, a saber: a Portaria do Ministério da Saúde Nº 529, de 01 de abril de 2013, e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em que pese a relevância desses documentos legais para a garantia de um cuidado seguro e de qualidade nas organizações de saúde, é válido ressaltar o papel igualmente importante da RDC/ANVISA Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que traz os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde. Sobre esta Resolução, é **INCORRETO** afirmar o seguinte:

- a) O serviço de saúde deve possuir regimento interno ou documento equivalente atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, além de responsabilidades e competências.
- b) O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam o funcionamento de comissões, comitês e programas estabelecidos em legislações e normatizações vigentes.
- c) O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço.
- d) Em relação aos dados que compõem o prontuário, pertencem ao paciente, mas não lhes é permitido o acesso a essas informações, ficando disponíveis somente aos seus representantes legais e à autoridade sanitária, quando necessário.
- e) 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.

**05.** A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tem por objetivo estimular a construção de um processo coletivo voltado para o cuidado. Inserida na Política do SUS, é também divulgada como HumanizaSUS, que, numa linguagem simples, se aproxima da população usuária do SUS de forma bastante inclusiva, sendo que gestores e trabalhadores procuram entender as carências e necessidades desses usuários, formando elos e construindo assim novos processos de trabalhos que se adequem melhor aos usuários (BRASIL, 2006). Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. De acordo com a PNH, essa inclusão significa, **EXCETO**:

- a) Estímulo à produção de novos modos de cuidar.
- b) Gestão dos conflitos gerados pelas diferenças.
- c) Trabalhadores como agentes ativos da mudança.
- d) Participação da família no processo de cuidado.
- e) Repetição dos processos de trabalho.

**Texto para as questões 06 e 07.**

Estima-se que, anualmente, 2,6 milhões de óbitos sejam decorrentes de eventos adversos (EA) relacionados à atenção à saúde em hospitais no mundo. Uma das principais causas de morte e incapacidade de pacientes é referente a EA, que são os incidentes e saúde que causam danos aos pacientes. Tendo em vista que grande parte dos EA são evitáveis, faz-se necessária a implementação de estratégias e políticas públicas destinadas a reduzir danos aos pacientes. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instaurou, por meio da Portaria MS/Gabinete do Ministro (GM) nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral



qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional – públicos ou privados, e como objetivos específicos promover e implantar iniciativas voltadas à segurança do paciente, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde. (ANDRADE *et al.*, 2020).

06. Com relação aos conceitos adotados pela referida Portaria, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna 1**

- (1) Segurança do paciente
- (2) Dano
- (3) Incidente
- (4) Evento adverso
- (5) Gestão de risco

**Coluna 2**

- ( ) Incidente que resulta em dano ao paciente.
- ( ) Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo.
- ( ) Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos.
- ( ) Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- ( ) Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

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

07. No tocante às estratégias de implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, considere (V) para as assertivas verdadeiras e (F) para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente.
- ( ) Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente.
- ( ) Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, priorizando-se os processos de responsabilização individual.
- ( ) Articulação com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema “segurança do paciente” nos currículos dos cursos de formação em saúde, exceto no nível de pós-graduação.
- ( ) Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade.

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



08. Desde 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) inseriu em seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. A partir de então, a ANVISA vem intensificando suas atividades nos serviços de saúde, em parceria com o MS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Nessa perspectiva, pode-se destacar a publicação, em 2013, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços. Para tanto, o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cabe ao NSP, que deve desenvolver papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2019). O referido Plano deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, para, **EXCETO**:

- a) Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.
- b) Trabalhar, de forma independente, os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde.
- c) Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.
- d) Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado.
- e) Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.

09. Segundo a RDC nº 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. No que concerne aos princípios e diretrizes do NSP, considere (V) para as assertivas verdadeiras e (F) para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) A disseminação casual da cultura de segurança.
- ( ) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- ( ) A elaboração do Plano de Segurança do Paciente.
- ( ) O alcance da perfeição nos processos de cuidado.
- ( ) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

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

**Texto para as questões 10 e 11.**

A identificação correta do paciente é uma ação que assegura a assistência e minimiza a ocorrência de erros e danos. Trata-se, portanto, da primeira atividade que advoga a favor da segurança do paciente. Falhas no processo de identificação do paciente ocorrem desde o momento da admissão até a alta do serviço de saúde e decorrem de fatores relacionados ao paciente (nível de consciência, por exemplo), ao processo de trabalho (mudanças de setor, leitos e de profissionais), dentre outras situações. Estudos revelam que erros na identificação do paciente desencadeiam consequências potencialmente fatais e que, aproximadamente, 9% deles provocam danos temporários ou permanentes. Somado a isso, destaca-se que essa problemática abarca múltiplas conjunturas, desde o momento da internação até os cuidados da equipe multiprofissional (ALVES *et al.*, 2018).



10. Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde para uma adequada identificação do paciente durante a prestação do cuidado. Sobre essas intervenções é **CORRETO** afirmar o seguinte:
- a) Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores.
  - b) Os identificadores escolhidos pelo serviço de saúde devem estar dispostos em uma pulseira vermelha colocada na cama do paciente.
  - c) Para envolver pacientes e familiares no processo de identificação correta, explicar a esses atores os propósitos dos dois identificadores.
  - d) A confirmação da identificação do paciente será realizada de forma obrigatória apenas antes da prestação do primeiro cuidado ao paciente.
  - e) As afirmativas das letras “a” e “c” estão corretas.
11. Levando em consideração a coleta de sangue para realização de um exame laboratorial de um paciente consciente com nível de escolaridade ensino médio completo, ou seja, apto a interagir com o profissional de saúde, em uma instituição de saúde que tem como identificadores nome completo e data de nascimento, analise os passos abaixo descritos e numere-os na ordem correta que devem acontecer para garantir a identificação segura desse paciente. Em seguida, assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**.
- ( ) Profissional do laboratório solicita ao paciente que confira as informações constantes no frasco de coleta.
  - ( ) Profissional do laboratório confere as informações repassadas pelo paciente com a pulseira de identificação e a solicitação médica do exame.
  - ( ) Médico solicita o exame, preenchendo o impresso com o nome completo do paciente e sua data de nascimento.
  - ( ) Profissional do laboratório pergunta ao paciente seu nome e data de nascimento.
  - ( ) Profissional do laboratório identifica o frasco de coleta com nome completo do paciente e sua data de nascimento.
- a) 5, 3, 2, 4, 1
  - b) 3, 5, 1, 2, 4
  - c) 5, 3, 1, 2, 4
  - d) 5, 1, 2, 3, 4
  - e) 3, 5, 2, 4, 1
12. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em países de alta renda, 1 (um) em cada 10 (dez) pacientes seja prejudicado durante o atendimento hospitalar. O dano pode ser causado por uma série de eventos adversos, sendo quase 50% deles evitáveis. Diante desse contexto, é imperativa a melhoria da segurança do paciente em serviços de saúde. Entende-se por segurança do paciente a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Um desses eventos adversos é a lesão por pressão, de modo que uma das ações que devem estar previstas no Plano de Segurança do Paciente é a prevenção dessas lesões em serviços de saúde. Ressalta-se que as lesões por pressão são danos localizados na pele e/ou tecidos moles subjacentes, resultantes de pressão ou pressão combinada com o cisalhamento. Geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, mas também podem estar relacionadas ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (BRASIL, 2023). Face ao exposto, são práticas de segurança para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde, **EXCETO** a seguinte:





