

TEMÁTICA GERAL – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. A trajetória da construção ideológica e estrutural em torno da saúde como direito surgiu no Brasil na década de 70. Os esforços de luta e participação cidadã ocorreram em um dos períodos políticos de maior embate no Brasil, que envolvia repressão e autoritarismo. Uma abordagem acadêmica e pedagógica passou a integrar os Departamentos de Medicina Social, constituindo a base teórica e ideológica do pensamento médico-social. Considerando o movimento sanitarista, essa abordagem pedagógica é caracterizada pelo(a)

- a) articulação entre as ciências sociais e a epidemiologia, com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde.
- b) incorporação das orientações funcionalistas das ciências do comportamento, as visões tecnocráticas de determinadas correntes do planejamento e da administração de saúde.
- c) estabelecimento da determinação das doenças, como o resultado multivariável e anistórico de fatores biopsicossociais.
- d) deslocamento da aliança entre as novas teorias da saúde e a *práxis* reformista do sistema de saúde.
- e) construção do campo da medicina social e posterior campo da saúde coletiva, invenção genuinamente brasileira, e que tem origem a partir da idealização da medicina preventiva.

2. Para fins legislativos, desde a sua criação no ano de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado por duas leis orgânicas que dispõem sobre o seu funcionamento e suas condições de atuação. A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Ainda de acordo com a Lei nº 8.080 no que diz respeito à organização do SUS, é **correto** afirmar, também:

- a) As ações e serviços de saúde executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, e em níveis de complexidade crescente.
- b) As ações e serviços de saúde serão realizados mediante participação direta e complementar do setor público, de acordo com a legislação vigente, não cabendo atuação dos setores privados, sob pena de serem tratados como ilegalidade pública.
- c) A direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo, cabendo exclusivamente à União o acompanhamento indireto, a intervenção pontual e a corresponsabilidade.
- d) Os entes subnacionais poderão constituir consórcios para organizar e desenvolver as ações de saúde, exceto os municípios.
- e) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas que não envolvam a sociedade civil.

3. A Lei Nº 8.142/90 dispõe sobre a inclusão de um dos aspectos de maior notoriedade no Sistema Único de saúde: a participação da comunidade. Ao que se refere à participação da comunidade na gestão do SUS, quais itens abaixo podem ser tratados como **corretos**?

- I – Haverá a inclusão das instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde.
- II – O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- III – A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, sendo liberada apenas em reuniões extraordinárias.

IV – As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelos respectivos conselhos.

V – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

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

4. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes brasileiras da Constituição Federal concentram os princípios doutrinários do SUS, e para sua organização e operacionalização, os princípios organizativos.

A construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- a) Universalidade, equidade e integralidade, sendo a integralidade correspondente às ações que consideram o indivíduo dividido em partes, que os serviços buscam integrar.
- b) Universalidade, equidade e integralidade, sendo a integralidade as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde que não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer, na prática, que cada indivíduo é integral, único.
- c) Equidade, integralidade e internacionalidade, sendo este último um princípio que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, incluindo técnicas internacionais para a gestão e funcionamento.
- d) Equidade e universalidade, sendo estes os únicos necessários para estabelecer as diretrizes de saúde para todos, sem discriminação ou preconceitos.
- e) Igualdade, integralidade e universalidade, sendo a universalidade a busca pela garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

5. Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados estruturantes para o funcionamento do sistema, e dentre outras estratégias, buscam concretizar e fortalecer o SUS na prática, partindo da relevância social e pública.

A regionalização e hierarquização são princípios organizativos que estabelecem para o funcionamento da rede de serviços, **exceto**:

- a) Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.
- b) A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada.
- c) A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, favorece ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.
- d) A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.
- e) A atenção primária corresponde ao nível primário e o serviço de atuação das Unidades Básicas de Saúde, e deverá resolver 25% dos problemas que absorverem. O nível secundário corresponde aos Centros de Especialidades e deve resolver 70% dos problemas, cabendo os 5% restantes ao nível terciário de atenção à saúde, onde estão os hospitais de referência.

6. A gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve uma série de regras que devem ser seguidas por cada um dos entes da Federação. Dentre os aspectos mais importantes, destacam-se as necessidades de se conhecer os fluxos estabelecidos dos recursos financeiros e a maneira como as regras de suas vinculações devem ser seguidas. A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Nesse âmbito, o novo modelo de financiamento, publicado no final do ano de 2017 pelo Ministério da Saúde, alterou a forma de repasse do recurso federal por meio da unificação dos antigos blocos de financiamento de custeio do SUS. Quais são os blocos atuais para os quais são destinados o financiamento?

- a) Bloco de Custeio e Bloco de Investimento.
- b) Bloco da atenção primária, Bloco da atenção secundária e Bloco da atenção terciária.
- c) Bloco de orçamento do Município, Bloco de orçamento do Estado e Bloco de orçamento da União.
- d) Bloco de custeio de Gestão e Bloco de custeio de Investimento.
- e) Bloco de Custeio, Bloco de Investimento e Bloco de Gestão.

