

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

1) De acordo com a resolução COFFITO 400/2011 que disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia Respiratória, para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia Respiratória é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência, exceto:

(A) Realizar avaliação física e cinesiofuncional do sistema cardiorrespiratório e neuro-músculo-esquelético.

(B) Realizar avaliação e instalação da via aérea artificial.

(C) Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar.

(D) Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva.

(E) Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais.

2)

2) Compete ao fisioterapeuta especialista profissional em Fisioterapia Respiratória a realização do seguinte exame complementar:

(A) Eletromiografia de superfície.

(B) Escanometria funcional.

(C) Biópsia muscular respiratória.

(D) Broncoscopia respiratória.

(E) Broncorreação medicamentosa.

3)

3) Dentro da implantação e organização de um serviço fisioterapia em um hospital de média complexidade, com base nas atribuições regulamentadas pelo COFFITO e nas diretrizes sobre gestão em saúde, assinale a alternativa correta:

(A) O fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória está habilitado a exercer coordenação, supervisão, gestão e responsabilidade técnica no serviço, participando da definição de fluxos e da composição da equipe multiprofissional.

(B) São componentes dos protocolos assistenciais da fisioterapia a troca e a retirada de cânula de traqueostomia.

(C) A atuação do fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória é prioritariamente hospitalar, mas sua inserção suplementar em outros cenários, como atenção primária e domiciliar, depende de regulamentação específica do gestor de saúde local.

(D) As atribuições do fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória estão na execução de técnicas e protocolos clínicos, cabendo a outros profissionais da equipe multiprofissional as funções de planejamento, auditoria e gestão de serviços.

(E) Atividades educativas, treinamento da equipe multiprofissional ou orientação a familiares não fazem parte da gestão da assistência pelo fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória.

4)

4) Não compete ao escopo de exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia Respiratória:

(A) Solicitar espirometria.

(B) Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar.

(C) Emitir laudos.

(D) Determinar diagnóstico nosológico.

(E) Realizar espirometria.

5)

5) O exercício profissional do Fisioterapeuta Respiratório é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas, exceto:

(A) Suporte avançado de vida.

(B) Farmacologia aplicada.

(C) Próteses, Órteses e Tecnologia Assistiva.

(D) Suporte ventilatório invasivo.

(E) Recondicionamento físico funcional.

6)

6) Na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), em relação às Condições de "Saúde Cinético-Funcional" (CBDF-S), qual subcódigo se refere ao sistema respiratório?

(A) S02

(B) S03

(C) S04

(D) S05

(E) S06

7)

7) Não está catalogado no referencial brasileiro de procedimentos fisioterapêuticos – RBPF (resolução-COFFITO N° 618/2025) o seguinte procedimento:

(A) Eletrodiagnóstico por estímulo de superfície.

(B) Ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo.

- (C) Avaliação computadorizada da função muscular ventilatória.
- (D) Tomografia por Bioimpedância Elétrica.
- (E) Pneumocinemática funcional.
-

8)

8) O pulmão apresenta características estruturais que o tornam altamente eficiente para a troca gasosa. Entre os aspectos abaixo, qual descreve corretamente uma característica funcional diretamente relacionada à sua estrutura?

- (A) A grande área de superfície fornecida pelos alvéolos, associada à fina barreira alveolocapilar, favorece a difusão rápida de gases entre o ar inspirado e o sangue.
- (B) O epitélio das vias aéreas terminais é especializado principalmente na produção de surfactante pulmonar, essencial para reduzir a tensão superficial alveolar.
- (C) A principal função das vias aéreas condutoras é permitir a troca gasosa, já que possuem contato íntimo com a rede capilar.
- (D) Os bronquíolos respiratórios não são considerados parte da zona de transição, pois não participam tanto da condução de ar quanto das trocas gasosas.
- (E) Em condições normais, a barreira alveolocapilar é responsável pelo transporte da hemoglobina do plasma para os eritrócitos.
-

9)

9) A ventilação pulmonar pode ser medida e analisada a partir dos volumes e capacidades pulmonares. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta:

- (A) O volume corrente (VC) representa o ar que permanece nos pulmões após uma expiração forçada máxima.
- (B) A capacidade vital (CV) corresponde à soma do volume corrente com o volume de reserva inspiratória e o volume de reserva expiratória.
- (C) A capacidade residual funcional (CRF) é o volume de ar nos pulmões após uma inspiração máxima.
- (D) O volume residual (VR) pode ser medido diretamente por espirometria, pois é exalado na respiração normal.
- (E) A ventilação alveolar é igual ao produto da frequência respiratória pelo volume corrente, somando o espaço morto anatômico.
-

10)

10) Em relação à distribuição da ventilação nos pulmões em posição ortostática, assinale a alternativa correta:

- (A) Os ápices pulmonares recebem maior ventilação do que as bases, porque o gradiente de pressão pleural favorece maior complacência alveolar nas regiões superiores.

