



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO E PESQUISA



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HUB/UnB 2010

ÁREA: FISIOTERAPIA

**Subáreas: Atenção Cardiopulmonar
Atenção Oncológica**

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de sua área/subárea transcritos acima com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e a sua área em cada página numerada de seu caderno de prova.** Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de sua área/subárea, 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 folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:**
Quando a cabeça pensa, o corpo agradece.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.**
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.**
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.**
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.**

OBSERVAÇÕES

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

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


Universidade de Brasília

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**. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas respostas.

PROVA OBJETIVA

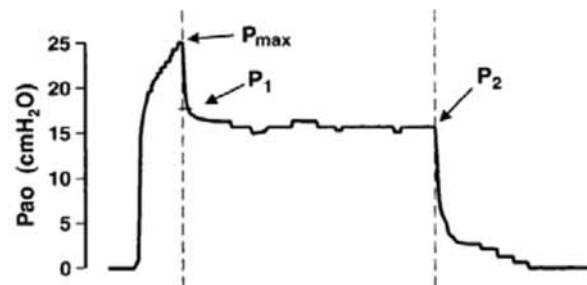
Determinado paciente, 76 anos de idade, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estável, em prova espirométrica, apresentou capacidade vital forçada (CVF) de 77%, volume expirado forçado no 1º segundo (VEF_1) de 29% e relação VEF_1/CVF de 31%. Além disso, na gasometria com fração inspirada de oxigênio (FIO_2) de 21% detectou-se $pH = 7,42$, $PaO_2 = 53$ mmHg, $PaCO_2 = 36$ mmHg, $HCO_3 = 22,7$ mmol/L e $SaO_2 = 87\%$.

A partir desse caso clínico, julgue os seguintes itens, a respeito de DPOC.

- De acordo com a classificação funcional do GOLD (*Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*), é correto afirmar que esse paciente tem DPOC de grau moderado, mas os resultados da gasometria indicam necessidade de oxigenoterapia contínua.
- A DPOC desencadeia alterações importantes na mecânica respiratória, como, por exemplo, geração de Auto-PEEP e de hiperinsuflação estática. No caso apresentado, é necessária a utilização de BIPAP noturna, para normalizar a ventilação do paciente e reduzir o trabalho ventilatório.
- O diafragma de pacientes com DPOC grave possui maior capacidade oxidativa, quando comparado com o diafragma de indivíduos saudáveis.
- Hipertensão pulmonar (HP), ou pressão aumentada na artéria pulmonar é comum em pacientes com DPOC muito grave. A HP pode ser causada por hipoxemia arterial, destruição do leito capilar pulmonar e policitemia.
- Devido à origem multifatorial da disfunção muscular na DPOC, em pacientes com DPOC, a perda da força muscular periférica não é proporcional à perda da massa muscular.
- Uma das principais formas de tratamento da DPOC é a reabilitação pulmonar, indicada quando o paciente apresenta, mesmo com medicação plena, dispneia e restrições físicas e sociais, independentemente da função pulmonar.
- Como em um parênquima pulmonar inhomogêneo há diferentes constantes de tempo no sistema respiratório, o aprisionamento aéreo pode ocorrer progressivamente durante o exercício físico, levando à redução da capacidade inspiratória (CI), com impacto direto na capacidade de exercício (CE). Por isso, quanto maior a intensidade do exercício, maior será a carga mecânica dos músculos intercostais externos e escalenos devido à hiperinsuflação dinâmica.
- O treinamento físico da musculatura periférica pode aumentar a força muscular respiratória em pacientes com DPOC, independentemente de treinamento específico para os músculos da respiração.
- Para pacientes com DPOC de grau moderado a grave, segundo classificação do GOLD, o teste de caminhada de seis minutos (TC6) é considerado prova de esforço máximo, pois o limite físico do paciente ocorre antes do tempo determinado para a finalização do teste.
- A desnutrição pode atingir até 50% dos pacientes com DPOC hospitalizados, e torna-se um fator prognóstico negativo, independentemente da função pulmonar.