7. Para que sejam estruturadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, um instrumento é construído a partir da análise situacional do gestor, expresso em objetivos, diretrizes e metas. A decisão de um gestor sobre quais ações de saúde desenvolver deve ser fruto da interação entre a percepção da gestão e os interesses da sociedade, o que resulta na implementação de um plano capaz de promover uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar, e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. A qual plano se refere o exposto?

- a) Plano Nacional de Saúde.
- b) Plano Regional de Ações de Saúde.
- c) Plano Municipal de Saúde.
- d) Plano Regulador de Saúde.
- e) Plano Gestor de Ações de Saúde.

8. A reorganização das práticas de saúde como preceito para que as equipes possam coordenar o cuidado nas redes de atenção deve ser estimulada em âmbito local, de modo que ela seja capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que a demanda seja sanada. Sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), marque a alternativa **correta**.

- a) A RAS estabelece a organização dos serviços de saúde de uma forma que atenda à população de maneira mais eficaz, sem eleger prioridades.
- b) A RAS corresponde a uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.
- c) A RAS é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, sem a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão.
- d) Com a lógica da RAS, a organização do SUS tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, internacionalidade e contrarreferência.
- e) A RAS atua de forma descontinuada entre os sistemas de atenção à saúde nas categorias de organização fragmentação/ integração e de foco da atenção às condições agudas/condições crônicas.

9. A proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como forma de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que se fez por meio de discussões dos gestores do SUS, foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial que tratam sobre a organização do SUS, de forma articulada e em regiões de saúde. Considerando as RAS, qual das alternativas abaixo correspondem ao seu objetivo?

- a) Prestar atenção integral, de qualidade e resolutive, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica.
- b) Considerar o acompanhamento de fluxo das doenças crônicas em todos os níveis de atenção à saúde.
- c) Coordenar e articular a implantação da RAS nas regiões de saúde, e participar efetivamente na qualificação da atenção primária à saúde, exceto com os municípios.
- d) Conceber de forma teórico-conceitual a institucionalização das RAS e implantação em casos de irregularidade de gestão.
- e) Criar ambiente favorável à compreensão do conceito da RAS e avançar em aspectos de fundamentos teóricos e operacionais prioritariamente dos estados.

10. As definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são:

- a) Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.
- b) Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam exclusivamente a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.
- c) Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a redução de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.
- d) Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que favorecem problemas de saúde e seus fatores de risco na população.
- e) Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que favorecem problemas de saúde e seus fatores de transmissão e contágio na população.

11. No século XX ocorreram três importantes pandemias de influenza: a gripe espanhola (1918-20), a gripe asiática (1957-60) e a gripe de Hong Kong (1968-72) que, juntas, resultaram em altas taxas de mortalidade, com quase 1 milhão de óbitos. Nesse contexto, a influenza constitui uma das grandes preocupações das autoridades sanitárias mundiais, devido ao seu impacto na morbimortalidade decorrente das variações antigênicas cíclicas sazonais. Além disso, existe a possibilidade de haver pandemias, pela alta capacidade de mutação antigênica do vírus influenza A, inclusive com troca genética com vírus não humanos, ocasionando rápida disseminação e impacto entre os suscetíveis não imunes, com grande repercussão social e econômica. As vigilâncias em saúde no contexto de controle de doenças, são fundamentais para o conhecimento da doença, bem como formulação de medidas sanitárias para a população.

Assinale F para as assertivas falsas e V para as verdadeiras, e a seguir assinale a alternativa que indique a sequência **correta**:

- () Vigilância epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças.
- () Vigilância epidemiológica permite detectar doenças e agravos ou prever alterações dos fatores condicionantes a fim de recomendar, oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.
- () A Vigilância Sanitária refere-se a um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

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

12. Em 22 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n. 3.252. Essa portaria, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, define os seus componentes como sendo:

- I. Vigilância epidemiológica.
- II. Proteção da saúde.
- III. Vigilância em saúde do homem.
- IV. Vigilância da saúde do trabalhador.
- V. Vigilância sanitária.

Estão **corretas**

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

13. Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população. Sobre os Sistemas de Informação de Saúde, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) O Sinasc coleta informações sobre as características dos nascidos vivos, das mães, da gestação e do parto.
- b) O Sinan coleta e processa dados sobre agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade, e contribuindo para a tomada de decisões nos três níveis do SUS.
- c) O Siab e o e-SUS AB são utilizados para as ações referentes à atenção básica, particularmente para as ações desenvolvidas pelo ESF e Atenção Básica.
- d) A operacionalização do SIM se dá pelo preenchimento e coleta do documento padrão – a Declaração de Óbito (DO), sendo este o documento de entrada de dados no sistema, nos estados e municípios.
- e) O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que não constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

14. Os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) são compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, em que há profissionais envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados. Considerando os Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), assinale a alternativa **correta**:

