



# Secretaria de Estado de Saúde Fundação Universidade de Brasília

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL E EM  
ÁREA PROFISSIONAL  
DA SAÚDE

## Caderno de Provas Objetiva e Discursiva

### LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de provas, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com os que estão registrados em sua folha de respostas, no seu caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas e em cada página numerada deste caderno. Confira também o nome do programa de residência para o qual você concorre, bem como área, conforme seu caso. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva, e dez questões correspondentes à prova discursiva de respostas curtas, acompanhadas de espaços para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto ao nome do programa para o qual você concorre, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:  
  
Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do concurso.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração das provas, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas —, ao preenchimento da folha de respostas e à transcrição dos textos para o caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas.
- 5 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e o seu caderno de textos definitivos e deixe o local de provas.
- 6 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada.
- 7 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas ou no caderno de textos definitivos poderá implicar a anulação das suas provas.

### OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em regulamento.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

## PROCESSO SELETIVO



**GDF**

Secretaria de  
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

**cespeUnB**  
Centro de Seleção e de Promoção de Eventos

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

## PROVA OBJETIVA

Tendo em vista que, no atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), o fisioterapeuta tem uma importante participação, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à entubação, evolução do paciente durante a ventilação mecânica, interrupção e desmame do suporte ventilatório e extubação, julgue os itens a seguir, relativos à atuação do fisioterapeuta no tratamento de pacientes sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

- 1 Para os pacientes em ventilação mecânica com uso de valores elevados de PEEP, é recomendado o uso do sistema de aspiração fechada, por determinar menor risco de hipoxemia e derrecrutamento alveolar.
- 2 A hiperinsuflação manual é uma técnica indicada para o deslocamento de secreção acumulada nas vias aéreas, pois aumenta o pico de fluxo inspiratório e reduz as forças de recolhimento elástico pulmonar.
- 3 A pressão do manguito do tubo traqueal deve ser monitorada diariamente e mantida entre 15 mmHg e 25 mmHg, uma vez que pressões superiores a esses valores podem provocar lesões isquêmicas na traqueia.
- 4 Para prevenir a pneumonia associada à ventilação mecânica, é recomendado que pacientes sob essa modalidade de ventilação sejam mantidos em decúbito dorsal e com o tronco elevado, entre 30° e 45°, desde que não haja contraindicações para essa posição.
- 5 A aspiração traqueal deverá ser realizada apenas quando necessária, em situações em que houver sinais da presença de secreção nas vias aéreas, tais como secreção visível ao tubo e padrão denteado na curva pressão *versus* volume observado na tela do ventilador.
- 6 Durante o procedimento de aspiração traqueal, é possível ocorrer hipoxemia induzida por esse processo e, para evitar seu surgimento, é necessário que se faça previamente uma hiperoxigenação ( $FiO_2 = 100\%$ ).

Retirar o paciente da ventilação mecânica pode ser mais difícil que mantê-lo. O processo de retirada do suporte ventilatório ocupa ao redor de 40% do tempo total despendido nas atividades de instalação/desinstalação de ventilação mecânica. Alguns autores descrevem o desmame como uma “área de penumbra da terapia intensiva” que, mesmo em mãos especializadas, pode ser considerada uma mistura de arte e ciência.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica.

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens a seguir, acerca do desmame da ventilação mecânica.

- 7 Uma das principais causas de fracasso na extubação é a obstrução da via aérea por inflamação e edema laríngeo, especialmente após a ventilação mecânica prolongada. Contudo, isso pode ser evitado com uma avaliação pré-extubação, na qual se pode identificar essa obstrução por meio do teste de permeabilidade.
- 8 A pressão de oclusão das vias aéreas nos primeiros milissegundos da inspiração ( $P_{0,1}$ ) pode ser corretamente utilizada como índice de desmame.
- 9 O teste de respiração espontânea é um método de interrupção da ventilação mecânica que permite ao paciente a ventilação pulmonar espontânea através do tubo orotraqueal conectado a uma peça em forma de T com uma fonte enriquecida de oxigênio.
- 10 O teste de respiração espontânea deverá ser interrompido caso o paciente apresente sinais de intolerância, tais como: frequência respiratória superior a 35 irpm, saturação arterial de oxigênio inferior 90% e frequência cardíaca superior a 140 bpm. O teste deverá ser tentado novamente seis horas depois da estabilização do paciente.
- 11 Os pacientes capazes de iniciar um esforço inspiratório e que apresentem gradiente alveoloarterial —  $G(A-a)$  — superior a 350 mmHg para uma  $FiO_2$  igual a 100% e  $PaO_2/FiO_2$  superior a 150 são candidatos a iniciar o processo de desmame da ventilação mecânica.