(B) A distribuição da ventilação é homogênea em todas as regiões pulmonares, já que a ventilação minuto é determinada apenas pelo volume corrente e pela frequência respiratória.

(C) As bases pulmonares recebem maior ventilação, pois os alvéolos basais encontram-se mais próximos do volume residual, apresentando maior complacência e variação de volume durante a inspiração.

(D) O gradiente gravitacional afeta apenas a perfusão, não exercendo influência significativa sobre a ventilação regional.

(E) Durante a respiração tranquila, os ápices apresentam maior ventilação porque os alvéolos estão mais distendidos em repouso e podem expandir-se mais durante a inspiração.

11)

11) Um paciente com enfisema pulmonar apresenta destruição de septos alveolares e perda da área de superfície de difusão. Considerando a fisiologia da difusão de gases, assinale a alternativa correta:

(A) O comprometimento da difusão é causado principalmente pelo aumento da espessura da barreira alveolocapilar, que reduz a permeabilidade ao oxigênio.

(B) A saturação arterial de oxigênio permanece normal em repouso, mas tende a melhorar ainda mais durante o exercício, pela redução do tempo de trânsito capilar.

(C) A difusão de oxigênio não é afetada pelo enfisema, pois sua pressão parcial alveolar é sempre maior que a pressão capilar.

(D) A difusão do oxigênio é prejudicada porque a área de troca gasosa é reduzida, diminuindo o fluxo de oxigênio segundo a Lei de Fick.

(E) O gás carbônico sofre prejuízo proporcionalmente maior que o oxigênio, já que depende mais da área de superfície para difundir-se.

12)

12) Em relação à circulação pulmonar, assinale a alternativa correta:

(A) Opera sob alta pressão e alta resistência vascular.

(B) A pressão arterial pulmonar é maior do que a pressão sistêmica.

(C) O fluxo sanguíneo pulmonar é intermitente, ocorrendo apenas durante a inspiração.

(D) O fluxo pulmonar depende exclusivamente da frequência cardíaca, independentemente da pressão.

(E) Os vasos alveolares estão expostos à pressão alveolar e são comprimidos em casos de aumento da pressão alveolar.

13)

13) Sobre o transporte de gases no sangue, assinale a alternativa correta:

(A) O gás carbônico (CO_2) se transporta quase que exclusivamente dissolvido no plasma.

(B) A afinidade pelo oxigênio (O_2) da hemoglobina é aumentada pelo aumento da concentração de H^+ no eritrócito.

(C) A maior parte do CO_2 é transportada como íon bicarbonato, formado a partir da reação catalisada pela anidrase carbônica.

(D) O O_2 somente é transportado no sangue combinado com a hemoglobina.

(E) O efeito Haldane descreve como a oxigenação do sangue aumenta a capacidade de transporte de CO_2 .

14)

14) Um paciente com DPOC grave apresenta PaCO_2 cronicamente elevada (65 mmHg), com pH relativamente normal devido à compensação renal. Durante uma exacerbação, ele recebe oxigenoterapia com FiO_2 de 50%. Pouco tempo depois, o paciente apresenta sonolência progressiva e hipoventilação. Qual o principal mecanismo fisiológico responsável?

(A) Supressão do estímulo ventilatório central pelo excesso de oxigênio (O_2), reduzindo a resposta dos quimiorreceptores periféricos.

(B) Aumento da sensibilidade dos quimiorreceptores centrais ao gás carbônico (CO_2).

(C) Supressão do centro respiratório pelo aumento direto da pressão parcial de oxigênio no líquido cerebrospinal.

(D) Redução do efeito Haldane, com consequente retenção de CO₂ no sangue.

(E) Aumento do shunt fisiológico pelo fechamento de áreas de baixo V/Q, devido à perda da vasoconstrição hipóxica.

hospitalar, não devendo ser usados como intervenção inicial.

15)

15) Durante um exame de função pulmonar, avalia-se a complacência estática de um paciente. Em condições normais, qual das situações abaixo melhor representa o comportamento da complacência pulmonar?

(A) A complacência pulmonar aumenta na fibrose pulmonar, pois os pulmões ficam mais rígidos.