- a) O SIA/SUS é utilizado para consolidar os boletins de produção ambulatorial (BPA) e a autorização de procedimentos de alta complexidade (Apac), permitindo o repasse financeiro para estados e municípios segundo parâmetros orçamentários estipulados pelos gestores.
- b) O SIA/SUS utiliza boletins de produção ambulatorial (BPA) e a autorização de procedimentos de alta complexidade (Apac) que são consolidados anualmente a partir da informação prestada pelos profissionais envolvidos na assistência ao cidadão.
- c) O SIA/SUS foi implantado nacionalmente na década de 90, visando a inovação dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA) para as doenças crônicas.
- d) O SIA/SUS é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial (não hospitalar) registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial exclusivamente pelos prestadores privados contratados/conveniados pelo SUS.
- e) O SIA/SUS tem sua área de abrangência em três níveis de gestão (secretarias municipais de saúde, secretaria estadual de saúde e Ministério da Saúde) e os estabelecimentos de saúde, seguindo a um fluxo de captação de informações organizado entre os procedimentos que exigem autorização para serem realizados e excluem aqueles que não exigem autorização.

15. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, são elementos que compõem a Política Nacional de Educação Permanente, **exceto**:

- a) A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.
- b) A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.
- c) A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Nacional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), em casos prioritários.
- d) Os recursos financeiros para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.
- e) Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde poderão propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

TEMÁTICA ESPECÍFICA – NÚCLEO FISIOTERAPIA

16. A ventilação não invasiva (VNI) configura-se como importante ferramenta no tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRA) hipoxêmica. No entanto, a manutenção dessa estratégia de ventilação em pacientes que não respondem ao tratamento aumenta o risco de complicações e a mortalidade. Como forma de identificar fatores preditivos de falha da VNI, foram criados instrumentos de avaliação, a exemplo do HACOR (DUAN et al, 2016). Sobre o tema, assinale a alternativa **correta**.

- a) O escore HACOR avalia frequência cardíaca, acidose (pH), escala de coma de Glasgow, PaO₂ e frequência respiratória.
- b) HACOR > 5, após três horas de VNI indica alto risco de falha.
- c) Respeitadas as indicações da VNI, o paciente poderá permanecer em uso do recurso por longos períodos como forma de postergar a ventilação mecânica invasiva (VMI).
- d) O escore HACOR deve ser utilizado exclusivamente para pacientes em uso do modo BIPAP.
- e) A experiência profissional será soberana na avaliação da resposta ao tratamento com a VNI.

17. Na ventilação espontânea, a pressão intratorácica é negativa na inspiração e positiva na expiração, enquanto que durante a ventilação mecânica, a pressão nas vias aéreas se mantém positiva durante todo o ciclo, desde que se use uma PEEP. (CARVALHO; TOUFEN JUNIOR; FRANCA, 2007). Sobre os efeitos da PEEP sobre a função ventricular, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A PEEP reduz a pré-carga do ventrículo esquerdo devido à redução do volume de ejeção sistólico do ventrículo direito.
- b) As repercussões hemodinâmicas são mínimas diante do benefício de uso de PEEP > 10cmH₂O.
- c) A PEEP aumenta o retorno venoso para o ventrículo direito.
- d) A PEEP pode dilatar o ventrículo direito com deslocamento do septo para a esquerda.
- e) A PEEP aumenta a resistência vascular pulmonar devido à compressão vascular.

18. A ventilação não invasiva (VNI) é uma modalidade comum usada para tratar a insuficiência respiratória aguda em pacientes adultos. Há evidências que apoiam o uso de VNI em várias condições, a exemplo da exacerbação da DPOC e no edema agudo de pulmão. Com relação ao ajuste de parâmetros na VNI e seus respectivos efeitos clínicos, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) O aumento da IPAP/Pressão de suporte promove o aumento do volume corrente e pode diminuir a PaCO₂.
- b) A diferença de pressão entra a IPAP e a EPAP reflete no incremento do volume corrente.
- c) O aumento da IPAP/Pressão de suporte aumenta a PaO₂ e diminui o volume corrente.
- d) O aumento da EPAP favorece o aumento da PaO₂.
- e) A diminuição da FiO₂ pode diminuir a PaO₂ e a SpO₂.

19. Em pacientes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), a umidificação passiva é uma possível estratégia para: aquecer, umidificar gás inalado e filtrar o gás exalado para evitar dispersão de aerossol. Esses umidificadores/filtros têm como base a troca de calor e umidade por ter princípio higroscópico e/ou hidrofóbico (Recomendações ASSOBRAFIR). Assinale a alternativa **incorreta** quanto ao tema:

- a) O filtro HME (*heat moisture exchanger*) retém a umidade do ar expirado e auxilia no aquecimento e na umidificação do gás inalado pelo paciente.
- b) O filtro HEPA (*high efficiency particulate air*) possui alta eficiência na filtragem de bactérias e vírus, devendo ser colocado na saída do ramo inspiratório.
- c) O filtro HMEF (*heat moisture exchanger filter*), além das mesmas características do filtro HME, também tem a capacidade de filtrar o ar.
- d) Os umidificadores passivos são colocados no circuito do ventilador mecânico logo após o “Y” do circuito.
- e) Como forma de segurança, ao utilizar-se o filtro HME, deve-se acrescentar o filtro HEPA para que o gás exalado seja filtrado antes de ser liberado ao ambiente da UTI.