Considerando que a monitorização contínua da função respiratória em pacientes ventilados mecanicamente é importante para detectar complicações súbitas, contribuir para o diagnóstico, facilitar o prognóstico e avaliar a resposta terapêutica instituída, julgue os itens subsequentes.

- 12 Em condições estáticas, com o paciente relaxado, a complacência total do sistema respiratório é calculada por meio da divisão do volume corrente pela pressão dos componentes viscoelásticos e resistivos do pulmão.
- 13 Para a obtenção do cálculo de complacência estática, é necessário ter o valor da pressão de platô, que representa a pressão estática de retração elástica do sistema respiratório ao final da insuflação e que é determinada a partir da pausa expiratória ou oclusão da válvula inspiratória.
- 14 A resistência das vias aéreas é influenciada por um fenômeno conhecido por *pendelluft*, que corresponde à redução da pressão em função do tempo, dependente do realinhamento da matriz extracelular e das perdas de energia nos tecidos pulmonares e da parede torácica na interface ar-líquido.
- 15 A *auto-peep* ou *peep* intrínseca é ocasionada por uma hiperinsuflação pulmonar — que pode ser devida à perda de recolhimento elástico pulmonar — e pelo tempo expiratório insuficiente para exalar completamente o volume corrente antes do início do próximo ciclo inspiratório.
- 16 O G(A-a) de O<sub>2</sub> é utilizado como índice de eficiência de troca gasosa e estará reduzido no *shunt* direito-esquerdo e na desigualdade ventilação-perfusão.
- 17 A saturação do sangue venoso misto de oxigênio deve variar de 73% a 85%, e sua redução pode ser provocada por aumento no consumo de oxigênio e redução do débito cardíaco.

A reabilitação cardiovascular (RCV) é um ramo de atuação da cardiologia que, implementada por equipe de trabalho multiprofissional, contribui para restituir ao indivíduo uma condição clínica, física, psicológica e laborativa satisfatória. A respeito da RCV, julgue os seguintes itens.

- 18 A fase III da RCV, também denominada RCV em fase crônica, ocorre a partir do terceiro mês após o evento coronariano e objetiva alcançar e manter os efeitos fisiológicos da RCV até que surjam condições para a integração do paciente a grupo de reabilitação não supervisionado, que corresponde à fase IV da RCV.
- 19 De acordo com a via metabólica predominantemente mobilizada pelo organismo do indivíduo, o exercício físico é classificado em aeróbico e anaeróbico, sendo este caracterizado por baixa intensidade e longa duração.
- 20 Pacientes portadores de estenose mitral leve associada à fibrilação atrial devem estar em restrição absoluta para a prática de atividade física, ou seja, não devem ser submetidos sequer a atividade física leve.
- 21 Os betabloqueadores interferem em algumas respostas induzidas pelo exercício, provocando reduções na frequência cardíaca (FC). Por isso, para pacientes que façam uso desse tipo de substância, faz-se necessária a correção da frequência cardíaca de treinamento, por meio da fórmula % FC a corrigir =  $y + 95,58/9,74$ , em que  $y$  será a dose, em mg, do betabloqueador.