- a) Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, específicas para a população em risco.
- b) Seleção de cobertura mais apropriada para prevenção da lesão por pressão.
- c) Reposicionamento de todos os pacientes com ou sob risco de lesões por pressão em horário igual para todo e qualquer paciente.
- d) Elevação dos calcanhares de indivíduos em risco de desenvolvimento de lesões por pressão no calcanhar.
- e) Triagem nutricional por profissional capacitado e, quando aplicável, avaliação nutricional mais abrangente.

13. A prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde é um desafio enorme, de modo que requer a participação de todos os atores envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao paciente, com atribuições bem específicas para garantir essa prevenção, destacando-se, de maneira muito especial, a Gestão da Organização de Saúde e o Núcleo de Segurança do Paciente. Com base nesse entendimento, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna I**

- (1) Gestão do Serviço de Saúde
- (2) Núcleo de Segurança do Paciente

**Coluna II**

- ( ) Manter o sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação das lesões por pressão.
- ( ) Utilizar métodos para análise de risco e determinação de medidas corretivas e preventivas para a redução dos riscos de lesão por pressão.
- ( ) Fortalecer a política institucional de segurança do paciente, provendo meios técnicos, financeiros, administrativos e recursos humanos.
- ( ) Seguir as orientações da Anvisa para vigilância, monitoramento e investigação dos incidentes relacionados à assistência.
- ( ) Apoiar a implementação de um plano de melhoria da qualidade para reduzir a incidência de lesão por pressão.

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

14. A implementação de qualquer prática segura pede avaliação de desempenho, por meio da utilização de indicadores de qualidade, para averiguar se os processos de trabalho estão acontecendo conforme o planejado nos documentos institucionais, se os resultados alcançados respondem por aqueles almejados e se a melhoria contínua está sendo priorizada nos serviços de saúde. No que diz respeito aos indicadores de lesão por pressão e de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, é obrigatória a mensuração pelas organizações de saúde das seguintes métricas, **EXCETO**.

- a) Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para lesão por pressão na admissão e diariamente.
- b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão.
- c) Incidência de lesão por pressão.
- d) Percentual (%) de pacientes sinalizados para risco de lesão por pressão.
- e) Prevalência de lesão por pressão.



15. A queda é considerada um evento que faz com que o indivíduo termine involuntariamente no chão ou em outro nível baixo, com ou sem lesões. Esse evento pode ser decorrente de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados ao comportamento e atividades dos indivíduos no meio em que habitam. No ambiente hospitalar, os pacientes estão em processo de restabelecimento da saúde e são considerados mais vulneráveis. Consequentemente, as quedas aumentam o período de internação e o custo do tratamento, além de acarretar desconfortos físicos e psicológicos ao paciente (ALVES *et al.*, 2017). Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde, para prevenção desses eventos. Sobre essas intervenções é **CORRETO** afirmar:

- a) A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição, não sendo obrigatória a reavaliação em outro momento.
  - b) Todos os profissionais do serviço de saúde devem avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco, não havendo a necessidade de definir os profissionais responsáveis por essa avaliação.
  - c) No caso da ocorrência de queda, esta não deve ser notificada, uma vez que o evento já ocorreu, devendo a equipe se limitar a avaliar e atender o paciente imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.
  - d) A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, não sendo necessário explicar como prevenir sua ocorrência, uma vez que isso é atribuição dos profissionais de saúde.
  - e) É necessário colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda a equipe de cuidado, e anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados.
16. O sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à moderna assistência à saúde, que utiliza processos complexos e tecnologias potentes, cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano. Os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, que passa por uma comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança. Nesse intento, é preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde – um componente estrutural básico das organizações que reflete uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Além disso, significa olhar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas tratar o assunto como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (BRASIL, 2017). Face ao exposto, as práticas seguras para melhorar a qualidade do cuidado, por meio de criar e manter uma cultura de segurança são, **EXCETO**.

- a) Definir estruturas e sistemas de liderança.
- b) Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir.
- c) Promover o trabalho em equipe.
- d) Identificar e mitigar os riscos e perigos.
- e) Abordar individualmente os erros, com foco na pessoa que falhou.



17. Ainda no que confere à cultura de segurança nos serviços de saúde, é válido mencionar que se trata de um aspecto importante para o estabelecimento das estratégias e ações de segurança do paciente previstas no Plano de Segurança do Paciente, a serem planejadas, conduzidas e avaliadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°. 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a cultura de segurança é definida como conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2016). Frente ao que foi relatado e olhando para a atuação do NSP, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) Analise o incidente relacionado à assistência à saúde, enfatizando por que ocorreu, e não somente quem estava envolvido.
- ( ) Utilize ferramentas que possam determinar as razões que estão por trás das ações individuais frente à ocorrência de um incidente.
- ( ) Verifique se a segurança do paciente está refletida nas estratégias, nas estruturas e nos sistemas organizacionais da instituição.
- ( ) Verifique se as recomendações feitas após a ocorrência de um incidente estão sendo implementadas e avaliadas e se algo ainda precisa ser feito para a prevenção de incidentes.
- ( ) Divulgue aos profissionais e gestores os resultados obtidos da vigilância e monitoramento dos indicadores de segurança do paciente.

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

18. A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é uma das atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente. Todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde, devem ser notificados ao SNVS, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°. 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). De acordo com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, as análises detalhadas dos *never events* e dos óbitos, pelo SNVS, devem ser prioritárias no momento atual (BRASIL, 2016). Sobre esse processo de notificação de incidentes é correto afirmar, **EXCETO**.