20. A ventilação mecânica propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não invasiva (VNI) por meio de uma interface externa. Assinale a alternativa **incorreta** quanto ao uso da VNI.

- a) A VNI deve ser utilizada como método de resgate na insuficiência respiratória desenvolvida logo após a extubação, minimizando a possibilidade de reintubação.
- b) A VNI pode ser utilizada pós-extubação nos pacientes com risco de falha da extubação, a exemplo de pacientes hipercapnicos, idosos e com insuficiência cardíaca.
- c) A VNI para tratamento da IRpA no pós-operatório imediato de cirurgias abdominais torácicas eletivas deve ser utilizada associada à melhora da troca gasosa, à redução de atelectasias e à diminuição do trabalho respiratório.
- d) Pode-se usar a VNI no tratamento da DPOC agudizada para diminuir a necessidade de intubação.
- e) Pode-se usar VNI em pacientes com rebaixamento de nível de consciência devido à hipercapnia em DPOC, desde que observe-se a melhora da consciência dentro de 1 a 2 horas.

21. A oxigenoterapia consiste na oferta de oxigênio suplementar em um percentual acima do presente na mistura de gases inalados do ambiente. O uso deve ser avaliado com critérios respeitando-se as indicações e a necessidade de cada paciente. Assinale a alternativa **correta** quanto à oxigenoterapia.

- a) A máscara de reinalação parcial e o sistema venturi são dispositivos de alto fluxo.
- b) O mecanismo da atelectasia de absorção está relacionado ao aumento do nitrogênio nos alvéolos devido a baixas frações de oxigênio inalado.
- c) Nos dispositivos de baixo fluxo, a FiO₂ depende do fluxo administrado no dispositivo e da demanda por fluxo do paciente.
- d) A SpO₂ deverá ser mantida acima de 96% em pacientes infartados em uso de oxigênio suplementar.
- e) O ajuste da FiO₂ deverá ser guiado exclusivamente pela PaO₂ na gasometria arterial.

22. Paciente do sexo masculino, 30 anos, 57 kg, 1,58 m de altura, com volume corrente (Vt) de 340 ml, frequência respiratória de 15 irpm e espaço morto anatômico de 150 ml. Qual o volume-minuto do paciente?

- a) 3.400 ml/min. b) 7.350 ml/min. c) 2.850 ml/min. d) 2.040 ml/min. e) 5.100 ml/min.

23. Paciente do sexo feminino (1,60 m de altura, pesando 70 kg) em ventilação mecânica invasiva (VMI), admitida na UTI de um hospital universitário, com quadro de insuficiência respiratória associada à pneumonia. Diante das recomendações de ventilação protetora, calcule o volume corrente ideal (6 ml/kg) para a paciente.

- a) 420 ml/kg.
- b) 520 ml/kg.
- c) 416 ml/kg.
- d) 314 ml/kg.
- e) 350 ml/kg.

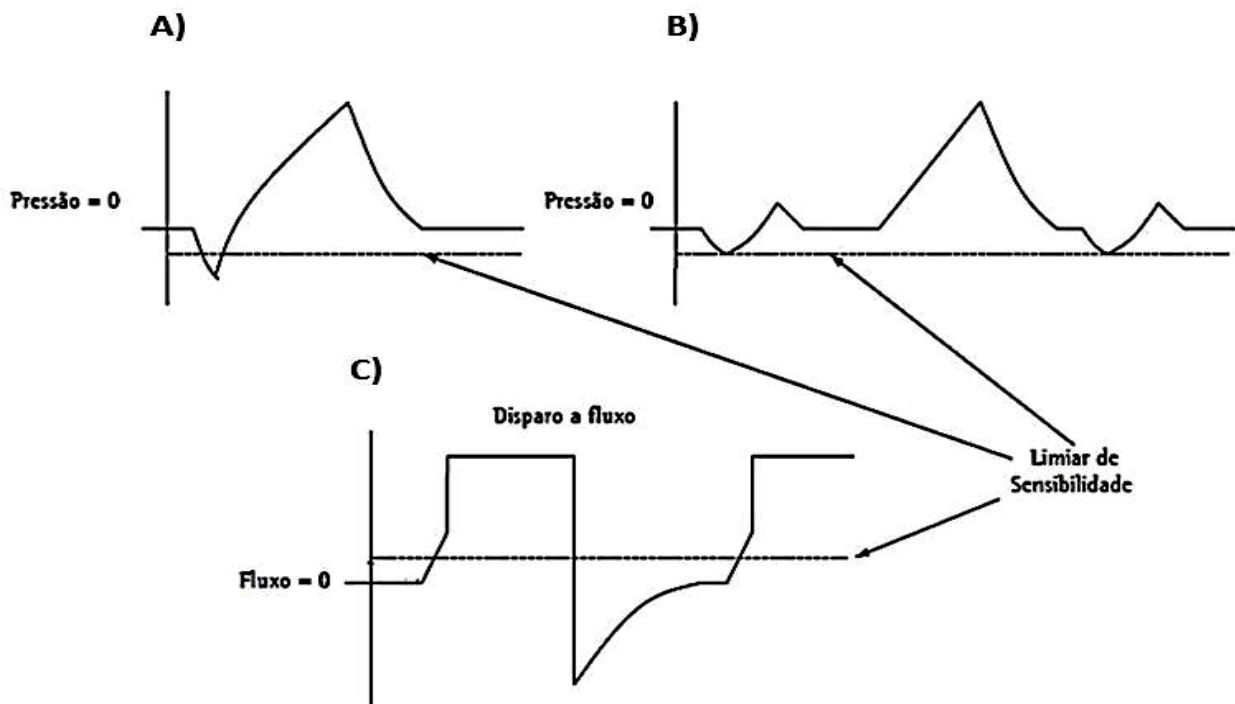
24. Considerando um paciente em ventilação mecânica invasiva (VMI) com os seguintes parâmetros ajustados e monitorados pelo operador: modo volume controlado, $V_t = 500\text{ml}$, fluxo = 40L/min, PEEP= 8 cmH₂O, Fr = 15 irpm, FiO₂ = 50% e Sens = 2L/min, Ppico= 35 cmH₂O, Pplatô= 28 cmH₂O. Assinale a alternativa **correta**:

- a) A complacência estática é de 25 cmH₂O/L/s.
- b) A complacência estática é de 18,5 cmH₂O/L/s.
- c) A *driving pressure* é de 15 cmH₂O.
- d) A *driving pressure* é de 7 cmH₂O.
- e) A resistência do sistema é de 10 cmH₂O/L/s.

25. No modo ventilatório pressão controlada, o disparo é feito a

- a) Volume.
- b) Fluxo.
- c) Pressão.
- d) Neural.
- e) Tempo.

26. Sobre o funcionamento do ventilador mecânico e pela análise gráfica abaixo, assinale a alternativa **incorreta**:



Fonte: adaptado de Carvalho, Toufen Júnior, Franca. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. J Bras Pneumol, 2007.

- a) No disparo à pressão ("A"), o ventilador detecta uma queda na pressão de vias aéreas ocasionada pelo esforço do paciente.
- b) Em "B", observa-se que o esforço do paciente não foi suficiente para ultrapassar o limiar de pressão para o disparo, podendo acarretar em assincronia.
- c) O disparo pode ser ajustado à pressão ou a fluxo.
- d) O disparo a fluxo ("C") envolve o uso de um fluxo inspiratório basal contínuo (*bias flow* ou *continuous flow*).
- e) Em "A", observa-se o disparo do ventilador quando o paciente alcançou a PEEP predeterminada.

27. O modo pressão de suporte (PSV) é considerado o modo preferencial durante a ventilação assistida ou espontânea, e deve ser iniciado seu uso o mais precocemente possível, conforme o quadro clínico (BARBAS et al, 2014). Como forma de monitorar e ajustar o suporte ventilatório no modo, tem-se recomendado, entre outros componentes, a avaliação da P01 (*Airway occlusion pressure*). Sobre o tema assinale a alternativa **correta**.

- a) A P01 corresponde à mensuração da força muscular respiratória.
- b) A P01 consiste na medida do drive respiratório para avaliação da intensidade do esforço respiratório.
- c) P01 maior do que 4 indica sobreassistência.
- d) A medida da P01 só poderá ser realizada com o paciente sem uso de sedação.
- e) P01 menor do que 1 indica subassistência.

28. A ventilação mecânica pode ter efeitos adversos tanto no pulmão quanto no diafragma. A lesão pulmonar pode ocorrer devido ao estresse mecânico e tensão excessivas, enquanto a lesão diafragmática tem relação com a atrofia decorrente do baixo esforço respiratório e lesão em caso de esforço excessivo (GOLIGHER et al, 2020). São considerados alvos de segurança para proteção pulmonar/diafragmática, **exceto**:

- a) P01 1-4 cmH₂O.
- b) Sincronia paciente-ventilador.
- c) Vt 4-8 ml/Kg de peso predito.
- d) Driving Pressure > 15 cmH₂O.
- e) Pmusc 5-10 cmH₂O.

29. A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é caracterizada por dano à membrana alveolar-capilar, resultando em edema e atelectasia, que, por sua vez, leva a uma redução na complacência pulmonar e comprometimento da oxigenação. Quanto aos critérios de Berlim para diagnóstico e estadiamento da SDRA, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) PaO₂/FiO₂ entre 100-200 mmHg corresponde à SDRA moderada.
- b) O edema alveolar da SDRA possui relação com insuficiência cardíaca ou sobrecarga hídrica.
- c) O tempo de evolução da SDRA costuma ser menor ou igual a 7 dias.
- d) PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg corresponde à SDRA grave.
- e) A presença de opacidades bilaterais no exame de imagem não possui associação com derrame pleural, colapso ou nódulos.

30. Sobre as características do modo Pressão de Suporte (PSV), podemos afirmar, **exceto**:

- a) É um modo disparado a fluxo ou pressão.
- b) A ciclagem ocorre a fluxo.
- c) Pode ser utilizado para realização do teste de respiração espontânea.
- d) A pressão de suporte (PS), a PEEP, a FiO₂ e o fluxo inspiratório são parâmetros ajustados diretamente no ventilador pelo operador.
- e) O ajuste da ventilação de respaldo (backup) é fundamental para a segurança no uso do modo.