Em relação a mecânica respiratória e ventilação mecânica, julgue o item abaixo.

- Na curva pressão-volume (PV), o fato de o segmento ascendente da curva posicionar-se à direita do segmento descendente evidencia-se o fenômeno denominado histerese pulmonar. A magnitude desse fenômeno depende do volume de gás administrado ao final do ciclo inspiratório e possui várias causas, como, por exemplo, o recrutamento alveolar durante a inspiração e a manutenção do recrutamento desses mesmos alvéolos durante a expiração.



Na realização da técnica oclusão, ao final da inspiração (OFI) para aferição da mecânica respiratória, foi gerado o gráfico acima, que relaciona pressão da via em função do tempo, em que PaO = pressão na via aérea (em cmH_2O) e P_{max} = Pressão máxima na via aérea.

Considerando essas informações e o gráfico, julgue os próximos itens.

- P_2 representa a pressão de recolhimento elástico do sistema respiratório e de seus componentes: caixa torácica e pulmões.
- Na técnica citada, não há necessidade de desconectar o paciente do ventilador mecânico. Entretanto, devido ao risco de barotrauma, essa técnica não pode ser realizada em qualquer nível de pressão positiva ao final de expiração (PEEP).
- Para pacientes em ventilação artificial, o modo ventilatório indicado para realização da OFI é o volume-controlado com fluxo descendente.
- A diferença entre P_{max} e P_1 é chamada de queda rápida de pressão e representa a dissipação de energia nos componentes viscoelásticos pulmonares.

Um paciente de 45 anos de idade, internado em unidade de terapia intensiva (UTI) em coma, com respiração espontânea, apresentou frequência respiratória (FR) de 8 incursões por minuto (ipm). Às 8 h da manhã, realizou-se exame de gasometria arterial (em repouso e ar ambiente), que apresentou os seguintes resultados: pH = 7,47, pressão arterial de O₂ (PaO₂) = 85 mmHg, pressão arterial de CO₂ (PaCO₂) = 25 mmHg, saturação arterial de O₂ (SaO₂) = 98%; conteúdo arterial de O₂ (CaO₂) = 22 mL O₂/dL, [Na⁺] = 130 mmol/L (130 mEq/L); [K⁺] = 4 mmol/L (4 mEq/L), [Cl⁻] = 104 mmol/L (mEq/L) e [CO₂] = 20 mmol/L (18 mEq/L) e hemoglobina (Hb) = 14g/dL. Esse paciente sofreu uma reação hemolítica que, repentinamente, diminuiu sua hemoglobina para 7g/dL.

A partir desse caso clínico, julgue os itens que se seguem, considerando que o paciente não apresenta doença pulmonar.

- 16 A PaO₂, a SaO₂ e o CaO₂ não sofrerão alterações devido à reação hemolítica.
- 17 O paciente está hipoventilando, pois sua frequência respiratória está abaixo de 12 ipm.
- 18 Os eletrólitos indicam que não há acidose metabólica.
- 19 No quadro clínico apresentado, a ventilação não invasiva é indicada para manutenção da estabilidade ventilatória e oxigenação tecidual adequada.
- 20 Mesmo sem doença pulmonar, esse paciente pode desenvolver atelectasia passiva.

Um paciente com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada foi admitido no Hospital Universitário de Brasília (HUB), apresentando dispnéia ao repouso, frequência respiratória (FR) = 46 incursões por minuto (ipm), frequência cardíaca (FC) = 159, pressão arterial (PA) = 85 mmHg x 65 mmHg, batimento de asa de nariz e uso de musculatura acessória. O exame radiológico revelou edema pulmonar (EP) com distribuição central, cardiomegalia e um extenso derrame pleural (DP) no hemitórax direito. A gasometria com fração inspirada de O₂ (FiO₂) = 50% apresentou pH = 7,40, PaCO₂ = 25 mmHg, PaO₂ = 52 mmHg, SaO₂ = 85%, e HCO₃⁻ = 15 mEq/L.