- a) As notificações ao SNVS podem ser realizadas utilizando-se o módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do Notivisa 2.0 (módulo Assistência à Saúde).
- b) O módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do Notivisa apresenta as possibilidades de notificação pelos NSP e por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores), com linguagem adaptada para os diferentes públicos.
- c) A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EA, pelo NSP é voluntária, de acordo com a RDC n°. 36/20137, e a identificação do serviço de saúde é confidencial, obedecidos os dispositivos legais.
- d) Os serviços de saúde devem desenvolver ações para sistematizar a busca de informações que alimentarão o sistema de informação.
- e) Em todos os formulários disponibilizados para notificação, não é necessária a identificação do paciente que sofreu o evento adverso.



19. Os resultados cirúrgicos melhoraram de forma significativa, e os procedimentos cirúrgicos altamente complexos se tornaram rotineiros. Por outro lado, o avanço tecnológico tornou o ambiente cirúrgico mais inseguro. Nesse âmbito, aproximadamente 234 milhões de operações são feitas anualmente no mundo, sendo que cerca de sete milhões de pacientes apresentam complicações sérias, e um milhão morrem durante ou logo após a operação. Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, com inúmeras oportunidades para falhas e grande potencial de erros que resultam em danos aos pacientes. Sendo assim, algumas medidas devem ser implementadas para reduzir o risco de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico, destacando-se a identificação correta do paciente e do local a ser operado; a esterilização eficiente do material usado; a administração segura da anestesia e a execução do ato cirúrgico com técnica rigorosa (SILVA *et al.*, 2020). Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde para garantia de cirurgias seguras. Sobre essas intervenções é **INCORRETO** afirmar o seguinte:

- a) Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.
  - b) A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por qualquer profissional da unidade de origem do paciente, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
  - c) Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiolologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.
  - d) O anestesiolologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar.
  - e) O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida.
20. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, instituído pelo Ministério da Saúde, deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013). O referido protocolo traz intervenções para garantir a segurança na prescrição, dispensação e administração dos medicamentos. Com base nessa orientação, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna I**

- (1) Prescrição de medicamento
- (2) Dispensação de medicamento
- (3) Administração de medicamento

**Coluna II**

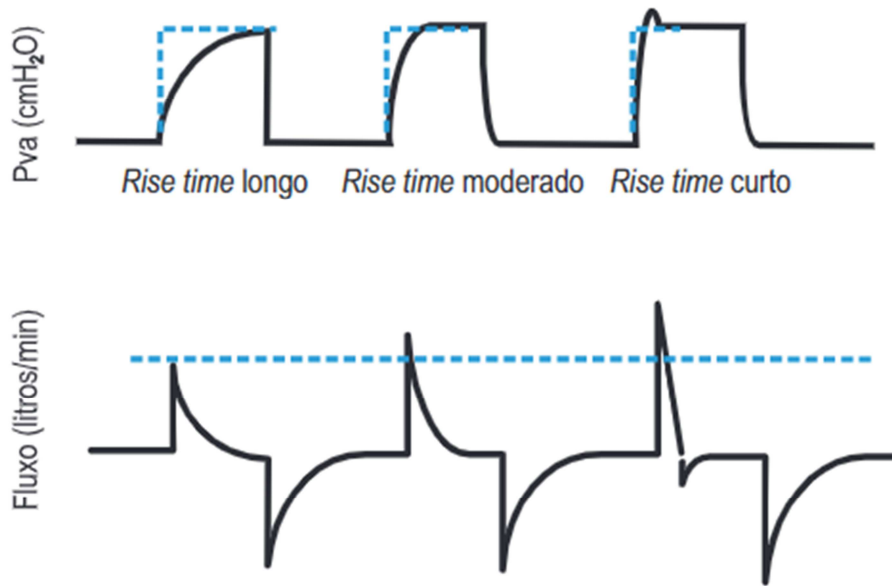
- ( ) O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.
- ( ) Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral.
- ( ) Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo e utilizar, no mínimo, dois identificadores para confirmar o paciente correto.
- ( ) É indispensável a definição da velocidade de infusão, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento.



- ( ) É necessário analisar os medicamentos prescritos, evitando seguimento em possíveis erros.
- ( ) É preciso conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua, em caso de medicamentos de infusão contínua.
- a) ( ) 1, 2, 3, 1, 2, 3
- b) ( ) 1, 3, 2, 2, 1, 3
- c) ( ) 1, 3, 2, 1, 3, 2
- d) ( ) 3, 2, 1, 2, 3, 1
- e) ( ) 3, 2, 1, 1, 2, 3

## ESPECÍFICA

21. O suporte ventilatório ao paciente crítico começa com o paciente mais dependente da ventilação mecânica e termina com ele sendo capaz de sustentar a respiração espontânea. Alguns pacientes passam pelo processo rapidamente, enquanto outros requerem um período mais longo e, ainda, outros nem conseguem passar. Visando otimizar o processo de desmame, os fisioterapeutas utilizam os índices preditivos de desmame, sendo o índice integrativo de desmame (IWI) um preditor mais acurado que o índice de respiração rápida e superficial (IRRS). Qual a composição do IWI?
- a)  $C_{stat} \times SaO_2 / (FR/VC)$
- b)  $FR/VC$
- c)  $P_{0,1} \times FR/VC$
- d)  $(SpO_2/FiO_2) / FR$
- e)  $C_{dyn} \times P_{lmax} \times [(PaO_2/PAO_2)/FR]$
22. No processo de desmame da ventilação mecânica, o teste de respiração espontânea (TRE) avalia a capacidade do paciente de respirar espontaneamente. Existem várias formas de realização do teste descritas na literatura, bem como a duração e os fatores relacionados à intolerância durante o TRE. Assinale a alternativa **CORRETA** alusiva ao TRE.
- a) A duração mínima do teste deve ser de 120 minutos (02 horas).
- b) Do ponto de vista hemodinâmico, a adição de PSV ou CPAP pode mascarar a insuficiência cardíaca durante o TRE e levar a edema pulmonar cardiogênico pós-extubação em pacientes com função ventricular esquerda deficiente.
- c) Enquanto o tubo T reduz o esforço respiratório, tanto a PS 0/PEEP 0 quanto PS 7/PEEP 5 parecem refletir com mais precisão as condições fisiológicas da extubação.
- d) O indivíduo que falhou no TRE deve ser mantido em suporte ventilatório que lhe proporcione conforto e trocas gasosas adequadas por um período de 48 horas, para que haja nova tentativa de TRE.
- e) Como sinais de intolerância ao TRE temos: frequência respiratória (FR) inferior a 35irpm;  $SpO_2$  inferior a 90%; frequência cardíaca (FC) inferior a 140bpm e pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180mmHg ou inferior a 90mmHg.
23. As assincronias entre o paciente e o ventilador podem ser definidas como um desacoplamento entre o paciente, em relação a demandas de tempo, fluxo, volume e/ou pressão de seu sistema respiratório, e o ventilador, que as oferta durante a VM. Através da análise das curvas de volume-tempo, fluxo-tempo e pressão-tempo na tela do ventilador mecânico (gráficos escalares), bem como pela análise dos gráficos de fluxo-volume e pressão-volume (loops), é possível detectar os tipos mais comuns de assincronia paciente-ventilador. Qual assincronia é detectada no terceiro ciclo ventilatório do gráfico escalar a seguir?