31. A imobilidade pode causar várias complicações que influenciam na recuperação de doentes críticos, incluindo atrofia e fraqueza muscular esquelética. Esse efeito pode ser amenizado com a realização de mobilização precoce (AQUIM et al, 2019). São considerados critérios de segurança antes de iniciar a mobilização precoce, **exceto**:

- a) Saturação periférica de oxigênio > 95%.
- b) Pressão arterial média > 60mmHg e <110mmHg.
- c) Pressão arterial sistólica (PAS) > 90mmHg e < 180mmHg.
- d) Em caso de VMI, FiO₂ < 60% e/ou pressão positiva expiratória final (PEEP) < 10cmH₂O.
- e) Paciente não deve apresentar elevação da pressão intracraniana.

32. A assincronia paciente-ventilador é a incoordenação entre os esforços e as necessidades ventilatórias do paciente em relação ao que é ofertado pelo ventilador (BRANSON, BLAKEMAN e ROBINSON, 2013). Assinale a sequência **correta** quanto aos tipos de assincronia.

- 1 - Disparo ineficaz.
- 2 – Fluxo inspiratório excessivo.
- 3 – Duplo disparo.
- 4 – Autodiaparo.
- 5 – Ciclagem tardia.

- () O esforço inspiratório do paciente não é suficiente para disparar o ventilador.
- () O tempo inspiratório mecânico do ventilador ultrapassa o desejado pelo paciente, ou seja, é maior que o tempo neural do paciente.
- () O tempo inspiratório mecânico do ventilador é menor que o tempo inspiratório neural do paciente.
- () No modo VCV, a curva pressão x tempo mostra o pico de pressão sendo alcançado precocemente. Em PCV ou PSV pode ocorrer *overshoot*.
- () Pode ocorrer por ajuste excessivamente sensível do ventilador, por vazamento no sistema, presença de condensado no circuito gerando alterações no fluxo, detecção dos batimentos cardíacos.

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

33. No tratamento de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), uma estratégia que se destaca é a posição prona, o que deve resultar em distribuição mais uniforme do estresse e da tensão pulmonar, melhora da relação ventilação/perfusão, da mecânica pulmonar e da parede torácica, contribuindo para redução da duração da ventilação mecânica e da taxa de mortalidade (GUÉRIN et al, 2013). Assinale a alternativa **incorreta** quanto as recomendações de uso da posição prona na ventilação invasiva.

- a) A posição prona é indicada em pacientes que apresentem SDRA e alteração grave da troca gasosa ($PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg).
- b) Quando adotada, deve ser mantida por pelo menos 16 horas (podendo atingir 20 horas), antes de retornar o paciente para posição supina.
- c) O posicionamento prono deve ser interrompido em casos de ocorrência de complicações, tais como: extubação não programada, obstrução do tubo endotraqueal e parada cardiorrespiratória.
- d) Após 1 (uma) hora em posição prona, uma gasometria deve ser realizada para avaliar se o paciente responde ou não a esta estratégia. Caso seja considerado como respondedor (aumento de 20 mmHg na relação PaO_2/FiO_2 ou de 10 mmHg na PaO_2), o posicionamento deve ser mantido.
- e) A posição prona deve ser utilizada como terapia de resgate em casos em que o recrutamento alveolar não seja satisfatório (de preferência após as primeiras 48 horas).

34. Os riscos de complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais podem comprometer significativamente o prognóstico clínico e funcional do paciente. Sobre isso, assinale a alternativa **correta**:

- a) Aspectos relacionados ao tipo de cirurgia, local da incisão, tempo operatório prolongado, e o tipo de anestesia não estão associados ao aumento do risco de complicações respiratórias.
- b) Aspectos relacionados às características do paciente, como idade avançada, doença preexistente, tabagismo, consumo de álcool, dependência funcional, deficiência sensorial, perda acentuada de peso, estão intimamente relacionados ao aumento do risco de complicações respiratórias.
- c) O conhecimento da história clínica e o exame físico detalhado, pouco contribuem para a identificação dos fatores de risco e planejamento do atendimento no pós-operatório.
- d) A assistência fisioterapêutica deve-se iniciar no pós-operatório, pois apenas os cuidados no pós-operatório podem reduzir significativamente a evolução desfavorável que ocorre devido a complicações pulmonares e dos demais sistemas.
- e) Pacientes com alto risco de complicações pulmonares que estão programados para cirurgia eletiva não devem ser considerados elegíveis para estratégias de reabilitação respiratória pré-operatória.

35. As cirurgias torácicas e abdominais cursam com disfunção ventilatória pois comprometem o sinergismo toracoabdominal repercutindo na habilidade dos músculos respiratórios em gerar pressão. Dentre os principais riscos para o desenvolvimento de complicações respiratórias, destacam-se, **exceto**:

- a) Imobilidade.
- b) Aumento do nível de consciência.
- c) Sedação excessiva.
- d) Tratamento inadequado da dor.
- e) Duração do suporte ventilatório invasivo.