(B) A complacência pulmonar diminui no enfisema, devido à destruição das fibras elásticas.

(C) A complacência é maior em volumes pulmonares muito baixos, devido à maior retração elástica do tecido.

(D) A complacência pulmonar é constante em todos os volumes pulmonares, pois resulta apenas da estrutura elástica do colágeno.

(E) A complacência pulmonar é maior em volumes pulmonares médios e diminui tanto em volumes muito baixos quanto muito altos.

16)

16) Sobre os programas de treinamento físico domiciliar e comunitário em reabilitação pulmonar para pacientes com DPOC, assinale a alternativa correta:

(A) São modalidades com níveis de evidência limitados, pois é sabido que apenas programas supervisionados garantem benefícios sustentados em capacidade de exercício e qualidade de vida.

(B) Requerem infraestrutura tecnológica avançada para acompanhamento não-presencial do fisioterapeuta, o que limita sua aplicabilidade.

(C) Estudos demonstram que, quando adequadamente estruturados, reduzem dispneia e aumentam a capacidade de exercício de forma comparável aos programas supervisionados em clínicas ou hospitais.

(D) Não podem ser recomendados para aqueles pacientes com risco de exacerbações graves, mesmo quando supervisionados a distância.

(E) Os achados científicos mais recentes recomendam apenas como manutenção após reabilitação

17)

17) Um paciente com DPOC grave e hipercapnia crônica é submetido a ventilação não invasiva domiciliar. Após falha de adaptação ao modo BiPAP S/T convencional, decide-se utilizar modos de ventilação com 'volume-assured pressure support' (AVAPS). Sobre esse modo ventilatório, assinale a alternativa correta:

(A) O AVAPS fornece um volume corrente fixo, sem variação na pressão inspiratória, sendo mais semelhante ao modo controlado por volume.

(B) A pressão de suporte varia para garantir um volume corrente alvo, geralmente de 6–8 mL/kg de peso corporal ideal, essa variação está relacionada à necessidade (mecânica pulmonar, esforço do paciente, vazamentos) para assegurar o volume programado.

(C) A principal limitação do AVAPS é o possível aumento de hipercapnia diurna, quando comparado ao BiPAP S/T, devido a assincronias comuns nesse modo ventilatório.

(D) O AVAPS não permite melhora clínica em pacientes com encefalopatia metabólica associada à exacerbação hipercápnica da DPOC.

(E) Em pacientes com hipercapnia estável, o AVAPS mostrou-se inferior ao BiPAP S/T em desfechos clínicos, apesar de apresentar melhor sincronização paciente-ventilador

18)

18) Em relação ao uso da Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) em pacientes com DPOC grave e insuficiência respiratória, é correto afirmar que:

(A) O CNAF fornece pressões médias semelhante às do CPAP ($\approx 5\text{-}8\text{cmH}_2\text{O}$), podendo substituir diretamente esse dispositivo em casos de apneia obstrutiva do sono.

(B) O CNAF melhora a oxigenação apenas após 60 minutos de uso contínuo, não havendo efeito significativo nos primeiros 30 minutos de terapia.

(C) A principal explicação para a melhora da hipercapnia com CNAF é a lavagem do espaço morto anatômico da nasofaringe, reduzindo a reinalação de gás carbônico (CO_2).

(D) O tamanho das cânulas nasais é determinante para o efeito sobre a mecânica respiratória, sendo cânulas maiores e mais eficazes na redução do trabalho respiratório.

(E) Estudos indicam que, em pacientes com exacerbação hipercápnica da DPOC, o CNAF é inferior ao BiPAP na prevenção de reintubação e controle da PaCO_2 .

19)

19) A prática baseada em evidências (PBE) em fisioterapia respiratória exige do profissional:

(A) Tomar decisões clínicas apenas com base na experiência pessoal, sem necessidade de consulta à literatura científica.

(B) Buscar e interpretar artigos científicos, distinguindo a qualidade metodológica e a aplicabilidade dos resultados.

(C) Basear-se somente em estudos de revisão sistemática, desconsiderando ensaios clínicos isolados.

(D) Confiar em informações de mídia e cursos rápidos, pois são suficientes para atualização profissional.

(E) Considerar que todos os artigos publicados possuem alta qualidade metodológica e podem ser aplicados igualmente na prática.

20)

20) De acordo com evidências recentes, qual das estratégias abaixo é mais eficaz para melhorar força muscular inspiratória, dispneia e qualidade de vida em pacientes com DPOC submetidos ao Treinamento Muscular Inspiratório (TMI)?