- a) Ciclagem precoce.
  - b) Disparo ineficaz.
  - c) Fluxo insuficiente.
  - d) Ciclagem tardia.
  - e) Fluxo excessivo.
24. As assincronias de disparo ocorrem na fase 01 do ciclo ventilatório, quando o início da fase inspiratória não coincide com o início do esforço inspiratório do doente. Em outras palavras, há uma falta de sincronia entre o início da inspiração neural e a resposta do ventilador. Pode ocorrer quando o ventilador autodispara, na dificuldade do paciente disparar o ventilador, gerando esforço inefetivo, ou quando observado o duplo disparo do ventilador. Os fatores causais mais comumente associados ao disparo ineficaz são, **EXCETO**:
- a) Sensibilidade baixa (ventilador mais difícil de detectar os esforços inspiratórios do paciente).
  - b) Tempo inspiratório do ventilador longo.
  - c) Fraqueza muscular respiratória ou diminuição do drive respiratório.
  - d) Presença de hiperinsuflação dinâmica (auto-PEEP).
  - e) Presença de vazamentos no circuito do ventilador.
25. O disparo reverso é um tipo de assincronia paciente-ventilador que se caracteriza pela relação anormal entre a ventilação mecânica e a ativação diafragmática, onde o estímulo externo, gerado pelo ventilador mecânico, provoca uma resposta, ou seja, a contração diafragmática. Pode ser apresentado como duas respirações contínuas sem tempo expiratório suficiente entre elas, sendo a primeira mandatória pela VM, ou seja, o primeiro disparo é a tempo, enquanto a segunda se dá por contração reflexa do diafragma. Das estratégias a seguir, qual a mais indicada para a **CORREÇÃO** do disparo reverso?
- a) Reduzir tempo inspiratório do ventilador.
  - b) Aumentar o limiar de sensibilidade expiratória em PSV.
  - c) Remover os condensados do circuito do ventilador.
  - d) Reduzir a sedação e otimizar o uso de bloqueadores neuromusculares.
  - e) Aumentar a sedação e promover somente ciclos controlados.



26. A mobilização precoce é uma das principais intervenções da fisioterapia no cuidado ao paciente crítico a qual pode trazer benefícios amplamente comprovados, como a prevenção da fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva (FAUTI) e do declínio funcional. Consequentemente, pode impactar em outros desfechos, como redução do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), do tempo de hospitalização, da taxa de readmissão hospitalar e da mortalidade. Os riscos associados a essa intervenção, entretanto, devem ser conhecidos, avaliados e prevenidos. Abaixo são apresentados os principais eventos adversos da mobilização precoce, **EXCETO**:
- Dessaturação.
  - Fraqueza muscular.
  - Instabilidade hemodinâmica.
  - Remoção acidental de cateter intravascular.
  - Extubação acidental.
27. A cicloergometria passiva faz parte do arsenal fisioterapêutico dentro dos protocolos de mobilização precoce empregados em pacientes críticos na UTI. É um modo de cicloergometria totalmente motorizada, sem contração muscular. O cicloergômetro passivo pode ser usado para obter uma série de benefícios relacionados ao exercício de baixa intensidade em pacientes sem controle motor ou com controle muito pobre. A mobilização passiva contínua obtida durante a cicloergometria passiva pode
- aumentar exponencialmente o  $VO_2$  (consumo de oxigênio) pelo aumento do débito cardíaco.
  - aumentar exponencialmente o  $CO_2$  produzido pelo trabalho muscular do quadríceps.
  - reduzir a FR (frequência respiratória) durante a cicloergometria, diminuindo a ventilação minuto.
  - reduzir significativamente a proteólise muscular, preservando a função muscular.
  - aumentar a resistência cardiovascular, com diminuição da condutância devido à vasoconstrição induzida pelo exercício
28. Um *Bundle*, ou pacote de cuidados, pode ser definido como um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências para um grupo de pacientes ou população as quais, quando implementadas em conjunto, promovem melhores resultados do que quando aplicadas separadamente. Com o objetivo de orientar e auxiliar a aplicação do *Bundle* ABCDEF, qual item a seguir descreve **CORRETAMENTE** a letra do *Bundle*?
- A – Acordar, despertar diário e teste de respiração espontânea.
  - B – Avaliação, prevenção e manejo da dor.
  - D – Participação e engajamento da família.
  - E – Mobilização precoce e exercício físico.
  - F – Prevenção e manejo do delirium.
29. A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, com diversos sinais e sintomas, sendo a intolerância aos esforços, a fadiga muscular e a dispnéia os mais característicos. No ambiente hospitalar, o mais comum é a presença de pacientes com IC aguda, ou seja, que apresentam disfunção miocárdica aguda comumente decorrente de IAM. A IC aguda é a principal causa de internações hospitalares em indivíduos acima de 65 anos, e a que acarreta maior custo entre as doenças cardiovasculares nos países ocidentais. Sobre as características clínicas e o tratamento físico desses pacientes, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Na fase hospitalar, o fisioterapeuta tem o objetivo de iniciar precocemente o programa de reabilitação cardiovascular, incluindo a educação para adoção de um padrão de vida mais ativo, conscientizando o paciente e os familiares sobre a importância da mudança dos hábitos de vida, além da prática regular de exercícios físicos devidamente prescritos.