Paciente com cinquenta e oito anos de idade, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), deu entrada na UTI com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda, cursando com febre e calafrios. No exame físico, o médico percebeu a gravidade do caso e solicitou raio X de tórax e gasometria arterial. Após os resultados dos exames, o médico solicitou a intervenção do fisioterapeuta respiratório. Antes de intervir, e para traçar sua conduta, o fisioterapeuta verificou a gasometria arterial do paciente, cujos resultados foram os seguintes: pH de 7,18, PaO<sub>2</sub> de 70 mmHg; PaCO<sub>2</sub> de 65 mmHg; HCO<sub>3</sub> de 25 mEq/L; BE - 3; SpO<sub>2</sub> de 94%, para uma FiO<sub>2</sub> de 50%.

Com base no caso clínico acima, julgue os itens a seguir.

- 22 O paciente em questão apresenta insuficiência respiratória do tipo II, condizente com o quadro de DPOC.
- 23 De acordo com os dados da gasometria arterial do paciente, é correto o diagnóstico de acidose metabólica com hipoxemia.
- 24 O referido paciente apresenta quadro de hipoventilação.
- 25 Com o objetivo de reduzir os níveis de CO<sub>2</sub> no sangue arterial, o fisioterapeuta deve buscar meios de aumentar a ventilação do paciente.

Em relação às técnicas e aos dispositivos para expansão pulmonar, julgue os itens que se seguem.

- 26 Com a utilização de CPAP e EPAP — dispositivos de pressão positiva para expansão pulmonar —, reduz-se a atividade dos músculos ventilatórios durante o ciclo respiratório.
- 27 A técnica de espirometria de incentivo (EI) não deve ser aplicada em pacientes com capacidade vital (CV) abaixo de 10 ml/kg, pois esse valor indica incapacidade de expansão pulmonar com manejo da pressão intrapleural.
- 28 O aumento da pressão transpulmonar — que resulta da adição da pressão alveolar e da pressão intrapleural — produz distensão alveolar e gera volume pulmonar.
- 29 A Lei de Boyle é base física que descreve o funcionamento dos padrões ventilatórios para o tratamento de atelectasias.
- 30 Em pacientes com predomínio de áreas de baixa relação ventilação-perfusão e hipercapnia, a CPAP é um dispositivo que propicia o aumento da capacidade residual funcional (CRF) e da ventilação alveolar.

Considerando os conceitos da fisiopatologia cardiorrespiratória, julgue os itens subsequentes.

- 31 Hipertensão sistêmica, embolia pulmonar e insuficiência renal são causas de edema pulmonar não hidrostático.
- 32 Para pacientes com índice de massa corporal (IMC) superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, o risco de ocorrência de apnéia obstrutiva do sono (AOS) é maior que para os que apresentam IMC abaixo desse índice. A macroglossia e a retrognatia também são fatores que aumentam esse risco.

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é definida como uma lesão pulmonar aguda, infiltrado bilateral, hipoxemia refratária e redução da complacência pulmonar. Além disso, as superfícies de troca de gás estão acentuadamente reduzidas e a barreira-sangue-gás, muito espessada.

A. P. Fishman *et al.* Síndrome da distrição respiratória do adulto: características clínicas e patogênese. In: *Diagnóstico das doenças pulmonares*, vol. 3. São Paulo: Manole, 1992 (com adaptações).

Com base no conceito fisiopatológico da SDRA, julgue os itens a seguir.

- 33 A deterioração da troca gasosa da SDRA pode ser caracterizada por uma relação  $PaO_2/FiO_2$  abaixo de 300. Essa relação é utilizada como marcador de gravidade da síndrome.
- 34 O edema nos espaços intersticiais e alveolares decorrente da SDRA é considerado um exudato, ou seja, um edema alveolar rico em proteínas plasmáticas.
- 35 A principal causa de hipoxemia na SDRA é a hipoventilação devido à falência muscular respiratória.
- 36 O edema pulmonar decorrente da SDRA é considerado hidrostático, pois a pressão arterial pulmonar (PAP) se eleva devido à inflamação pulmonar grave.

