

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

1. A Constituição de 1988 determinou grandes mudanças nos conceitos e definições sobre Seguridade Social e Saúde. São conceitos e definições constantes na Constituição de 1988, EXCETO:

- a) A saúde é um direito de todos e dever do Estado.
- b) As ações de saúde devem ser executadas exclusivamente pelo poder público.
- c) A garantia do direito à saúde é obtida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.
- d) O acesso à saúde deve ser universal e igualitário.
- e) A rede de ações e serviços públicos de saúde deve ser regionalizada e hierarquizada.

2. De acordo com o artigo 198 da Constituição de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde são:

- a) Universalidade, integralidade, equidade.
- b) Financiamento único, prevenção e promoção da saúde, hierarquização.
- c) Participação popular, universalidade, hierarquização.
- d) Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.
- e) Regionalização, resolutividade, controle social.

3. Com base na Lei Orgânica da saúde (Lei 8080/90), é CORRETO afirmar:

- a) A saúde é um dever do Estado, isentando de responsabilidades as pessoas, a família, as empresas e a sociedade.
- b) A organização social e econômica do País interfere nos níveis de saúde da população.
- c) A formação de recursos humanos não é competência ao Sistema Único de Saúde.
- d) A direção do Sistema Único de Saúde é única e exercida exclusivamente pelo Ministério da Saúde.
- e) Os serviços de saúde devem se organizar de forma centralizada e suas ações devem ser direcionadas às populações de baixa renda.

4. De acordo com o Decreto 7.508/2011, a Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de

integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. São requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde a execução das seguintes ações e serviços de saúde, EXCETO:

- a) Atenção primária.
- b) Urgência e emergência.
- c) Atenção psicossocial.
- d) Saúde do Trabalhador.
- e) Vigilância em saúde.

5. Com relação à assistência farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é INCORRETO afirmar:

- a) O acesso à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário esteja sendo assistido por ações e serviços de saúde do SUS e que o medicamento tenha sido prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS.
- b) Os medicamentos dispensados pela assistência farmacêutica devem ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- c) A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
- d) A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos.
- e) Os Estados e Municípios não podem dispensar medicamentos que não estejam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

6. A respiração consiste no processo fisiológico responsável pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. O processo envolve a entrada do oxigênio (O₂) e a remoção do gás carbônico (CO₂) do sangue, e depende de um complicado aparato: o aparelho respiratório. Vias aéreas, pulmões, diafragma, caixa torácica, o controle do sistema nervoso central (SNC) e periférico e o aparelho cardiocirculatório, todos interagem para adequar o balanço entre o volume de ar que chega aos alvéolos e o fluxo sanguíneo no capilar pulmonar, de onde resulta a troca gasosa.

A insuficiência respiratória aguda é, portanto, uma síndrome caracterizada pelo aparecimento de disfunção súbita de qualquer setor do sistema fisiológico

responsável pela troca gasosa. Sobre a Insuficiência Respiratória Aguda, é correto afirmar que:

- a) Taquipnéia, dispneia e uso de músculos acessórios podem estar presentes na hipoxemia, mas raramente na hipercapnia;
 - b) Desequilíbrio da relação ventilação-perfusão (V/Q), shunt direito-esquerdo e distúrbios da difusão do O₂ pela barreira alveolocapilar são mecanismos que podem levar à Insuficiência respiratória tipo II (Hipoxêmica);
 - c) Acidente vascular cerebral, Hipertensão intracraniana e Hiponatremia/hipocalemia são causas da Insuficiência Respiratória tipo I (Hipercápnica/Ventilatória);
 - d) O tratamento da insuficiência respiratória ventilatória tem por princípio restabelecer o equilíbrio entre a capacidade neuromuscular e a carga ventilatória, otimizando a primeira e reduzindo a segunda;
 - e) Sistemas de Baixo e Alto fluxo de oxigênio devem ser a estratégia primária para tratamento da Insuficiência Respiratória tipo II.
7. Se o atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) no adulto é realizado dentro de um hospital por uma equipe preparada, deve-se lembrar que:
- a) A maioria das PCRs dentro do hospital são no modo taquicardia ventricular e que, portanto, o prognóstico do paciente é melhor se fizer uso do desfibrilador;
 - b) Em pacientes sem via aérea artificial, a equipe deve revezar compressões (mínimo de 100/min) e ventilações numa razão de 15:2, respectivamente;
 - c) A equipe deve revezar ventilações e compressões (mínimo de 100/min) numa razão de 2:30, respectivamente;
 - d) Se o paciente estiver intubado, realizar compressões sem necessidade de sincronismo com a ventilação e que deve ser feita com AMBU em uma frequência de uma ventilação a cada seis segundos;
 - e) após cinco minutos de tentativa de reanimação checar o pulso carotídeo ou femoral e, em caso de insucesso da reanimação, desfibrilar o paciente.