36. O uso de analgésicos e sedativos é um aspecto importante dentro da terapia intensiva. Estratégias de controle da dor são recomendados no BUNDLE e utilizados em pacientes críticos para as estratégias terapêuticas. Assinale a alternativa que corresponde ao instrumento utilizado para avaliação do nível de sedação:

- a) Escala de Gasglow.
- b) Escala de Ramsey.
- c) Escala de Tinetti.
- d) Escala de Barthel.
- e) Estratégia PICOT.

37. Segundo a Diretriz Sul-Americana de Reabilitação Cardiovascular (2014), as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbimortalidade na maior parte dos países do mundo. Sobre isso, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) O aumento da prevalência das DCV tem crescido nas últimas décadas, paralelamente ao incremento de fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.
- b) As DVC não estão associadas a altas taxas de incapacidade física, pois são caracterizadas como condições crônicas de saúde, com evolução a longo prazo, tendo sua contribuição insignificativa para o aumento de despesas com saúde.
- c) Observa-se uma estreita relação das DVC com estilo de vida e fatores fisiológicos modificáveis.
- d) O exercício profissional da fisioterapia cardiovascular deve envolver todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento e nos diversos grupos populacionais.
- e) O exercício profissional da fisioterapia cardiovascular deve ter enfoque de promoção, prevenção, proteção, educação, intervenção terapêutica e recuperação funcional de indivíduos com doenças cardíacas, vasculares periféricas e síndrome metabólica em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

38. De acordo com as Diretrizes Sulamericanas de Reabilitação Cardíaca (2014), são considerados pilares da reabilitação cardiovascular, **exceto**:

- a) Mudanças no estilo de vida com ênfase na atividade física programada.
- b) Adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- c) Remoção do tabagismo e do uso de drogas em geral.
- d) Estratégias para modular o estresse.
- e) Aumento dos sintomas de ansiedade e sedentarismo.

39. São considerados pacientes elegíveis para reabilitação cardiovascular em um contexto de prevenção secundária aqueles que apresentam pelo menos um dos seguintes quadros cardiovasculares no último ano, **exceto**:

- a) Instabilidade Hemodinâmica.
- b) Cirurgia de revascularização miocárdica.
- c) Angioplastia coronária.
- d) Angina estável.
- e) Reparação ou troca valvular.

40. A reabilitação cardiovascular é definida como sendo: “o conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares, condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar, pelos seus próprios meios, um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade”. Assinale a alternativa que **não** corresponde a um objetivo da reabilitação cardiovascular:

- a) Auxiliar àqueles pacientes com DCV conhecidas ou em alto risco de as desenvolverem.
- b) Reabilitar o paciente de forma integral, oferecendo suporte nos aspectos físico, psíquico, social, vocacional e espiritual.
- c) Educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, com mudanças de estilo de vida associadas ou não ao tratamento farmacológico e/ou cirúrgico.
- d) Diminuir a incapacidade, porém, promover a cultura do repouso para diminuir os efeitos deletérios do exercício e do esforço sobre o sistema cardiovascular, prevenindo, assim, eventos cardiovasculares desfavoráveis.
- e) Promover adequado controle dos fatores de risco em geral.

41. Segundo a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular (2020), o programa de exercícios deve ser individualizado em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treinamento e progressão. Sobre a prescrição do treinamento e protocolos de exercícios para reabilitação cardiovascular, assinale a alternativa **correta**:

- a) A frequência de treinamento deve ser de, no mínimo, três vezes por semana. Não deve-se incentivar o paciente a realizar atividades funcionais diárias sem supervisão (caminhar, subir escadas).
- b) A duração aconselhada é de, ininterruptamente, 60 minutos/dia, independentemente dos sintomas apresentados durante o treinamento.
- c) A intensidade do treinamento pode ser controlada pela frequência cardíaca de treinamento (FCT). Nessa estratégia, busca-se realizar os exercícios prescritos entre 70% e 90% da frequência máxima (FCM) alcançada no teste de exercício.
- d) Recomenda-se que o indivíduo realize previamente o teste de esforço antes de iniciar o protocolo de reabilitação. Indivíduos que não realizam o teste de esforço são contraindicados ao ingresso no programa.
- e) Os grupos musculares treinados não revelam importância clínica específica durante os protocolos de reabilitação.

42. As Diretrizes recomendam que os pacientes com DCV realizem um teste de esforço limitado por sintomas antes de iniciar seu programa de reabilitação cardíaca. Sobre isso, assinale a alternativa que indica o teste padrão ouro de tolerância ao exercício:

- a) Teste de caminhada de seis minutos.
- b) SHUTTLE TEST.
- c) Ergoespirometria.
- d) Teste de sentar levantar.
- e) Teste do degrau.

