

COFFITO – CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

EXAME DE CONHECIMENTO.

ESPECIALIDADE: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar o Exame de Conhecimento portando aparelhos eletrônicos (mesmo desligados), qualquer tipo de relógio, telefone celular, agenda eletrônica, notebook, palmtop, receptor, gravador, máquina de calcular, máquina fotográfica, controle de alarme de carro etc., bem como relógio de qualquer espécie, óculos escuros (exceto para correção visual, ou fotofobia, ou quaisquer acessórios de chapelaria, tais como chapéu, boné, gorro etc.
2. Será eliminado o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde estiver ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização do Exame de Conhecimento. Durante todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Exame de Conhecimento, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas caneta esferográfica transparente de tinta cor azul, ou preta, um documento de identificação, lanche (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início do Exame de Conhecimento, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se o caderno de questões do Exame de Conhecimento tem **40** questões objetivas, cada qual com **5 alternativas** e **02** discursivas, veja se a **especialidade** a qual se inscreveu está correta.
5. Verifique se seus dados no cartão-resposta (nome, número de inscrição e a especialidade para a qual se inscreveu) estão corretos e **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de questões do Exame de Conhecimento. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciado o do Exame de Conhecimento. Cabe apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. O Exame de Conhecimento terá duração máxima de **04h (quatro horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta e da folha definitiva das questões discursivas.
10. O candidato poderá se retirar do local de realização do do Exame de Conhecimento somente 1h (uma hora) após o seu início, levando o caderno de questões do Exame de Conhecimento.
11. Ao terminar o Exame de Conhecimento, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os 3 (três) candidatos, que terminarem o Exame de Conhecimento por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

QUESTÕES OBJETIVAS.

01. Sobre o sistema respiratório, marque a alternativa incorreta.

- a) Durante o repouso, a inspiração é ativa e a expiração é passiva.
- b) O diafragma é o músculo mais importante da inspiração.
- c) O surfactante reduz a tensão superficial da camada de revestimento alveolar e é produzido por células epiteliais alveolares do tipo I.
- d) A falta de surfactante resulta em redução da complacência pulmonar.
- e) O comportamento da curva pressão-volume do pulmão é dependente de proteínas estruturais (colágeno, elastina) e da tensão superficial.

02. Sobre as propriedades elásticas do pulmão, é incorreto afirmar:

- a) A redução da complacência ocorre em caso de enfisema pulmonar e no envelhecimento normal do pulmão.
- b) A modificação de volume por unidade de pressão alterada é conhecida como complacência.
- c) Em casos de fibrose pulmonar a complacência é reduzida.
- d) O volume pulmonar em qualquer pressão durante a desinsuflação é maior do que durante a insuflação.
- e) A falta de surfactante resulta em redução da complacência pulmonar, atelectasia e tendência ao desenvolvimento de edema pulmonar.

03. Considerando aspectos anatômicos e fisiológicos do sistema respiratório, é correto afirmar que:

- a) O volume do espaço morto anatômico é de cerca de 350ml.
- b) O movimento de ar na região alveolar ocorre principalmente por difusão.
- c) A membrana alvéolo-capilar é espessa e extensa, tornando-a ideal para troca gasosa passiva.
- d) As vias aéreas dividem-se em zona condutora e zona receptora.
- e) O volume da região alveolar é de cerca de 3,5 a 5 litros em repouso.

04. A fraqueza muscular ventilatória tem sido, constantemente, demonstrada em pacientes com DPOC. Além da fraqueza muscular respiratória, a musculatura periférica também sofre disfunções significativas na DPOC. A seguir, são listadas algumas situações e estímulos que contribuem com os processos de perda e desgaste muscular, sendo que a exceção é:

- a) Imobilização.
- b) Tabagismo.
- c) Uso de corticoesteroides.
- d) Hipocapnia.
- e) Hipoxemia.

05. Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as alterações estruturais do sistema respiratório, a resistência ao fluxo aéreo e a hiperinsuflação pulmonar têm muitos efeitos prejudiciais sobre a bomba muscular respiratória. Sobre as manifestações clínica e fisiopatológicas da DPOC, assinale a alternativa incorreta.

- a) A disfunção musculoesquelética é prevalente em todos os estágios da DPOC e tem influência significativa nos sintomas, na capacidade funcional, na qualidade de vida e até mesmo na mortalidade.
- b) O enfisema pulmonar é um exemplo de degradação do tecido conjuntivo pulmonar, onde há destruição de elastina.
- c) A obstrução ao fluxo aéreo da DPOC é, primariamente, irreversível.
- d) A progressão da doença não está associada ao espessamento da parede da via aérea.
- e) A redução do fluxo expiratório máximo é causada pelo estreitamento das vias aéreas.