8. NÃO está de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica para as Lesões Neurológicas Centrais Graves:

- a) Deve-se evitar a hipoxemia e a hiperventilação profilática;
- b) A monitorização da capnografia/capnometria pode auxiliar no controle dos danos neurológicos;
- c) Preferir o modo ventilatório Volume controlado na fase aguda;
- d) Manter a cabeceira entre 30 – 35 graus para otimizar o retorno venoso encefálico e reduzir a influência da PEEP sobre a PIC;
- e) Evitar modo Pressão de Suporte na fase inicial.

9. Paciente internado na UTI por Insuficiência Respiratória Aguda após AVC-I em território de artéria cerebral média direita. Apresenta hemiplegia completa à esquerda e localiza o estímulo doloroso com o membro superior direito. Em respiração espontânea com oxigenoterapia em cateter nasal. Pronuncia sons incompreensíveis e abertura ocular somente ao estímulo doloroso. Na avaliação do reflexo fotomotor, apresenta apenas uma pupila reagente. De acordo com a nova Escala de Coma de Glasgow, que considera a reação pupilar para a pontuação final, qual a alternativa correta:

- a) 6;
- b) 7;
- c) 8;
- d) 9;
- e) 10.

10. A reabilitação cardíaca na fase 1, quando aplicado sistematicamente, considerando-se intensidade, frequência e duração, pode aumentar a capacidade funcional dos portadores das disfunções cardiovasculares. Porém, o fisioterapeuta deve atentar-se à contraindicação absoluta em pacientes com:

- a. Angina instável e miocardite ativa;
- b. angioplastia coronária e pós operatório de Revascularização miocárdica.
- c. aneurisma ventricular.
- d. miocardite ativa ou suspeita e pós operatório de troca valvar mitral.
- e. transplante cardíaco.

11. A ventilação mecânica propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não-invasiva (VMNI) através de uma interface externa, e de forma invasiva (VMI) através de um tubo endotraqueal (TET) ou cânula de traqueostomia. Julgue os itens abaixo e assinale a correta:

I- Incapacidade de cooperar, proteger as vias aéreas, ou secreções abundantes, além do Rebaixamento de nível de consciência (exceto acidose hipercápnica em DPOC) são contra indicações relativas da VMNI;

II- Deve-se usar VMNI (BIPAP e ou CPAP) nos pacientes com Edema Agudo de Pulmão de origem cardiogênica visando diminuir a necessidade de intubação endotraqueal e redução na mortalidade hospitalar;

III- Após decisão de iniciar a VMI, o médico deve intubar o paciente através de laringoscopia direta. Após a passagem da via aérea artificial (TET), há necessidade da confirmação da intubação adequada pela ausculta respiratória. O primeiro e segundo ponto da ausculta que devem ser realizados são: região epigástrica e região inferior do hemitórax direito.