Paciente com 67 anos de idade foi admitido em um hospital com diagnóstico de DPOC, apresentando dispneia aos pequenos esforços havia dois dias, frequência respiratória de 30 irpm, frequência cardíaca de 107 bpm e raio X de tórax que demonstrou retificação diafragmática. Na admissão, os seguintes exames foram apresentados:

**Exame 1.** Espirometria pós-broncodilatador (valores apresentados como porcentagem em relação aos valores previstos de normalidade):

Capacidade vital forçada (CVF): 59%  
 Volume expirado forçado no primeiro segundo ( $VEF_1$ ): 35%  
 Relação  $VEF_1/CVF$ : 33%  
 Capacidade residual funcional (CRF): 117%  
 Volume residual (VR): 140%  
 Capacidade pulmonar total (CPT): 123%  
 Difusão do monóxido de carbono (DCO): 67%

**Exame 2.** Gasometria arterial em repouso e em ar ambiente:

pH: 7,36  
 $PaCO_2$ : 59 mmHg  
 $PaO_2$ : 54 mmHg  
 $SaO_2$ : 88%  
 $HCO_3$ : 38mEq/L

Considerando o quadro clínico apresentado e os conceitos da fisiologia e fisiopatologia respiratórias, julgue os itens de 37 a 45.

- 37 Há presença da hiperinsuflação estática no caso apresentado.
- 38 De acordo com a apresentação clinicofuncional do paciente, há hiperventilação.

- 39 O sinal de Hoover é comum em pacientes com o mencionado grau de disfunção ventilatória.
- 40 Atualmente, a DPOC é considerada uma enfermidade sistêmica com efeitos extrapulmonares importantes. Uma das principais consequências da DPOC é a disfunção muscular esquelética com perda de fibras musculares oxidativas nos músculos periféricos e ventilatórios.
- 41 Considerando-se a  $PaO_2$  apresentada, o paciente em questão tem indicação de suporte de oxigênio suplementar (oxigenoterapia) 24 horas por dia.
- 42 A gasometria apresentada mostrou distúrbio crônico na ventilação alveolar.
- 43 A hiperinsuflação dinâmica (HD) pode ocorrer mesmo em pacientes sem obstrução ao fluxo aéreo.
- 44 De acordo com a situação clínica e os exames complementares, o referido paciente apresenta redução da zona de aposição diafragmática.
- 45 A resposta terapêutica da oxigenoterapia em pacientes com DPOC depende do grau do desequilíbrio ventilação-perfusão (V/Q).

João, paciente de 45 anos de idade, etilista, é admitido no hospital com infecção respiratória, dispneia, frequência respiratória de 40 irpm, frequência cardíaca de 118 bpm e pressão arterial de  $170 \times 110$  mmHg. A gasometria arterial (pressão barométrica de 690 mmHg) com  $FiO_2$  de 50% revelou os seguintes valores: pH = 7,23,  $PaCO_2$  = 65 mmHg,  $PaO_2$  = 60 mmHg,  $SaO_2$  = 81% e  $HCO_3$  = 18 mEq/L.

Com base nesse caso e nas informações apresentadas, julgue os seguintes itens.

- 46 João apresenta alcalose metabólica descompensada.
- 47 João apresenta diferença alveoloarterial de oxigênio além dos limites de normalidade.
- 48 O paciente em pauta está hiperventilado.
- 49 Nesse caso, a condição da troca gasosa está compatível com a síndrome do desconforto respiratório agudo.
- 50  $FiO_2$  de 50% é contraindicação para uso do suporte ventilatório não invasivo (VNI).

## PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS

- Nesta prova, faça o que se pede, usando os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para o **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS**, nos locais apropriados, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Será também desconsiderado o texto que não for escrito nos espaços correspondentes.
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.
- Na avaliação de cada questão, será atribuído até 1,0 ponto à capacidade de expressão na modalidade escrita e de uso das normas do registro formal culto da língua portuguesa.