06. A medida das pressões respiratórias máximas, representa um procedimento importante para avaliação funcional dos músculos respiratórios. Sobre essa avaliação, é correto afirmar:

- a) A redução da pressão inspiratória máxima (PI_{máx}) pode aumentar o volume residual, diminuir o pico de fluxo expiratório e, conseqüentemente, a tosse.
- b) A medida da pressão expiratória máxima (PE_{máx}) é indicada para estabelecer a carga para o treinamento dos músculos inspiratórios.
- c) A maior pressão capaz de ser gerada durante esforços de inspiração (pressão inspiratória máxima – PI_{máx}), ou expiração (pressão expiratória máxima – PE_{máx}) contra uma via aérea completamente ocluída é considerada índice de força dos músculos respiratórios.
- d) Os músculos respiratórios não são responsáveis diretos pelo adequado funcionamento do sistema respiratório.
- e) A mensuração das pressões dos músculos respiratórios (PI_{máx} e PE_{máx}) não possibilita o diagnóstico de insuficiência respiratória por falência muscular.

07. Sobre os testes de função pulmonar, as alternativas são corretas, exceto:

- a) Não é possível medir os volumes pulmonares e a resistência das vias aéreas em um pletismógrafo de corpo inteiro.
- b) Os gases do sangue arterial podem ser rapidamente medidos com eletrodos de hemogasometria.
- c) As medidas de uma expiração forçada são de simples realização e, normalmente, muito informativas. Padrões específicos ocorrem na doença pulmonar obstrutiva e na restritiva.
- d) O grau de desequilíbrio entre ventilação-perfusão em um pulmão doente pode ser avaliado a partir do cálculo da diferença artério-alveolar de pO₂ de uma amostra de sangue arterial.

e) Os testes de exercício podem ser valiosos na detecção de estágios iniciais de doença pulmonar.

08. A Hiperinsuflação pulmonar manual, também conhecida por bag-sequeezing, é comumente usada, porém, é contraindicada em casos de:

- a) Pneumotórax não drenado.
- b) Pacientes com grande quantidade de secreção espessa e com risco de obstrução de cânula endotraqueal.
- c) Pacientes com prejuízo da tosse.
- d) Atelectasia.
- e) Pré-aspiração traqueal.

09. Sobre os princípios e efeitos fisiológicos das técnicas com pressão expiratória positiva oscilante, são alternativas corretas, exceto:

- a) São utilizadas com o objetivo de aumentar o volume pulmonar.
- b) Favorecem a eliminação de secreções do trato respiratório.
- c) Não proporcionam aumento da pressão alveolar.
- d) Favorecem a insuflação de alvéolos colapsados.
- e) Produzem um efeito tixotrópico.

10. São afirmações corretas sobre as técnicas de expiração forçada, exceto a alternativa:

- a) São constituídas por aumento do fluxo expiratório (AFE), tosse assistida e provocada.
- b) A técnica AFE é definida como aumento passivo, ativo-assistido, ou ativo do fluxo aéreo expiratório.
- c) AFE lenta gera baixo fluxo e baixo volume pulmonar, propiciando a eliminação de secreções da periferia pulmonar.
- d) A técnica AFE ativo é utilizada em pacientes cooperantes, geralmente acima dos 3 anos de idade.
- e) AFE lenta tem por objetivo mobilizar as secreções dos brônquios de grande calibre até as vias aéreas proximais.

11. Sobre a técnica de empilhamento aéreo (air-stacking), a alternativas são corretas, exceto:

- a) A técnica tem como objetivo atingir uma insuflação máxima.
- b) Pode ser realizada por meio de um ressuscitador manual (ambu), por meio da respiração glossofaríngea, ou de um ventilador volumétrico.
- c) Auxilia a fase inspiratória e promove expansão pulmonar e da parede torácica.
- d) Por meio desta técnica, não se pode avaliar a capacidade máxima inspiratória do paciente.
- e) Trata-se do volume máximo de ar obtido pela sustentação de insuflações consecutivas com a glote fechada.

12. São fases da tosse, exceto:

- a) Fase compressiva.
- b) Fase assistida.
- c) Fase expiratória.
- d) Fase nervosa.
- e) Fase inspiratória.