Considerando essa situação hipotética, julgue os itens subsequentes.

- 21 Tanto no EP quanto no DP, as áreas perfundidas de baixa relação ventilação-perfusão são os principais fatores fisiopatológicos responsáveis pelo distúrbio de oxigenação nesses casos.
- 22 Devido à grande capacidade de distensão e recrutamento vascular, mesmo durante a fase de descompensação da ICC e de edema pulmonar, a pressão arterial pulmonar se mantém entre 10 mmHg e 12 mmHg.
- 23 A impedância do sistema respiratório diminui, pois há redução da complacência pulmonar.
- 24 Nessa situação está caracterizada a insuficiência respiratória tipo I.
- 25 Com objetivo de recrutar os alvéolos e otimizar a oxigenação, nessa situação, há indicação de ventilação não invasiva (VNI) na modalidade CPAP.

Atualmente, a obesidade é a doença metabólica mais comum no mundo e, em 2015, estima-se que atingirá 10% da população mundial. Essa enfermidade acomete todas as faixas etárias e todos os níveis socioeconômicos, e sua prevenção e seu tratamento são prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, há importante associação entre obesidade e distúrbios relacionados ao sono, asma e, principalmente, cardiopatias.

Acerca do impacto da obesidade no sistema respiratório e cardiovascular e da abordagem fisioterapêutica nesse contexto, julgue os itens seguintes.

- 26 Do ponto de vista da mecânica respiratória, há relação inversa e proporcional entre capacidade residual funcional (CRF) e condutância do sistema respiratório.
- 27 Em pessoas com índice de massa corporal (IMC) de 25 kg/m² já é possível observar alterações na função pulmonar, principalmente nas variáveis VEF₁ e CVF.
- 28 Na ausência de doença pulmonar, o padrão espirométrico comum do paciente com obesidade mórbida é do tipo restritivo.
- 29 Em obesos, há aumento da resistência ao fluxo aéreo, o que pode ser constatado diretamente pela redução do VEF₁ em relação ao valor previsto com normalidade.
- 30 Na obesidade de grau III, mesmo com aumento da carga elástica do sistema respiratório, é comum a manutenção da CVF e da CRF nos níveis previstos de normalidade.

Quanto à influência da ventilação mecânica, de enfermidades como DPOC e asma e das técnicas fisioterapêuticas na mecânica do sistema respiratório, julgue os seguintes itens.

- 31 Auto-PEEP é a diferença entre a pressão alveolar e a pressão existente na abertura das vias aéreas no início da expiração.
- 32 A hiperinsuflação dinâmica e a atividade dos músculos expiratórios são capazes de gerar auto-PEEP.
- 33 O sinal de Hoover, descrito como movimento paradoxal das últimas costelas durante o início da inspiração, é observado em pacientes com obstrução severa ao fluxo aéreo e retificação diafragmática.
- 34 De forma similar ao que ocorre durante o uso da PEEP externa, em pacientes sob ventilação mecânica artificial, a auto-PEEP pode determinar alterações hemodinâmicas como redução do retorno venoso e do débito cardíaco.
- 35 Pacientes com atividade da musculatura expiratória podem gerar auto-PEEP no mesmo nível volumétrico do CRF ou abaixo do volume da CRF.
- 36 Em pacientes com DPOC, a atividade da musculatura expiratória agrava a limitação ao fluxo aéreo expiratório.
- 37 A auto-PEEP só pode ser aferida em condições estáticas, pois a medida deve ser realizada com o sistema respiratório em repouso (sem fluxo aéreo).
- 38 Em pacientes que apresentam hiperinsuflação dinâmica e atividade muscular expiratória, a utilização de PEEP externa não é recomendada, visto que pode acrescentar uma carga resistiva ao sistema respiratório.
- 39 Uma das principais características da hiperinsuflação dinâmica é a persistência do fluxo aéreo expiratório até o início da inspiração subsequente, exceto quando ocorre o colapso das vias aéreas.