### QUESTÃO 1

Um senhor com 72 anos de idade foi levado, inconsciente, por familiares, ao pronto-socorro de um hospital. Ao realizar o exame físico, o médico constatou que o paciente estava sem respirar e, rapidamente, providenciou a entubação traqueal e a instalação de ventilação mecânica. Horas depois, o paciente foi submetido a exame de ressonância magnética de crânio que evidenciou um AVE hemorrágico extenso que afetou o bulbo e a ponte por completo. Após tomar conhecimento do laudo do exame, o médico informou aos familiares que, dificilmente, o paciente voltaria a respirar sem o auxílio do ventilador mecânico.

Com base no caso clínico hipotético acima apresentado, redija um texto dissertativo, explicando por que esse paciente não deverá ter condições de respirar sem o auxílio do ventilador mecânico.

### RASCUNHO – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	

### QUESTÃO 2

Muitos recém-nascidos prematuros precisam ser encaminhados a UTI neonatal para cuidados respiratórios. Alguns deles entram com insuficiência respiratória e necessitam de ventilação mecânica, além de receberem surfactante pulmonar, para a estabilização do sistema respiratório e minimização do risco de óbito. A partir dessa informação, discorra sobre a relação do surfactante pulmonar com a complacência pulmonar e o trabalho de expansão pulmonar.

### RASCUNHO – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 3**

Um homem com 48 anos de idade, portador de esclerose múltipla, deu entrada no pronto-socorro de um hospital, com queixa de dispneia e sudorese intensa iniciada havia 4 horas. Durante o exame físico, verificou-se que o paciente estava fazendo uso de musculatura acessória, com frequência respiratória de 38 irpm, tosse seca e fraqueza muscular global. O médico solicitou uma gasometria arterial que apresentou os seguintes dados: pH = 7,28; PaO<sub>2</sub> = 71 mmHg; PaCO<sub>2</sub> = 58 mmHg; HCO<sub>3</sub> = 23 mEq/L; BE = +3; SatO<sub>2</sub> = 92%.

A partir do caso clínico hipotético acima, descreva, justificando, o laudo da gasometria arterial e determine, com fundamentação, em que tipo de insuficiência respiratória se enquadra a situação do paciente em questão.

**RASCUNHO – QUESTÃO 3**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 4**

Um homem com 48 anos de idade foi submetido a cirurgia de troca de valva mitral e obteve alta hospitalar há quatro meses. Ele está em tratamento e, durante a última avaliação fisioterapêutica, esse paciente apresentou os seguintes resultados de exames:

- **teste de esforço**: frequência cardíaca máxima atingida de 170 bpm, teste interrompido aos seis minutos por exaustão física;
- **ecocardiograma**: fração de ejeção de 53%.

Com base no caso clínico hipotético acima, descreva, com fundamentação, em que fase da reabilitação cardíaca o paciente em questão se encontra e esclareça como se calcula a frequência cardíaca de treinamento para execução de exercícios.

**RASCUNHO – QUESTÃO 4**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 5**

Uma senhora com 57 anos de idade, admitida em pós-operatório de laparotomia exploradora devido a perfuração por arma de fogo, encontra-se em estado grave na UTI de um hospital, com tubo orotraqueal e em ventilação mecânica. Durante visita clínica multiprofissional, foi discutido o caso da paciente e foram apresentados os seguintes dados:

- exames complementares: raio X com infiltrado em bases bilateralmente;
- gasometria arterial com o laudo de acidose respiratória com hipoxemia grave, apresentando índice de oxigenação de 120;
- ventilação mecânica no modo assistido-controlado com manutenção de altos valores de PEEP.

Após essa visita, a equipe decidiu pela manutenção dos valores da PEEP com o objetivo de manter o recrutamento alveolar diante do quadro clínico da paciente.

Com relação ao quadro clínico hipotético acima, descreva e justifique os efeitos fisiológicos do recrutamento alveolar na melhora do quadro clínico da paciente em apreço.

**RASCUNHO – QUESTÃO 5**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 6**

Às 10 h da manhã de determinado dia, uma paciente, após ser examinada, apresentava pressão parcial de oxigênio no sangue arterial ( $\text{PaO}_2$ ) de 85 mmHg, saturação arterial da hemoglobina pelo oxigênio ( $\text{SaO}_2$ ) de 98% e conteúdo de hemoglobina plasmática de 14 g/dL. Às 10 h 5 min dessa mesma manhã, a paciente sofreu uma forte reação hemolítica que, subitamente, reduziu sua hemoglobina para 7 g/dL.