13. A Asma é uma das doenças respiratórias mais prevalentes no mundo. Sobre essa doença, é incorreto afirmar:

- a) Apresenta caráter heterogêneo podendo ser classificada em diferentes fenótipos.
- b) É caracterizada pela inflamação aguda das vias aéreas.
- c) Entre os sintomas respiratórios estão sibilância, dispneia e tosse.
- d) Pacientes com asma se beneficiam de tratamento medicamentoso associado a estratégias não medicamentosas.
- e) Os sintomas respiratórios são associados à limitação expiratória variável ao fluxo aéreo.

14. Na interpretação de um exame de raio X de tórax, a identificação de broncograma aéreo nos sugere o diagnóstico de:

- a) Pneumotórax.
- b) Tromboembolismo Pulmonar.
- c) Derrame Pleural.
- d) Pneumonia.
- e) Fibrose Pulmonar.

15. O Teste de Controle da Asma avalia o controle da doença nas últimas quatro semanas e deve ser respondido pelo próprio paciente. São considerados bem controlados os pacientes que obtém pontuação:

- a) Acima de 22 pontos.
- b) Abaixo de 22 pontos.
- c) Acima de 19 pontos.
- d) Abaixo de 19 pontos.
- e) Acima de 15 pontos.

16. O questionário responsável por avaliar os sintomas, a atividade e os impactos psicossociais que a doença respiratória inflige ao paciente com DPOC é denominado:

- a) Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória.
- b) Questionário Internacional de Atividade Física.
- c) Escala de dispneia da Medical Research Council (mMRC).
- d) Escala SF-36.
- e) Questionário de Doença Respiratória Crônica (CRQ).

17. A extração periférica de oxigênio durante o exercício pode ser avaliada pela espectroscopia por infravermelho próximo (NIRS), pela medida da Hemoglobina ligada ao oxigênio (HbO₂) e Hemoglobina sem transporte de O₂ (Hb). Um aumento dessa extração apresentará como resposta nesses parâmetros:

- a) Aumento na HbO₂ e aumento da Hb.
- b) Aumento na HbO₂ e redução da Hb.
- c) Redução na HbO₂ e aumento da Hb.
- d) Redução na HbO₂ e redução da Hb.
- e) Sem alterações na HbO₂ e Hb.

18. Em relação às diferenças entre acelerômetros e pedômetros para avaliar a atividade física da vida diária (AFVD), marque a alternativa correta.

- a) Os acelerômetros fornecem os mesmos desfechos dos pedômetros.
- b) Os acelerômetros são mais caros que os pedômetros, apresentando a vantagem de medir de forma mais acurada a quantidade de passos diários.
- c) Os acelerômetros podem ser uniaxial e multiaxial, sendo os uniaxiais capazes de avaliar o tempo de permanência dos pacientes em uma determinada posição corporal
- d) Não há necessidade de validação desses dispositivos para medir a AFVD em populações com doenças respiratórias crônicas.
- e) Os acelerômetros multiaxiais são considerados monitores de atividade física, por avaliar o tempo gasto em determinadas posições, como em pé, sentado e deitado.

19. Sobre o treinamento muscular inspiratório em pacientes com doenças respiratórias crônicas, assinale a alternativa incorreta.

- a) A redução da fadiga muscular periférica está relacionada à capacidade do treinamento muscular inspiratório de gerar uma ativação precoce do mecanismo de metaborreflexo muscular inspiratório.
- b) A ventilação periódica, ou oscilatória, é presente em pacientes com DPOC, especialmente os com maior gravidade.
- c) Pacientes com DPOC e fraqueza de músculos inspiratórios apresentam maiores ganhos na capacidade de exercício e dispneia com o treinamento muscular inspiratório.
- d) O acúmulo de metabólitos resultantes do exercício, inclusive do lactato, sofre alteração com o treinamento muscular inspiratório.
- e) O treinamento muscular inspiratório pode reduzir a percepção do esforço a uma mesma carga de exercício.

20. São formas de treinamento muscular inspiratório, exceto:

- a) Inspiração resistida com carga linear.
- b) Inspiração resistida com carga alinear.
- c) Sustentação da ventilação voluntária máxima.
- d) Hiperpneia voluntária máxima hipercápnica.
- e) Treinamento com ajuste dinâmico do fluxo inspiratório.

21. São medidas volitivas para avaliar a força muscular inspiratória, exceto:

- a) Pressão inspiratória máxima.
- b) Pressão gástrica na manobra da tosse.
- c) Pressão nasal inspiratória ao fungar (P_{nas} ou SNIP).
- d) Estimulação magnética do nervo frênico.
- e) Capacidade vital.