- b) Na fase hospitalar, há o predomínio de atividades de alto gasto energético, que otimizam a capacidade funcional para as AVDs, preparando o paciente física e psicologicamente para a alta hospitalar.
- c) A “mobilização precoce” desses cardiopatas constitui-se de um conjunto de atividades físicas não-progressivas de baixa intensidade, capazes de induzir respostas fisiológicas agudas (aumentar a ventilação, a circulação central e periférica, o metabolismo muscular e o alerta), começando dentro de 48 horas de admissão na UTI.
- d) Os benefícios da mobilização precoce em pacientes críticos cardiopatas não são muito bem estabelecidos na literatura, por isso, devem ser realizados apenas nos pacientes com disfunções musculares periféricas, mas evitados nos doentes com alterações centrais (de bomba muscular cardíaca).
- e) Na sala de emergência, é comum a chegada de pacientes com IC aguda em situações de insuficiência respiratória por edema agudo de pulmão (EAP). Na maior parte dos casos, é necessário intubar imediatamente o paciente para garantir uma boa ventilação pulmonar.
- 30.** A avaliação da capacidade de exercício é de suma importância quando se trata de paciente portador de doenças cardiorrespiratórias, tanto em pesquisa quanto na prática clínica. As medidas de capacidade de exercício são úteis não apenas para se avaliar os pacientes, mas servem também como base para a prescrição de treinamento físico, além de apresentarem valor prognóstico. Considere as afirmativas sobre o Teste de Caminhada de Seis Minutos - TC6min.
- I. É um teste de esforço submáximo que fornece ao fisioterapeuta a tolerância do paciente durante os esforços submáximos, como o que ocorre na realização das AVDs.
  - II. Deve ser realizado quando o paciente já tiver recebido alta da UTI, sendo que, por questões de segurança, como é um teste de esforço máximo, tem que ser realizado pelo fisioterapeuta responsável.
  - III. Realiza-se no paciente cardiopata para avaliar o comportamento dos sinais vitais durante o esforço submáximo, devendo ser utilizado para a prescrição do treinamento físico desses cardiopatas.
  - IV. Os pacientes com IC que apresentam uma distância percorrida no TC6min <300 metros são considerados mais graves e com maior número de hospitalizações, bem como maior necessidade de uso de drogas vasoativas e indicação de transplante cardíaco.

Qual(is) está(ão) **CORRETA(S)**?

- a) Apenas I e III.
  - b) Apenas II e IV.
  - c) Apenas I, III e IV.
  - d) Apenas I, II e III.
  - e) I, II, III e IV.
- 31.** Você é chamado para avaliar uma paciente de 75 anos de idade que foi encontrada inconsciente em uma Unidade de Terapia Intensiva, após 2 horas da internação. A frequência respiratória dela é de 09 ciclos/min, e sua gasometria arterial, ao nível do mar e em ar ambiente, revela os seguintes resultados: pH: 7,21; PaCO<sub>2</sub>: 40 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 16 mEq/L e PaO<sub>2</sub>: 85 mmHg. O que se pode dizer **CORRETAMENTE** acerca da ventilação dessa paciente?
- a) A paciente está hiperventilando.
  - b) A paciente está hipoventilando.
  - c) A paciente está normoventilando.
  - d) A acidose é respiratória.
  - e) A paciente está hipoxêmica.





32. As principais funções do sangue circulante são entregar oxigênio e nutrientes para os tecidos e remover deles os produtos do seu metabolismo, incluindo o gás carbônico. A entrega de oxigênio para os tecidos depende, criticamente, da sua disponibilidade, da capacidade do sangue arterial de transportá-lo e da perfusão tecidual. Nos indivíduos anêmicos, a capacidade de ofertar oxigênio aos tecidos está prejudicada. Assinale a alternativa que se correlaciona especificamente com o problema da redução significativa de hemoglobina circulante.
- a) Redução da  $SpO_2$
  - b) Redução da  $PaO_2$
  - c) Redução da  $SaO_2$
  - d) Redução da  $PaCO_2$
  - e) Redução do  $CaO_2$
33. O comportamento da mecânica do sistema respiratório pode ser avaliado de forma mais precisa com a mensuração das pressões esofágica e gástrica, pois delas é possível obter a pressão transpulmonar, que é resultante da diferença entre a pressão nas vias aéreas alveolar e a pressão pleural alveolar. Acredita-se, portanto, que o emprego rotineiro do cateter nasogástrico que mensura a pressão esofágica para avaliação da função pulmonar deve ser estimulado nas UTIs. Sua aplicabilidade clínica permite, **EXCETO**:
- a) A titulação e o ajuste da PEEP.
  - b) A avaliação da estratégia de proteção pulmonar.
  - c) Sua utilização como preditor de falha do desmame ventilatório.
  - d) A avaliação da mecânica durante o uso da ventilação pulmonar não invasiva.
  - e) Avaliação da taxa de troca gasosa alvéolo-capilar.
34. Paciente, sexo masculino, 16 anos de idade, com diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne, apresentando quadro de fraqueza muscular periférica significativa nos últimos anos, sendo que, nos últimos meses, iniciou quadro de dispnéia, sendo então internado em ambiente hospitalar. Na avaliação radiográfica do tórax, o mesmo apresentava atelectasia em terço inferior de ambos os pulmões. Na gasometria arterial, os níveis de  $PaCO_2$  encontravam-se elevados (63 mmHg), com hipoxemia ( $PaO_2$  de 54 mmHg) em ar ambiente. Foi realizada espirometria simples, apresentando uma CVF de 62% do valor predito, com relação VEF1/CVF dentro dos valores de normalidade, caracterizando um distúrbio ventilatório restritivo leve. Com base no quadro clínico descrito, qual estratégia terapêutica de primeira escolha você deve implementar junto ao paciente?
- a) VNI em modo CPAP.
  - b) Espirometria de incentivo.
  - c) VNI em modo Bilevel.
  - d) Oxigenioterapia de baixo fluxo.
  - e) VMI em modo PCV.
35. Quais critérios alusivos ao quadro clínico descrito na **questão 34** direcionam o fisioterapeuta para a escolha da terapia aplicada?
- a) Hipoxemia e hipercapnia.
  - b) Hipercapnia e atelectasia.
  - c) Hiperinsuflação e distúrbio restritivo.
  - d) Fraqueza muscular e rebaixamento do nível de consciência.
  - e) A distrofia muscular e a relação VEF<sub>1</sub>/CVF.