43. A reabilitação cardiovascular é atribuída a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Sobre a fase 1 da reabilitação cardíaca, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) Inicia-se após o paciente ter sido considerado compensado clinicamente, como decorrência da otimização do tratamento clínico e/ou utilização de procedimento intervencionista.
- b) Devem predominar a combinação de exercício físico de baixa intensidade, técnicas para o controle do estresse e programas de educação em relação aos fatores de risco.
- c) A duração dessa fase tem decrescido nos anos recentes, em decorrência de internações hospitalares mais curtas.
- d) Objetiva-se que o paciente tenha alta hospitalar com as melhores condições físicas e psicológicas possíveis, municiado de informações referentes ao estilo saudável de vida, em especial no que diz respeito ao exercício físico.
- e) Propõe-se a combinação de exercícios físicos de alta intensidade, técnicas para o controle do estresse e programas de educação em relação aos fatores de risco e à cardiopatia.

44. Diversos estudos têm mostrado a relação entre as complicações respiratórias com o aumento nos dias de internações e mortalidade em pacientes com alterações cardiovasculares, sobretudo nos indivíduos submetidos a intervenções cirúrgicas. São desfechos relacionados ao treinamento muscular respiratório:

- a) Aumento do tempo de hospitalização.
- b) Aumento do VEF1 e da PImáx.
- c) Diminuição da CVF em 4,6% do previsto.
- d) Diminuição do volume corrente e da PImáx.
- e) Aumento do risco de complicações pulmonares.

45. Paciente, 59 anos, sexo feminino, chega à emergência com acentuada taquipneia. Os exames subsequentes indicam extenso infarto agudo do miocárdio comprometendo o ventrículo esquerdo. Sua pressão arterial é de 80x40 mmHg. A gasometria arterial mostra os seguintes resultados: $p\text{aO}_2 = 58\text{mmHg}$, $\text{SatpO}_2 = 83\%$, $p\text{aCO}_2 = 28\text{mmHg}$ e pH de 7,48. Sobre este caso, assinale a alternativa **correta**:

- a) A elevação do pH sanguíneo tem relação com a baixa $p\text{CO}_2$ arterial.
- b) A alcalose respiratória é decorrente da hipoventilação pulmonar.
- c) Ocorre hiperventilação a fim de tentar compensar a baixa $p\text{O}_2$ arterial, o que provoca aumento $p\text{CO}_2$ arterial.
- d) A paciente encontra-se com insuficiência respiratória tipo II.
- e) O ideal, neste caso, seria favorecer a hipoxemia permissiva.

46. As doenças pulmonares restritivas estão presentes em aproximadamente 12% da população geral. Esses tipos de doenças apresentam como principal característica alterações nos volumes pulmonares. Nesse contexto, deve ser considerada a seguinte alteração nos dados da espirometria:

- a) Aumento do VEF1.
- b) Aumento do FEF.
- c) Redução da CPT.
- d) Aumento do VC.
- e) Aumento da CVF.

47. A ventilação mecânica não invasiva pode ser indicada em várias situações como coadjuvante no tratamento do paciente cardiopata, **exceto**:

- a) Edema agudo pulmonar vinculado à hipertensão arterial sistêmica, a disfunções coronarianas ou miocárdicas.
- b) Hipoxemia consequente de alterações na relação V/Q por áreas de atelectasias no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.
- c) Hipoxemia grave refratária à oxigenoterapia e instabilidade hemodinâmica.
- d) Insuficiência cardíaca congestiva com consequente congestão pulmonar e/ou derrame pleural.
- e) Edema agudo de pulmão associado à hipoxemia e desconforto respiratório.

48. O paciente J.H.L., 60 anos, com diagnóstico de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), foi internado por uma exacerbação da doença. No momento, está de alta e foi encaminhado ao fisioterapeuta com a seguinte informação espirométrica: $\text{VEF1}/\text{CVF} < 70\%$ após uso de broncodilatador e $\text{VEF1} = 45\%$ do previsto. Em que estadiamento da doença, esse paciente se enquadra?

- a) Doença muito leve.
- b) Doença leve.
- c) Doença moderada.
- d) Doença severa.
- e) Doença muito severa.

49. A disfunção da musculatura inspiratória consiste em uma redução na capacidade de gerar pressão e força pelos músculos inspiratórios. Essa diminuição na força desses músculos pode ser atribuída a mudanças histológicas e bioquímicas. Em relação aos benefícios do treinamento muscular inspiratório em cardiopatas, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Incremento da pressão inspiratória máxima.
- b) Diminuição da capacidade funcional.
- c) Aumento da distância no teste de caminhada de 6 minutos.
- d) Redução da sensação de dispneia.
- e) Diminuição do tempo de hospitalização e desfechos desfavoráveis no pós-operatório.

50. Paciente J.V.C., 73 anos, sexo masculino, diagnosticado com pancreatite necro-hemorrágica, apresenta-se com gasometria arterial com pH 7,29; PaO₂: 250; PaCo₂: 35mmHg, HCO₃: 18 mEq/L, Base Excess (BE) – (menos) 12, saturação periférica de oxigênio (SpO₂) 98%. Sobre isso, é **correto** afirmar:

- a) A oxigenação do paciente está adequada.
- b) Ele apresenta uma hiperventilação.
- c) Evidencia-se uma acidose respiratória.
- d) Ele apresenta um déficit metabólico.
- e) A alteração do *base excess* reflete o excesso de bicarbonato no plasma.