No que concerne a fisiopatologia das enfermidades infecciosas no sistema respiratório e sua interação com intervenções terapêuticas nas áreas da terapia intensiva, clínica médica e clínica cirúrgica, julgue os seguintes itens.

- 40 A lesão pulmonar aguda (LPA) e a síndrome do desconforto respiratório (SDRA) são bastante semelhantes quanto às características clínicas, pois ambas cursam com síndrome de insuficiência respiratória de instalação aguda, infiltrado pulmonar bilateral à radiografia de tórax e pressão de oclusão da artéria pulmonar acima de 18 mmHg. A diferenciação se dá em relação à oxigenação, na LPA, $PaO_2/FIO_2 \leq 300$ e na SDRA, $PaO_2/FIO_2 \leq 200$.
- 41 Nos pacientes com SDRA em ventilação mecânica, a manutenção da pressão de platô abaixo de 45 cmH₂O auxilia na preservação do tecido pulmonar e evita a hiperdistensão de unidades alveolares com complacência reduzida.
- 42 Em pulmões com LPA, a manobra de recrutamento alveolar aplicada com PEEP externa pode gerar efeitos distintos no parênquima pulmonar. Isso ocorre devido à diferença na pressão de abertura alveolar e na relação pressão-volume de regiões pulmonares distintas (inomogenidade pulmonar) e em função do gradiente gravitacional da pressão pleural que existe no pulmão.
- 43 Para pacientes com SDRA sob ventilação artificial, a técnica de compressão-descompressão está indicada, pois, além favorecer a higiene brônquica, potencializa a oxigenação e a re-expansão de alvéolos colabados.
- 44 Pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta que desenvolvem atelectasia no período de pós-operatório e possuem capacidade vital (CV) abaixo de 10 mL/kg devem ser submetidos a técnicas de expansão pulmonar que têm como princípio a redução da pressão pleural.
- 45 A técnica aceleração de fluxo expiratório deve ser aplicada em pacientes com DPOC moderada, pois, nesse estágio da doença, ainda é possível aumentar o VEF₁ com manobras de compressão externa.

Em relação às bases fisiológicas da ventilação mecânica e seus modos, julgue os itens a seguir.

- 46 A principal diferença entre os modos ventilação com pressão controlada (VPC) e ventilação com pressão de suporte (PSV) é a forma de ciclagem. A VPC cicla em função do fluxo (F) e a PSV cicla em função do tempo inspiratório (TI).
- 47 A ventilação volumétrica assistida com pressão de suporte (VAPS) é uma modalidade de duplo controle (fluxo e pressão), mas, não pode ser aplicada em modos básicos controlados e assistidos.
- 48 De acordo com a Equação do Movimento, no modo de ventilação volume controlado (VVC), a pressão desenvolvida na via aérea é livre, o fluxo é a variável que limita o modo e o volume corrente é a única variável que determina término do ciclo ventilatório.

Foi encaminhado para reabilitação pulmonar um paciente de 77 anos de idade com sequela de acidente vascular cerebral (AVC) ocorrido há três anos e diagnóstico de DPOC leve, sedentário e que apresenta dispneia nas atividades de vida diária. Às 7 h 30 min da manhã realizou exame gasométrico, que apresentou os seguintes valores (em ar ambiente): pH = 7,30, pressão arterial de CO₂ (PaCO₂) = 68 mmHg, pressão arterial de O₂ (PaO₂) = 58 mmHg, SpO₂ = 89%, [Na⁺] = 142 mmol/L (142 mEq/L), [K⁺] = 4 mmol/L (4 mEq/L), [Cl⁻] = 106 mmol/L (106 mEq/L) e [CO₂] = 24 mmol/L (26 mEq/L). A pressão barométrica era de 760 mmHg.

Com base no caso apresentado acima, julgue os próximos itens

- 49 O distúrbio da oxigenação apresentado pelo paciente é apenas uma consequência da hipoventilação.
- 50 De acordo com resultados dos eletrólitos, não há acidose metabólica associada.

Julgue os itens a seguir a respeito da fisiologia cardiovascular.