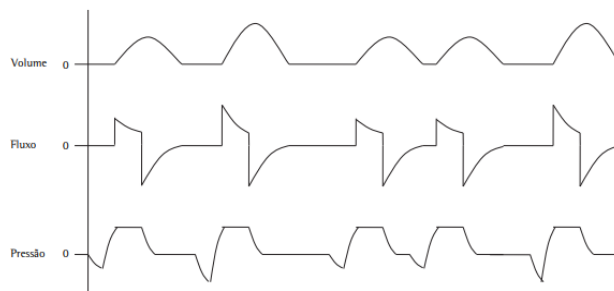
IV- Na VMI, usar Volume Corrente de 8 ml/kg/peso predito inicialmente e reavaliar de acordo com evolução do quadro clínico do paciente.

- a) Todas estão corretas;
- b) Somente I e II estão corretas;
- c) Somente I e IV estão corretas;
- d) Somente I, II e III estão corretas;
- e) Somente II e III estão corretas.

12. O modo ventilatório mecânico que dispara a Tempo, cicla a Tempo e é limitado a Pressão é:

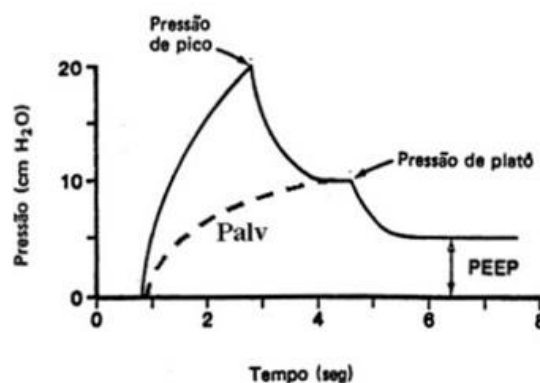
- a) VCV;
- b) PSV;
- c) PCV;
- d) VAPS;
- e) NAVA.

13. Analise a figura abaixo e escolha a alternativa que corresponda ao modo ventilatório:



- a) VCV;
- b) PCV;
- c) PSV;
- d) VAPS;
- e) NAVA.

14. Observando a figura abaixo e os cálculos de mecânica ventilatória, assinale a opção que corresponde ao valor da complacência estática (CE), resistência estática (RE) e Driving Pressure (DP). Considere que o gráfico Pressão x Tempo foi obtido com Fluxo inspiratório= 60 l/min e Volume Corrente de 500ml e AUTO PEEP= 0 cmH₂O.



- a) CE= 100 ml/cmH₂O; RE= 10 cmH₂O/l/s; DP= 5 cmH₂O
- b) CE= 100 ml/cmH₂O; RE= 15 cmH₂O/l/s; DP= 5 cmH₂O
- c) CE= 33,3 ml/cmH₂O; RE= 10 cmH₂O/l/s; DP= 5 cmH₂O
- d) CE= 33,3 ml/cmH₂O; RE= 5 cmH₂O/l/s; DP= 10 cmH₂O
- e) CE= 100 ml/cmH₂O; RE= 10 cmH₂O/l/s; DP= 15 cmH₂O

15. Está incorreto sobre a Ventilação Mecânica em Posição Prona, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica:

- a) Se indicada, realizar nas primeiras 48 horas de ventilação mecânica;
- b) Deve-se manter a posição prona de 8 a 12 horas, com todos os cuidados adequados de proteção e monitorização;
- c) Hipertensão intracraniana, Fratura Pélvica e Instabilidade da coluna são contra indicações;
- d) O Eletrocardiograma deve ser monitorizado nas costas;
- e) A gasometria deve ser coletada após 1 hora de prona. Considerar o paciente como respondedor se a troca gasosa aumentar em 20 ou PaO₂ aumentar em 10mm Hg.