Com relação ao caso clínico acima, assumindo que não haja doença pulmonar derivada de reações hemolíticas, descreva as consequências, no quadro da paciente, do evento ocorrido às 10 h 5 min, especificamente para a  $\text{PaO}_2$ , a  $\text{SaO}_2$  e o conteúdo arterial de oxigênio ( $\text{CaO}_2$ ).

**RASCUNHO – QUESTÃO 6**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 7**

Paciente com 45 anos de idade, com obesidade grave e IMC de  $51 \text{ kg/m}^2$ , relata dificuldade para respirar durante o sono. Após a realização de exame de polissonografia, foi diagnosticada síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e sugerida a utilização da CPAP com pressão de  $10 \text{ cmH}_2\text{O}$ .

Considerando o caso clínico hipotético acima, explique o mecanismo de ação da CPAP no sistema respiratório e suas consequências.

**RASCUNHO – QUESTÃO 7**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 8**

Paciente com 58 anos de idade, admitida no pronto-socorro de um hospital universitário, apresentava dispneia aos mínimos esforços, elevação da frequência respiratória e cardíaca, edemas nos membros inferiores e hipertensão arterial sistêmica. O exame de imagem mostrou aumento da área cardíaca e congestão pulmonar importante, e a gasometria revelou hipoxemia sem hipercapnia. A paciente, então, foi diagnosticada com edema pulmonar devido à insuficiência cardíaca congestiva descompensada.

Tendo em vista que, em casos como o acima descrito, tem-se utilizada a associação terapêutica de fármacos, oxigênio e CPAP, explique o mecanismo de ação da CPAP no sistema cardiovascular.

**RASCUNHO – QUESTÃO 8**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 9**

Paciente com 67 anos de idade, com história de tabagismo há 40 anos, foi admitida no pronto-socorro, queixando-se de falta de ar há dois dias, com tosse produtiva e expectoração esverdeada. Na avaliação inicial, foram obtidos os seguintes dados: índice de massa corporal (IMC) = 16 kg/m<sup>2</sup>, frequência respiratória de 45 irpm, frequência cardíaca de 123 bpm, temperatura corporal de 38 °C, saturação periférica de oxigênio de 81% e pressão arterial de 150 mmHg × 100 mmHg. A gasometria arterial coletada em ar ambiente (pressão barométrica de 760 mmHg) revelou pH = 7,21, PaCO<sub>2</sub> = 67 mmHg, PaO<sub>2</sub> = 47 mmHg, SaO<sub>2</sub> = 70% e HCO<sub>3</sub> = 25 mEq/dL.

Considerando as informações acima, determine, justificadamente, a anormalidade ácido-básica e o tipo de insuficiência respiratória presente no caso clínico apresentado.

**RASCUNHO – QUESTÃO 9**

1	
2	
3	
4	
5	

**QUESTÃO 10**

O programa de reabilitação pulmonar (PRP) pode ser definido como uma intervenção multidisciplinar, baseada em evidências, para o portador de doença respiratória crônica sintomática que apresente redução das AVDs. O PRP é moldado para redução dos sintomas, otimização da funcionalidade e redução dos custos financeiros e sociais por meio da estabilização clínica e da reversão das manifestações sistêmicas da doença respiratória. A maior quantidade de estudos acerca dos benefícios a curto, médio ou longo prazos dos PRPs foi obtida com a participação de pacientes com diagnóstico de DPOC.

Considerando as informações apresentadas no texto acima e o processo fisiopatológico da DPOC, redija um texto acerca dos efeitos positivos da reabilitação pulmonar nos pacientes com DPOC e dos meios pelos quais esses benefícios são obtidos.

**RASCUNHO – QUESTÃO 10**

1	
2	
3	
4	
5	