- 51 O sistema de Purkinje é responsável por conduzir a energia elétrica gerada no nodo sinoatrial para os átrios direito e esquerdo.
- 52 O nodo sinoatrial é responsável pela geração de energia elétrica necessária para a contração do miocárdio, sendo, por isso, considerado o marcapasso cardíaco.
- 53 A hiperpolarização das células dos nodos sinoatrial e atrioventricular, causada pelo aumento do tônus parassimpático, diminui a frequência cardíaca.
- 54 A viscosidade do sangue é a variável mais importante na determinação da resistência vascular.
- 55 Segundo a lei de Fick, o consumo de oxigênio é igual ao produto do débito cardíaco pela diferença arteriovenosa de oxigênio.

Acerca da fisiologia respiratória, julgue os próximos itens.

- 56 A plenitude das trocas gasosas pulmonares não depende somente dos fatores enunciados na lei de difusão de Fick, mas também da inclinação da curva de dissociação da hemoglobina.
- 57 O reflexo de insuflação de Hering-Breuer consiste na inibição da inspiração em resposta ao aumento do gradiente pressórico transmural pulmonar.
- 58 Quando um indivíduo está em repouso, respirando tranquilamente no nível do mar e em ar ambiente, a energia potencial elástica armazenada nos tecidos pulmonares e da caixa torácica durante a inspiração faz que o trabalho expiratório seja totalmente transferido para os músculos inspiratórios.
- 59 Em pulmões que possuem constantes de tempo diferentes, a complacência dinâmica pulmonar aumenta com incrementos da frequência respiratória.
- 60 O volume de oclusão, que denota o volume pulmonar no qual as vias aéreas periféricas se fecham, pode ser determinado durante a ventilação mecânica por pressão positiva utilizando-se o método de oclusão das vias aéreas ao final da inspiração.
- 61 A diferença entre os valores de todos os eletrólitos de carga positiva e de carga negativa dissolvidos no plasma, denominada *anion gap*, é utilizada para pesquisar a presença de acidose metabólica.

Julgue os seguintes itens a respeito da anatomia do assoalho pélvico.

- 62 Os músculos levantadores do ânus são inervados pelo nervo perineal originado no nervo pudendo e pelo ramo perineal de S4.
- 63 Os músculos levantadores do ânus elevam o assoalho pélvico e auxiliam na compressão do conteúdo abdominal e pélvico.
- 64 O plexo coccígeo é uma rede de fibras nervosas formada pelos ramos ventrais de L4 e L5.
- 65 O músculo piriforme roda a coxa internamente e auxilia na manutenção da cabeça do fêmur no acetábulo.

Acerca da estrutura e função dos músculos esqueléticos, julgue os itens subsequentes.

- 66 A abertura de canais ligando-dependentes permeáveis aos cátions na placa motora decorre da ligação da acetilcolina com receptores muscarínicos.
- 67 Na produção de ATP muscular, a fosforilação oxidativa é o sistema energético de menor eficiência.
- 68 A geração de força pelos músculos esqueléticos é inversamente proporcional à frequência de liberação dos *quanta* na placa motora.
- 69 Os túbulos T são as estruturas responsáveis por conduzir os estímulos elétricos para as fibras musculares que não fazem parte da placa motora.
- 70 As fibras musculares do tipo I são as mais eficientes na utilização do oxigênio.
- 71 A maior força muscular se desenvolve na contração excêntrica de alta velocidade.

Acerca da avaliação das propriedades mecânicas do sistema respiratório, julgue os seguintes itens.

- 72 A concavidade do ramo esforço-independente da curva fluxo-volume indica fechamento precoce das vias aéreas periféricas.
- 73 A pressão de pico vista no método de oclusão rápida das vias aéreas ao final da inspiração representa a impedância total do sistema respiratório.
- 74 No método de oclusão rápida das vias aéreas ao final da inspiração, a diferença entre a pressão de pico e a de platô representa a resistência intrínseca do sistema respiratório.