36. A utilização da CPAP como técnica de expansão pulmonar é amplamente utilizada em pacientes em pós-operatório de cirurgias abdominais e torácicas. Dentre os efeitos esperados com a instituição da CPAP nesses pacientes, podemos destacar, **EXCETO**:
- Aumento da ventilação alveolar.
  - Aumento da complacência estática do sistema respiratório.
  - Redução do trabalho da musculatura respiratória.
  - Redução e/ou reversão de atelectasias.
  - Melhora da troca gasosa.
37. A avaliação do paciente crítico em terapia intensiva deve englobar os seguintes aspectos: verificação do nível de consciência, da colaboração e das respostas fisiológicas; inspeção e palpação; avaliação musculoesquelética e do sistema cardiorrespiratório; exames complementares (muitas vezes, coletados diariamente à beira do leito). Está confirmado que pacientes que permanecem por mais de 48 horas hospitalizados na UTI apresentam perdas funcionais significativas. Esse dado reforça a importância da utilização de medidas para mensuração da funcionalidade desses indivíduos. Dos métodos de avaliação a seguir relacionados, assinale a alternativa que correlaciona adequadamente o método com o objetivo de avaliação do respectivo método.
- FSS-ICU – avalia força muscular periférica.
  - SF-36 – avalia grau de dependência.
  - MIF – avalia o nível de dor.
  - Berg Balance Scale* – avalia qualidade de vida.
  - Timed up and go* – avalia risco de quedas.
38. Em pacientes cardiopatas, assim como em outras patologias, a oxigenoterapia tem como objetivos corrigir a hipoxemia; melhorar a oxigenação tecidual; retardar ou amenizar quadros de dispneia; diminuir a carga de trabalho cardiopulmonar. No entanto, a oxigenoterapia é indicada somente para pacientes que apresentem **hipoxemia**, ou seja, índice de disponibilidade de O<sub>2</sub> circulante nos tecidos menor do que o ideal. Sobre os riscos da oxigenoterapia, assinale a alternativa que **NÃO** apresenta correlação com a terapia suplementar de oxigênio.
- Em pacientes com IC e com outras DCVs, tem-se como alvo uma saturação de pulso de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) entre 97 e 99% ou entre 94 e 97%, se o paciente estiver em risco de insuficiência respiratória hipercápnica.
  - Níveis elevados de fração inspirada de O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>) podem induzir inflamação pulmonar pela produção excessiva de espécies reativas de O<sub>2</sub>.
  - A hiperoxemia tem efeitos sistêmicos deletérios, como redução do DC e vasoconstrição na circulação cerebral e coronária.
  - Há aumento do risco de injúria do miocárdio em pacientes submetidos ao uso de O<sub>2</sub> (aumento na área de infarto medido pela creatina quinase).
  - Pacientes com IAM que fazem utilização de O<sub>2</sub> sem hipoxemia podem apresentar aumento no risco de arritmia, mas isso deve ser considerado com cautela, em razão de sua baixa reprodutibilidade em outras populações.



**39.** Pacientes com trauma torácico e maior comprometimento da função pulmonar caracterizado por quadro de insuficiência respiratória grave necessitam de assistência ventilatória mecânica invasiva. Os pacientes caracterizados como graves são aqueles que apresentam contusão pulmonar comprometendo grande área e/ou com fratura de vários arcos costais. Também fazem parte desse grupo os pacientes que apresentam comprometimento de outros sistemas. Sobre a VM no paciente vítima de trauma torácico grave, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O modo de escolha deve ser o PCV que garante o VC em cada ciclo, além de controlar as pressões inspiratórias, evitando barotrauma.
- b) A estratégia com ventilação protetora deve sempre ser empregada, visando a um VC entre 8 a 10 ml/kg de peso predito, evitando volutrauma.
- c) Na presença de fístula de elevado débito, deve-se optar pelo modo VCV, visto que, dessa forma, garante-se o VC do paciente, independentemente da driving pressure.
- d) A indicação da MRA (Manobra de Recrutamento Alveolar) para pacientes com trauma torácico deve ser muito cautelosa, não sendo indicada para pacientes com relação  $PaO_2/FiO_2 \geq 200$  e na presença de pneumotórax e hipertensão intracraniana.
- e) A utilização de valores de PEEP abaixo do ponto de inflexão inferior da curva pressão *versus* volume (pressão transalveolar abaixo da pressão crítica de abertura alveolar) deve ser implementada para evitar atelectrauma.

**40.** Na UTI, os principais objetivos do fisioterapeuta podem ser resumidos em prevenir/tratar complicações respiratórias, sobretudo as relacionadas à retenção de secreção pulmonar e atelectasias, e em prevenir/tratar o descondicionamento neuromuscular e suas complicações. Contudo, desde que a mobilização precoce se mostrou efetiva na melhora de desfechos clínicos relevantes de pacientes críticos, menor atenção e prioridade têm sido conferidas às técnicas de remoção de secreção pulmonar. O recurso instrumental Flutter® pode ser acoplado à válvula expiratória de ventiladores mecânicos durante a terapia de remoção de secreção, porém é necessário estar atento à ocorrência de eventos adversos. Quais são esses eventos?

- I. Auto-PEEP.
- II. Autodisparo.
- III. Esforços ineficazes.
- IV. Disparo Reverso

Qual(is) está(ão) **CORRETO(S)**?

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

**41.** A fisioterapia neurológica em pacientes internados na UTI apresenta várias particularidades e se diferencia muito da fisioterapia tradicional rotineiramente aplicada nos demais pacientes não neurológicos. A respeito da fisioterapia em neurointensivismo, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A polineuropatia do doente crítico é a neuropatia mais comum na terapia intensiva, estando presente em mais de 50% dos pacientes ventilados artificialmente por mais de 48 horas.



- b) A associação de inatividade no leito com doença crítica potencializa a perda muscular e, em casos mais graves, pode ocorrer degeneração axonal, o que piora o prognóstico e aumenta o tempo de recuperação.
- c) Sedação e/ou uso de bloqueadores neuromusculares por tempo prolongado, sepse, disfunção de múltiplos órgãos, inatividade prolongada e o uso de corticóides são fatores etiológicos possíveis da polineuropatia do doente crítico
- d) A escala MRC deve ser utilizada nos pacientes com polineuropatia do doente crítico, a fim de acompanhar sua evolução no escore motor. Um resultado de 48, de um total de 60, indica fraqueza importante.
- e) O treinamento muscular inspiratório nesses pacientes não se mostrou eficaz em facilitar o desmame da ventilação mecânica, bem como a mobilização precoce não impactou em desfechos como redução do tempo de ventilação mecânica e internação na UTI.
- 42.** Reconhecer as diversas técnicas de monitorização em neurointensivismo é fundamental para que o fisioterapeuta proporcione uma assistência segura aos pacientes com lesão cerebral, visto que muitas técnicas e recursos utilizados pelo fisioterapeuta podem refletir em aumento da PIC (pressão intracraniana), o que pode causar danos secundários aos pacientes neurocríticos. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre o tema.
- a) A tomografia computadorizada cerebral (sem contraste) é o exame principal para o diagnóstico da hemorragia subaracnóidea (HSA).
- b) Deve-se considerar a EEGc apenas em indivíduos com lesão cerebral aguda e estado mental prejudicado.
- c) A aspiração traqueal, a manobra de Valsalva e o estímulo de tosse reduzem a PIC.
- d) Os valores considerados normais de PIC estão entre 40 e 60 mmHg, devendo-se evitar a redução desses valores, com risco de isquemia cerebral secundária.
- e) O fator mais importante na determinação do fluxo sanguíneo cerebral são os níveis de oxigênio e glicose no sangue arterial.
- 43.** As DRCs (doenças respiratórias crônicas) são mais comuns em idosos e apresentam manifestações sistêmicas que aceleram os efeitos do envelhecimento no sistema respiratório, musculoesquelético e cardiovascular. Assim, é bastante comum que esses pacientes apresentem sarcopenia e fragilidade. O fisioterapeuta é um profissional capacitado para avaliação e tratamento da sarcopenia e fragilidade em doentes pulmonares crônicos. Sobre a relação dos músculos esqueléticos com a fragilidade, a sarcopenia e as DRCs, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Com o avanço da idade, a quantidade de massa muscular reduz progressivamente, o que tem sido associado a um estado de perda da resistência anabólica.
- b) A sarcopenia representa a perda de massa e da função muscular em idosos, e essa disfunção é uma manifestação bem reconhecida das DRCs.
- c) A perda de massa muscular é agravada pelos baixos níveis de citocinas inflamatórias na circulação, que acometem idosos e pacientes com DPOC.
- d) A DPOC e o envelhecimento estão associados à desnutrição ou ao seu risco, mas essas situações não têm relação com as DRCs, nem com a perda de massa muscular.
- e) A sarcopenia é caracterizada, entre outros fatores, pelo aumento no tamanho das fibras musculares, em especial, as do tipo II.