16. Nos cuidados intensivos, as primeiras 48 horas são cruciais para o prognóstico dos pacientes críticos. A mobilização precoce é um procedimento viável e seguro, objetivando minimizar e/ou evitar os riscos da internação prolongada, bem como futuras deficiências, podendo assim restaurar ao máximo a capacidade funcional e a independência para as atividades de vida diária, diretamente associadas à qualidade de vida dos pacientes após a alta hospitalar. O recurso que NÃO faz parte dos protocolos de mobilização precoce na Unidade de Terapia Intensiva é:

- a) Prancha Ortostática;
- b) Cicloergômetro (Ativo ou Passivo);
- c) Eletroestimulação Neuromuscular;
- d) Ultrassonografia Terapêutica;
- e) Sedestação na Poltrona

17. Assinale o critério de exclusão ou interrupção que NÃO está de acordo com as recomendações para mobilização precoce em Terapia Intensiva:

- a) Frequência cardíaca < 50 ou > 140 bpm;
- b) Necessidade de nova droga vasoativa ou aumento da sua concentração;
- c) FiO₂ > 60% com PaO₂ < 70 mmHg;
- d) SpO₂ < 85%;
- e) Frequência respiratória > 25 irpm;

18. O desmame da ventilação mecânica deve ser realizado de forma gradativa e individualizada para que se obtenha o sucesso desejado. Acerca do desmame da ventilação mecânica invasiva, marque a alternativa correta:

- a) Sucesso de desmame: é o paciente que tem sucesso no Teste de Respiração Espontânea (TRE), ainda conectado ao ventilador.
- b) Sucesso de Extubação é aquela em que o paciente tem a prótese endolaríngea retirada após passar no TRE e não é reintubado nas próximas 72 horas.
- c) O desmame simples é aquele em que, na primeira tentativa de TRE, o paciente evolui com sucesso.
- d) Desmame difícil é caracterizado como aquele em que há falha na primeira tentativa de TRE, necessitando assim de até três Testes ou até sete dias após o primeiro TRE.
- e) Desmame Prolongado ocorre quando o paciente falha em mais de três (03) TRE consecutivas ou com necessidade > 7 dias de desmame após o primeiro TRE.

19. A hospitalização prolongada está associada diretamente à fraqueza muscular e ao descondicionamento físico e, conseqüentemente, à perdas funcionais na UTI devido ao imobilismo. Nos primeiros sete dias de restrição ao leito pode ocorrer 30% de diminuição da força muscular e 20% adicionais a cada semana subsequente. Existem várias escalas que monitorizam as perdas funcionais no ambiente hospitalar. São exemplos de escalas funcionais, exceto:

- a) Medida de Independência Funcional (MIF);
- b) Dinamometria de Prensão Palmar;
- c) Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M);
- d) Timed Up and Go (TUG);
- e) Escala FOUR (Full Outline of UnResponsiveness).

20. Sobre a Radiografia de Tórax na Unidade de Terapia Intensiva, assinale a ERRADA:

- a) A incidência radiográfica ápico-lordótica possibilita a retirada das clavículas dos campos pulmonares superiores facilitando sua avaliação;
- b) O achado de uma linha de pleura visceral separada da pleura parietal, associada à ausência de trama vascular pulmonar caracteriza o pneumotórax na radiografia torácica;
- c) O Índice Cardiorádico (ICT) serve para medir o tamanho da silhueta do coração através da radiografia torácica. É considerado normal o ICT>0,5.

- d) Na radiografia de tórax, a sombra do hilo esquerdo está normalmente mais elevada do que a sombra do hilo pulmonar direito.
- e) Desvio do hilo e do mediastino ipsilateral, elevação da hemicúpula diafragmática homolateral, redução dos espaços intercostais e redução da transparência pulmonar são achados clássicos da atelectasia à radiografia.

21. Sobre gasometria, analise as alternativas abaixo e marque a correta:

- a) Quando o pH está abaixo de 7,35, ou seja, uma situação de acidemia, haverá baixa concentração de íons de Hidrogênio.
- b) Quando se aumenta a PCO₂ no sangue arterial, haverá uma alcalose respiratória.
- c) PO₂ de 81 mmHg pode ser classificado como uma hipoxemia leve.
- d) Uma acidose metabólica sempre apresenta HCO₃ < 22 mEq/L e necessidade do cálculo do PaCO₂ esperado para o laudo final.
- e) em uma alcalose mista, a PCO₂ estará aumentado e o HCO₃ diminuído, em relação aos valores de referência.