22. Nos últimos anos, avanços sobre a definição dos objetivos da reabilitação pulmonar foram obtidos. Sobre esses avanços, marque a alternativa incorreta.

- a) Os programas de reabilitação pulmonar atuais devem tratar complicações fisiológicas pulmonares e extra-pulmonares, como sociais, motivacionais e mentais.
- b) As diferentes modalidades de treinamento físico não apresentam diferenças nos desfechos clínicos.
- c) A reabilitação pulmonar é uma potente intervenção para pacientes após exarcebação aguda da doença.
- d) A reabilitação pulmonar para aqueles pacientes que permanecem sintomáticos apesar da terapia farmacológica já estar otimizada.
- e) Diferentes formas de prover a reabilitação pulmonar devem ser implementadas para aumentar a adesão desses pacientes, como modelos híbridos, ou telerreabilitação.

23. Para avaliação da resposta dos programas de reabilitação pulmonar em doença pulmonar obstrutiva crônica, devemos avaliar a mínima diferença clinicamente importante (MCID) para os principais testes funcionais, como o teste de caminhada de 6 minutos. A MCID recomendada para essa população é de aproximadamente:

- a) 60 metros.
- b) 30 metros.
- c) 50 metros.
- d) 80 metros.
- e) 100 metros.

24. Sobre a habilitação pré-operatória de cirurgias abdominais, considere as afirmativas.

I- pacientes com fraqueza muscular inspiratória podem apresentar maiores complicações pós-operatórias.

II- não temos evidências robustas da fisioterapia pré-operatória para mudanças de complicações pós-operatórias nessa população.

III- A recomendação é evitar orientações referentes a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, visto que esses temas podem aumentar a ansiedade do paciente.

Estão corretas:

- a) Apenas a afirmativa II.
- b) Apenas a afirmativa III.
- c) Apenas as afirmativas I e II.
- d) Apenas as afirmativas II e III.
- e) Apenas a afirmativa I.

25. A medida da capacidade vital no pós-operatório de cirurgias torácicas pode nos fornecer informações sobre a função ventilatória. Qual faixa de valores indicam provável perda da capacidade ventilação profunda desses pacientes?

- a) 65-70 ml/kg.
- b) 45-50 ml/kg.
- c) 50-55 ml/kg.
- d) 55-60 ml/kg.
- e) 60-65 ml/kg.

26. Sobre a fisioterapia na habilitação pré-cirúrgica, o período recomendado de um programa de reabilitação é:

- a) Entre 6 e 8 semanas.
- b) Acima de 12 semanas.
- c) Entre 2 e 4 semanas.
- d) Acima de 8 semanas.
- e) Entre 4 e 6 semanas.

27. Quando administrado em altas doses, ou por um longo período, o oxigênio pode causar injúria pulmonar direta quanto lesões sistêmicas. Dentre os efeitos colaterais do oxigênio no organismo não podemos considerar a(o):

- a) Atelectasia de absorção.
- b) Retinopatia da prematuridade.
- c) Estresse oxidativo.
- d) Hipercapnia.
- e) Broncoespasmo.

28. Segundo recomendações da *Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure*, a situação clínica que apresenta uma certeza de evidência e com forte recomendação para o uso da ventilação não invasiva em pacientes com o quadro de:

- a) Insuficiência respiratória pós extubação.
- b) Doença viral (COVID-19).
- c) Exacerbação aguda da asma.
- d) DPOC exacerbada com hipercapnia.
- e) Pós-extubação em pacientes de alto risco (VNI profilática).

29. Diversas situações clínicas podem ocasionar a diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos (DO₂), sendo necessário, ou não, a suplementação da oxigenação, entre elas: trauma extenso, anestesia, pós-operatórios, pneumopatias, instabilidade hemodinâmica. Assim sendo, os fatores determinantes para a análise da oferta de oxigênio aos tecidos são:

- a) PaO₂/FiO₂ e o G(A-a)O₂.
- b) Débito Cardíaco e a PaO₂/FiO₂.
- c) G(A-a)O₂ e o CaO₂.
- d) CaO₂ e o Débito Cardíaco.
- e) PaO₂ e o CaO₂.

30. O grau de bioimpedância do sistema respiratório no paciente com DPOC na ventilação mecânica invasiva, pode ser avaliado e monitorado através da análise da, exceto:

- a) Constante de tempo.

- b) Alça fluxo-volume.
- c) Resistência das vias aéreas.
- d) Complacência dinâmica.
- e) Drive pressure.