44. A reabilitação cardiovascular é tradicionalmente dividida em fases. A fase 1 é destinada à abordagem intra-hospitalar, devendo ser indicada imediatamente depois de o paciente pós-COVID-19 ter sido considerado clinicamente compensado como decorrência do tratamento clínico. O objetivo da reabilitação cardiovascular no âmbito intra-hospitalar é, primariamente, prevenir complicações decorrentes do imobilismo e possibilitar as melhores condições físicas e psicológicas possíveis para o planejamento da alta, que deve abranger um plano de atividades físicas e atividades de vida diária (AVDs) e o encaminhamento a serviço de reabilitação cardiopulmonar ambulatorial. Das alternativas a seguir relacionadas, qual está **INCORRETA**?
- a) Independentemente do mecanismo que promova redução da PA, a utilização do treinamento com *handgrip* deve ser evitado, visto que pode promover queda expressiva da regulação simpática e *dysautonomia*, com prejuízo no controle da PA nos pacientes no pós-COVID-19.
  - b) Para a reabilitação cardiovascular, faz-se necessária a avaliação específica de componentes ventilatórios, cardíacos/hemodinâmicos, musculoesqueléticos e cognitivos, para a prescrição individualizada, incluindo atividades que estimulem o autocuidado.
  - c) Para estratificação de risco no intuito de promover a deambulação diária dos pacientes internados, deve ser observada ausência de dores no peito (novas ou recorrentes); estabilidade ou queda dos níveis de creatinoquinase (CK) e troponina; ritmo cardíaco normal e ECG estável nas últimas oito horas.
  - d) A presença de angina instável; arritmias não controladas; IC descompensada; hipertensão descontrolada; bloqueios atrioventriculares (BAVs) de segundo grau e avançados (sem marca-passo); doença sistêmica aguda ou febre; hiper ou hipopotassemia devem contraindicar o exercício físico em ambiente crítico
  - e) A implementação de exercícios para pacientes com COVID-19 no ambiente hospitalar, de modo seguro e progressivo, é o que propõe a escala de mais alto nível de mobilidade de Johns Hopkins (JH-HML).
45. Doença pulmonar intersticial (DPI) é o termo utilizado para definir um conjunto de mais de 200 doenças pulmonares caracterizadas por inflamação persistente, geralmente associada à fibrose, que causam importantes danos aos alvéolos e ao interstício pulmonar. Algumas das DPIs são principalmente inflamatórias; outras têm características fibróticas, e muitas são uma combinação de ambas. Sobre a reabilitação pulmonar no paciente com DPI a partir da COVID-19, é **CORRETO** afirmar o seguinte:
- a) Embora esteja bem estabelecida para pessoas com doenças respiratórias crônicas, há particularidades da COVID-19 que contraindicam sua aplicação a essa população.
  - b) Promove a melhora da dispneia, da qualidade de vida e da capacidade funcional de indivíduos com doenças respiratórias, mesmo no ambiente hospitalar.
  - c) Consiste em uma intervenção puramente baseada em treinamento físico, incluindo exercício físico aeróbio, exercícios resistidos, exercícios de mobilidade e flexibilidade.
  - d) Para pessoas pós-COVID-19, devem ser prescritos exercícios de alta intensidade, com a finalidade de melhorar a resposta imunológica do organismo.
  - e) Indivíduos com suspeita de DPI pós-COVID-19 dessaturam mais do que indivíduos pós-COVID-19 sem suspeita de DPI no TC6, mas não há diferença entre os grupos no que se refere à distância caminhada.
46. VNI, como estratégia facilitadora, é assim chamada quando instituída pós-extubação em pacientes que falharam no TRE. A instituição imediata de VNI, nesses casos, pode facilitar a retirada do suporte ventilatório invasivo. De acordo com as evidências científicas, quais pacientes mais se beneficiam da VNI facilitadora?
- a) Pacientes com DPOC e insuficiência respiratória hipercápnica.
  - b) Pacientes com ICC e insuficiência respiratória hipoxêmica.
  - c) Pacientes com SDRA.
  - d) Pacientes com pneumonia adquirida na comunidade.
  - e) Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou *gaspin*.



47. Sobre a síndrome da angústia respiratória (SAR) neonatal, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A incidência aumenta com o aumento da idade gestacional.
- b) A produção de surfactante é alheio à maturidade do pulmão.
- c) O uso de broncodilatadores adrenérgicos pela mãe ou diabetes melitus podem causar SAR neonatal.
- d) O surfactante diminui as forças de tensão superficial alveolar.
- e) A hipoxemia diminui a resistência vascular pulmonar.

48. Sobre a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é **CORRETO** afirmar que

- I. algumas causas da DRGE não são patológicas.
- II. há independência entre a DRGE e doenças do sistema respiratório.
- III. é a regurgitação do conteúdo estomacal para o pulmão.
- IV. DRGE pode levar à pneumonia por aspiração e laringoespasmos.
- V. DRGE pode levar a estridor laríngeo, tosse crônica e episódios de engasgos e apneia.

- a) Apenas as alternativas I, II, III são corretas.
- b) Apenas as alternativas I, IV e V são corretas.
- c) Apenas as alternativas III, IV e V são corretas.
- d) Todas são corretas.
- e) Apenas a alternativa IV é correta.