22. Técnica caracterizada por expirações forçadas a partir de médio volume inspiratório e com a glote aberta, aumentando assim o fluxo expiratório, com objetivo de remoção de secreções brônquicas com a menor alteração da pressão pleural e menor probabilidade de colapso bronquiolar, trata-se de qual técnica?

- a) Tosse assistida
- b) Aceleração do fluxo expiratório
- c) Huffing
- d) Terapia por Oscilação oral de alta frequência
- e) Ciclo Ativo da Respiração

23. NÃO são exemplos de recursos utilizados pela fisioterapia para desobstrução pulmonar:

- a) Drenagem postural e flutter.
- b) Bag Squeezing e Vibração torácica.
- c) Aceleração do fluxo expiratório e Ciclo Ativo da Respiração.
- d) Hiperinsuflação manual com ambu e EPAP.
- e) Técnica de expiração lenta e Manobra de PEEP/ZEEP.

24. A aspiração endotraqueal é um recurso mecânico importante na rotina hospitalar, especialmente em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva ou em pacientes de leito hospitalar que não conseguem expelir voluntariamente as secreções pulmonares traqueobrônquicas, com a finalidade de manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infecções, promover trocas gasosas, incrementar a oxigenação arterial e melhorar a função pulmonar. Sobre a aspiração endotraqueal:

I. As principais indicações para aspiração são: presença de secreção visível na via aérea, presença de ruído no tubo traqueal, presença de roncos e/ou crepitações, redução dos sons pulmonares na ausculta pulmonar, desconforto respiratório, queda da saturação e/ou oscilações na curva de pressão do ventilador (elevação da curva PxV).

II. Existem 2 tipos de sistemas de aspiração: o aberto, onde utiliza-se um novo cateter a cada intervenção e o fechado, podendo permanecer acoplado ao sistema por até 24 horas. Sendo o aberto de menor custo e menor risco para o paciente.

III. O ato de aspirar pode acarretar riscos e complicações graves ao paciente, incluindo aumento da pressão arterial e da pressão intracraniana, além hipoxemia, arritmias cardíacas, parada cardíaca e/ou respiratória, broncoespasmo, atelectasias, infecções nosocomiais, hiperestimulação vagal, entre outros.

IV. A escolha da sonda adequada é norteadada pela fórmula N^o da sonda = (n^o do TOT - 2) x 2, assim um Tubo n^o 8 apresenta sonda ideal de número 12.

Marque as assertivas corretas:

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

25. O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24h. Sobre o processo de desmame, analise as opções a seguir e marque a INCORRETA.

- a) Como critérios para considerar a aptidão para o desmame destaca-se a resolução ou controle da

causa da falência respiratória, hemodinâmica estável, $PaO_2 \geq 60$ mmHg com fração inspirada de oxigênio (FIO_2) $\leq 0,4$ e PEEP ≤ 5 a 8 cmH₂O, balanço hídrico zerado ou positivo nas últimas 24 horas.

- b) No Teste de Respiração Espontânea (TRE), o paciente deve ser colocado em Tubo em T ou PSV de 5- 7cm H₂O durante 30-120 minutos. Durante o TRE, o paciente deve ser monitorizado para sinais de insucesso.
- c) Os parâmetros clínicos e funcionais para interromper o TRE são frequência respiratória > 35 ipm, $SaO_2 < 90\%$, frequência cardíaca > 140 bpm, pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou < 90 mmHg, sinais e sintomas de agitação, sudorese e alteração do nível de consciência.
- d) O índice preditivo de desmame com melhor acurácia é a taxa da Frequência Respiratória dividida pelo Volume Corrente (FR/VC) ou Índice de Ventilação Superficial Rápida (IVSR) e o índice de desmame integrado (Integrative Weaning Index – IWI).
- e) Considera-se sucesso de extubação o paciente que tem a prótese endolaríngea retirada (extubação) após passar no TRE e não é reintubado nas próximas 48 horas.