31. Os princípios gerais do treinamento físico em indivíduos com DPOC não são diferentes daqueles para indivíduos saudáveis, ou mesmo atletas. Em relação aos princípios de treinamento físico na DPOC, julgue os itens, assinale (V) verdadeiro ou (F) falso e marque a alternativa que corresponde à sequência correta.

() Para o treinamento físico ser eficaz, a carga total de treinamento deve refletir a requisitos específicos, deve exceder as cargas encontradas durante a vida diária para melhorar a capacidade aeróbica e a força muscular (ou seja, o limite de treinamento) e deve progredir à medida que a melhoria ocorra.

() Vários modos de treinamento serão necessários para melhorar a resistência cardiorrespiratória, força e/ou flexibilidade.

() O treinamento físico de resistência na forma de ciclismo, ou caminhada, é a modalidade de exercício mais comumente aplicada na reabilitação pulmonar. Pode ser prescrito 3x a 5x por semana.

() Uma pontuação na sensação subjetiva de dispnéia (Borg) de 4 a 6 (moderada a [muito] grave), ou uma classificação de esforço percebido de 12 a 14 (um pouco difícil) é considerada uma intensidade de treinamento inapropriada.

() O treino de caminhada tem a vantagem de ser um exercício funcional que pode facilmente traduzir-se numa melhoria da capacidade de marcha. O exercício de bicicleta exerce uma carga específica maior sobre os músculos quadríceps do que a caminhada, resulta em menor dessaturação de oxigênio induzida pelo exercício.

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

32. Dentre os objetivos da reabilitação pulmonar podemos citar, exceto:

- a) Minimizar os sintomas de dispnéia.
- b) Maximizar o desempenho no exercício e atividades.
- c) Promover a autonomia.
- d) Aumentar a participação nas atividades diárias.
- e) Efetuar mudanças de comportamento que melhorem a saúde a curto prazo.

33. A caracterização de um distúrbio restritivo é a diminuição da capacidade de distensão pulmonar, resultado da redução dos volumes pulmonares (volume residual, capacidade pulmonar total e capacidade residual funcional), estando preservadas as vias aéreas e a resistência. No paciente submetido a ventilação mecânica invasiva tal distúrbio pode ser avaliado e monitorado através da análise do(a):

- a) (Pressão de pico – pressão de platô) / Fluxo.
- b) Volume corrente / (pressão de platô – PEEP – PEEPi).
- c) Complacência estática X Resistência.
- d) P_{0,1}.
- e) Volume corrente / (pressão de pico – PEEP – PEEPi).

34. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDRA) pode ser decorrente de vários fatores de risco, seja de maneira pulmonar / direta, ou extrapulmonar / indireta, caracterizada por hipoxemia aguda, com infiltrado pulmonar difuso não explicado por insuficiência cardíaca, ou sobrecarga volêmica, apresenta uma caracterização funcional restritiva, expondo esse parênquima pulmonar a tensões e distensões excessivas do parênquima pulmonar. Sob o uso da prótese ventilatória invasiva e diante da disfunção restritiva o sistema respiratório poderá estar exposto a uma iatrogenia: VILI (*Ventilation-Induced Lung Injury*). Diante do exposto, a chave para minimizar essa lesão induzida pelo ventilador mecânico é, exceto:

- a) Diminuir a heterogeneidade pulmonar.
- b) Ajuste da FIO₂ ideal de acordo com a idade do paciente.
- c) Controle da energia mecânica transferida ao parênquima pulmonar < 17 J/min.
- d) Ajuste personalizado da PEEP.
- e) Pressão de platô < 30 cmH₂O e drive pressure < 15 cmH₂O.

35. A Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) pode ser definida com a incapacidade do sistema respiratório de promover, adequadamente, oferta de oxigênio (DO₂) necessárias para o metabolismo celular e/ou eliminação do gás carbônico e está entre os maiores motivos de internação na UTI e uso da ventilação mecânica invasiva. Alguns dos mecanismos fisiopatológicos que promovem a hipoxemia e comprometem a DO₂ estão associados com um distúrbio funcional restritivo, seja com presença de perfusão em unidades com ventilação reduzida, (ou até zerada), quanto à incapacidade do sangue em equilibrar-se completamente com o gás alveolar até o final do seu trânsito capilar, seja por diminuição da área de troca alvéolo-capilar, diminuição do trânsito capilar, redução da PvO₂ e SvO₂ e espessamento da barreira alvéolo-capilar. Diante do exposto e das repercussões funcionais geradas por tais mecanismos supracitados, a identificação, a avaliação e o monitoramento desse distúrbio se

faz necessário pelo fisioterapeuta, antes e após a sua intervenção. Entre os recursos que podem ser utilizados beira leito para essa análise em pacientes em ventilação mecânica estarão, exceto o(a):

- a) Resistência das vias aéreas.
- b) CaO_2 .
- c) Drive pressure.
- d) G(A-a)O_2 .
- e) Shunt.