49. Sobre a bronquiolite, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É uma infecção do trato respiratório superior usualmente causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR).
- b) Os fatores de risco são menores para as crianças imunodeficientes, com doenças cardíacas congênitas, displasia broncopulmonar e fibrose cística.
- c) As manifestações clínicas são dificuldade respiratória, febre não elevada e tosse intermitente, além dos sibilos inspiratórios e expiratórios.
- d) O raio X mostra sinais de hipoventilação e derrame pleural.
- e) Crianças com bronquiolite, mesmo leve, necessitam de hidratação sistêmica, oxigenoterapia e técnicas de remoção de secreções.

50. Sobre a fibrose cística (FC), assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É uma doença genética letal comum entre as crianças pretas e pardas.
- b) É causada pela anormalidade do movimento dos íons cloreto através da superfície das glândulas exócrinas.
- c) Os órgãos mais afetados são as glândulas salivares, os rins e os pulmões.
- d) Infecções pulmonares são raras, mas graves, e causam derrames pleurais.
- e) É tratada com alimentação balanceada, antiácidos gástricos e fisioterapia respiratória.

51. Sobre as principais doenças respiratórias neopediátricas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- I. O aumento do surfactante aumenta a tensão superficial, torna os alvéolos colapsáveis e leva à atelectasia e ao aumento do trabalho respiratório.
- II. A taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN) está relacionada com a eliminação lenta e demorada do líquido pulmonar fetal.



III. A síndrome de aspiração do mecônio está associada à prematuridade e à diminuição do surfactante.

IV. O melhor tratamento para displasia broncopulmonar é a prevenção.

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

**52.** Sobre as principais doenças respiratórias neopediátricas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- I. A hipertensão pulmonar persistente pode ser suspeitada quando há alteração rápida da saturação de oxigênio, mesmo com grandes mudanças na FiO<sub>2</sub>.
- II. A hérnia diafragmática congênita é uma doença grave que se apresenta com grande dificuldade respiratória no período neonatal.
- III. O mecanismo fisiopatológico da hérnia diafragmática envolve hipoplasia pulmonar, hipertensão pulmonar e alteração da veia cava inferior.
- IV. A epiglote é uma infecção aguda e perigosa das vias aéreas inferiores, pois causa uma obstrução devido ao edema dos bronquíolos terminais.

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

**53.** A saúde e a fisiologia materna afetam a saúde do feto. Assinale (V) para **VERDADEIRO** e (F) para **FALSO**:

- I. Qualquer condição que cause interferência no fluxo sanguíneo placentário pode causar um resultado adverso.
- II. Diabetes melito pode causar malformação congênita, e o recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional – FIG.
- III. Idade materna acima dos 17 anos pode causar baixo peso ao nascimento e prematuridade.
- IV. O uso de drogas ilícitas pela mãe pode causar prematuridade e distúrbios de abstinência no recém-nascido.

- a) Apenas as alternativas I e IV são verdadeiras.
- b) Apenas as alternativas I, II e IV são verdadeiras.
- c) Todas são verdadeiras.
- d) Apenas as alternativas II e III são verdadeiras.
- e) Apenas as alternativas II, III e IV são verdadeiras.

**54.** A monitorização da frequência cardíaca fetal é a medida da frequência cardíaca do feto e das contrações uterinas durante o parto. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A normocardia fetal pode ser um sinal de hipoxemia fetal.
- b) A frequência cardíaca fetal normal varia de 120 a 160 bpm.
- c) A bradicardia fetal pode ser um sinal de prematuridade.
- d) A desaceleração cardíaca fetal pode ser um sinal de febre materna.
- e) A taquicardia pode ser um sinal de compressão do cordão umbilical.



55. O índice de Apgar é um sistema objetivo de pontuação usado para avaliar rapidamente o recém-nascido. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) O índice de Apgar no primeiro e quinto minutos pós-parto é usado para direcionar esforços de ressuscitação.
  - b) O sistema tem cinco componentes: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele.
  - c) Neonatos com índice de Apgar acima de cinco estão respondendo normalmente.
  - d) Cada componente do índice de Apgar é avaliado como ausente ou presente.
  - e) As medidas são realizadas ao nascimento, no primeiro e quinto minutos.
56. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) Todos os neonatos que pesam menos do que 3000 gramas são considerados de baixo peso ao nascimento (BPN).
  - b) Neonatos com menos de 2500 gramas são considerados de muito baixo peso ao nascimento (MBPN).
  - c) Lactentes nascidos após 42 semanas são considerados pós-termo.
  - d) Lactentes nascidos entre 38 e 42 semanas são considerados pré-termo.
  - e) Neonatos acima do 90º percentil são adequados para a idade gestacional.
57. Sobre a avaliação do neonato é **CORRETO** afirmar que
- a) quanto mais baixa a idade gestacional, mais baixa será a frequência respiratória.
  - b) a bradipneia pode ocorrer por hipoxemia, acidose metabólica, ansiedade ou dor.
  - c) os pulsos podem ser avaliados nas artérias radial e femoral.
  - d) um recém-nascido com batimento de asas de nariz e gemidos expiratórios é comum, pois o sistema respiratório está em desenvolvimento.
  - e) a frequência respiratória normal do neonato a termo é de 40 a 60 rpm.
58. Sobre a oxigenoterapia, é **CORRETO** afirmar que
- a) o pulmão em crescimento é menos sensível à toxicidade do oxigênio do que o pulmão adulto.
  - b) os efeitos tóxicos do oxigênio podem contribuir para o desenvolvimento de displasia broncopulmonar.
  - c) a retinopatia do prematuro é causada por uma vascularização anormal da retina pela hipoxemia.
  - d) a diminuição da oxigenoterapia rapidamente pode prevenir a vasoconstrição pulmonar reativa.
  - e) a incubadora é uma boa forma de administração de alta concentração de oxigênio, pois facilita o acesso à criança.
59. Sobre as técnicas de higiene brônquica, é **CORRETO** afirmar que
- a) a retenção de secreções em média ou grande quantidade nem sempre prejudica a função pulmonar.
  - b) a percussão torácica pode lesar vísceras abdominais, pois aumenta a pressão intracraniana.
  - c) podem causar regurgitação e possível broncoaspiração.
  - d) recomenda-se utilizar a posição trendelenburg para não aumentar a pressão intracraniana.
  - e) a avaliação da criança deve ser realizada em situações de risco iminente.
60. Sobre riscos da aspiração do tubo endotraqueal no neonato assinale a **CORRETA**:
- a) Diminuição da resistência da via aérea.
  - b) Extubação acidental.
  - c) Diminuição da pressão intracraniana.
  - d) Hiperinsuflação pulmonar.
  - e) Nenhuma das anteriores.