Quanto ao tratamento fisioterapêutico ambulatorial para pacientes oncológicos, julgue os itens a seguir.

- 75 O enfaixamento compressivo é contraindicado nos casos de linfedema recidivantes.
- 76 Fisioterapia complexa descongestiva é a intervenção fisioterapêutica mais eficaz para o tratamento do linfedema pós-mastectomia.
- 77 No membro acometido por linfedema, os exercícios ativos resistidos são contraindicados.
- 78 A capsulite adesiva, o encurtamento muscular e o linfedema são complicações pós-operatórias das mastectomias.
- 79 O linfedema sempre ocorre após retirada cirúrgica dos gânglios linfáticos axilares.
- 80 Um dos objetivos do tratamento fisioterapêutico é a manutenção da amplitude de movimento do ombro ipsilateral à mastectomia radical.
- 81 O uso de banho de contraste é indicado para o tratamento de linfedema pós-mastectomia.

A respeito da fisiopatologia e do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária e fecal, julgue os itens que se seguem.

- 82 A incontinência urinária é a perda involuntária da urina causada por falha da coaptação da uretra.
- 83 Os cones vaginais pesam de 20 gramas a 100 gramas e provocam contração reflexa da musculatura do assoalho pélvico, seu principal mecanismo de ação.
- 84 O uso do *biofeedback* é contraindicado quando há hipereatividade do detrusor.
- 85 A eletroestimulação utilizada no tratamento de pacientes com incontinência urinária se baseia no princípio da capacitância para despolarizar as fibras musculares.
- 86 Na incontinência urinária por esforço, ocorre a perda involuntária de urina quando a bexiga já atingiu sua plenitude ou até mesmo quando sua capacidade vesical foi ultrapassada.
- 87 No *pad test*, valores do absorvente de 2 gramas a 10 gramas são encontrados na forma severa da incontinência urinária.
- 88 A reeducação miccional e a cinesioterapia fazem parte do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária.
- 89 O gotejamento terminal e a sensação de esvaziamento incompleto são considerados sintomas do trato urinário inferior.
- 90 O parto vaginal e a gestação são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária de esforço.

Julgue os próximos itens a respeito da avaliação e tratamento fisioterapêutico de cardiopatas crônicos.

- 91 Exercícios aeróbicos a 90% do consumo máximo de oxigênio devem ser priorizados nas sessões da fase III da reabilitação cardíaca.
- 92 Os métodos indiretos utilizados para se estabelecer a intensidade de treinamento invariavelmente levam em consideração as frequências cardíacas máxima e de repouso.
- 93 A escala modificada de Borg avalia a sensação subjetiva de esforço.
- 94 Para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, os programas de reabilitação cardíaca também têm como objetivo aumentar o limiar de fadiga dos músculos dos membros inferiores.
- 95 Na fase crônica da cardiopatia isquêmica, exercícios que demandam gasto energético de 2.000 kcal por semana, divididos em 3 a 5 sessões, são suficientes para produzir os efeitos terapêuticos desejados.
- 96 A classificação dos cardiopatas segundo os critérios estabelecidos pela New York Heart Association determina a intensidade do treinamento a ser prescrito.

Acerca das intervenções fisioterapêuticas para pacientes internados nas enfermarias das clínicas médica e cirúrgica, julgue os itens a seguir.

- 97 Nos pacientes que apresentam capacidade vital inferior a 10 mL/kg, os recursos fisioterapêuticos indicados para reexpandir os pulmões são os resistores de orifício.
- 98 As atelectasias são mais prevalentes após 72 horas das cirurgias abdominais altas, período no qual a função diafragmática está mais inibida.
- 99 A espirometria de incentivo e o uso de pressão positiva são recursos igualmente eficazes para prevenir complicações pulmonares pós-operatórias, como, por exemplo, a pneumonia.
- 100 A deambulação precoce deve ser implementada para todos os pacientes no pós-operatório imediato de cirurgias torácicas, com exceção dos que apresentam trombose venosa profunda não tratada.