36. A importância do estudo do sono tem razões óbvias, uma vez que passamos quase um terço de nossa vida dormindo. Quanto à avaliação do sono, a polissonografia constitui no mais comum exame de estudo dele. Durante esse exame será registrado continuamente, dentre outros, exceto:

- a) A eletrocardiografia.
- b) A eletroencefalografia.
- c) A eletro-oculografia.
- d) A eletromiografia.
- e) A bioimpedância elétrica.

37. Acerca da terceira edição da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3), julgue os itens colocando (V) verdadeiro ou (F) falso e assinale a opção correta.

() Indivíduos com distúrbios do sono clinicamente significativos nem sempre preenchem todos os critérios para um determinado diagnóstico. Nesses casos, diagnósticos provisórios com acompanhamento cuidadoso e novos testes podem ser necessários.

() O critério de duração da ICSD-3 para o transtorno de insônia crônica é de 3 meses, e um critério de frequência, pelo menos 3 X por semana.

() Os critérios para o diagnóstico da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) requerem sinais e sintomas como por exemplo, sonolência associada, fadiga entre outros, distúrbio médico psiquiátrico associado sem a necessidade de eventos respiratórios, predominantemente, obstrutivos (apneias obstrutivas e mistas, hipopneias, ou despertares relacionados ao esforço respiratório por hora de sono durante a polissonografia).

() Na ICSD-3, a classificação da narcolepsia foi alterada para “narcolepsia tipo 1” e “narcolepsia tipo 2”. Sendo a deficiência de hipocretina-1 a caracterização para definição da narcolepsia tipo 2.

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

38. ICSD-3 inclui sete categorias principais de distúrbios do sono: insônia, distúrbios respiratórios relacionados ao sono, distúrbios centrais de hipersonolência, distúrbio do sono-vigília do ritmo circadiano, distúrbios do movimento relacionados ao sono, parassonias e outros distúrbios do sono. Entre as opções das principais mudanças da ICSD-2 para o ICSD-3 incluem:

- a) Atualização do protocolo de realização da polissonografia.
- b) O tratamento emergente da apneia central do sono (CSA).
- c) Nova classificação do sono REM.
- d) A definição da síndrome das pernas inquietas.
- e) O diagnóstico para o transtorno de movimento periódico dos membros.

39. Sobre a atuação fisioterapêutica no paciente com COVID-19, marque a opção incorreta.

- a) A reabilitação é centrada no paciente e adaptada às necessidades individuais dele, devendo levar em conta as comorbidades que podem afetar o progresso do paciente, ou a capacidade de participar de um programa.
- b) Os pacientes com, ou em recuperação da COVID-19, não se beneficiam com programas de reabilitação embasados em exercícios progressivos, mobilização precoce e programas multiprofissional para melhorar tanto a independência funcional, quanto a caminhada.
- c) Exercícios de baixa intensidade (1-3 METs) devem ser considerados inicialmente, especialmente para pacientes que necessitem de oxigenoterapia, enquanto se monitoram, simultaneamente, os sinais vitais (frequência cardíaca, oximetria de pulso e pressão arterial).
- d) Aumento gradual do exercício e sua intensidade deve ser baseada nos sintomas.
- e) Todos os pacientes devem ter uma avaliação funcional para determinar deficiências musculoesqueléticas residuais, a fim de determinar um programa de reabilitação mais adequado possível.

40. Dentre os objetivos de intervenção e monitoramento no paciente com COVID-19 grave, sob ventilação mecânica invasiva estão, exceto:

- a) O monitoramento de biomarcadores de lesão pulmonar induzida pelo ventilador (VILI's) como drive pressure e a potência mecânica, quando associados, têm correlação com o aumento de mortalidade em 28 dias nos pacientes ventilados mecanicamente.
- b) Tanto na complacência pulmonar, como na complacência da parede torácica, na COVID-19 foram semelhantes às relatadas na SDRA não associada à COVID-19, apresentando uma caracterização de restrição pulmonar.

RASCUNHO.