(A) Praticar TMI ≤ 20 minutos por sessão, mais de três vezes por semana, em intensidade $< 60\%$ da pressão inspiratória máxima (PImax).

(B) Realizar sessões de TMI com duração maior de 60 minutos, desde que com carga ideal calculada na avaliação.

(C) Executar TMI apenas uma vez por semana em intensidade máxima possível.

(D) Aplicar TMI exclusivamente durante programas de reabilitação pulmonar, sem uso isolado.

(E) Utilizar TMI em intensidades fixas e sem ajustes de acordo com a evolução clínica do paciente, baseando em uma avaliação inicial bem conduzida.

21)

21) O Unsupported Upper Limb Exercise Test (UULEX) é um teste de campo recomendado para avaliar a capacidade de exercício de membros superiores em diferentes populações. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta:

(A) Avalia a força máxima dos membros superiores, sendo interrompido quando o paciente atinge uma (1) repetição máxima.

(B) É realizado com apoio em cicloergômetro e incremento de carga a cada minuto, avaliando preferencialmente resistência isométrica.

(C) Trata-se de um teste incremental de endurance sem suporte, no qual o indivíduo eleva barras progressivamente mais pesadas até a exaustão ou limitação por sintomas.

(D) Deve ser repetido em pelo menos três ocasiões para garantir confiabilidade, pois apresenta baixa reprodutibilidade clínica.

(E) Ainda não possui valores de referência ou equações de predição disponíveis, o que inviabiliza sua interpretação na prática clínica.

(B) A respiração glossofaríngea é uma técnica na qual a língua e os músculos da faringe bombeiam “goles de ar” para os pulmões, podendo aumentar significativamente os volumes pulmonares e até manter ventilação por horas sem uso de ventilador mecânico em alguns pacientes.

22)

22) Os questionários são instrumentos frequentemente utilizados para avaliar a atividade física na vida diária (AFVD). Sobre suas características e limitações, assinale a alternativa correta:

(A) Possuem alta acurácia individual para estimar duração, frequência e intensidade da AFVD em pacientes com DPOC.

(B) São recomendados como padrão-ouro para avaliação da AFVD, superando métodos como sensores de movimento e análise direta.

(C) Têm como principais vantagens serem simples, de baixo custo e de fácil aplicação, mas apresentam menor confiabilidade, especialmente em atividades leves e quando exigem maior recordatório.

(D) Refletem melhor atividades de baixa intensidade, como caminhar dentro de casa ou vestir-se, sendo mais precisos nessas situações.

(E) São totalmente independentes das características cognitivas, culturais e etárias dos pacientes que os respondem.

23)

23) O manejo de secreções em pacientes com doenças neuromusculares (DNM) é essencial para reduzir complicações respiratórias. Sobre as principais técnicas utilizadas, assinale a alternativa correta:

(A) O breath-stacking consiste em fornecer volumes de ar por meio de insuflador manual até a capacidade de insuflação máxima, sendo considerado a primeira linha de intervenção.

(C) A tosse manualmente assistida é realizada com equipamento de pressão positiva e negativa, simulando a tosse natural, sem necessidade de coordenação entre paciente e cuidador.

(D) A insuflação-exsuflação mecânica depende exclusivamente da cooperação ativa do paciente e, portanto, não pode ser aplicada em indivíduos com disfunção bulbar ou pouca coordenação.

(E) As técnicas manuais de compressão torácica e abdominal devem ser evitadas em associação ao air stacking, pois reduzem a eficácia do Pico de Fluxo de Tosse (PFT).

24)

24) Em relação às estratégias / exercícios de respiração na reabilitação pulmonar de pacientes com DPOC, assinale a alternativa correta:

(A) Técnicas como respiração com lábios semicerrados mostraram-se ineficazes na redução da dispneia.

(B) A principal limitação dessas técnicas é que não influenciam a hiperinsuflação dinâmica induzida pelo exercício.

(C) Estudos sugerem que podem reduzir a dispneia e a hiperinsuflação dinâmica ao favorecer um padrão respiratório mais lento e profundo.

(D) Há consenso robusto em grandes ensaios clínicos randomizados confirmando sua superioridade em relação ao exercício físico convencional.

(E) Essas técnicas são contraindicadas em programas domiciliares por aumentarem a carga ventilatória e, assim, necessitarem de supervisão direta.

25)

25) A técnica manual conhecida por mobilizar secreções de diferentes segmentos das vias aéreas por meio da variação lenta e controlada dos volumes inspiratórios e expiratórios é definida como?

(A) Expiração Lenta Total com Glote Aberta em Decúbito Infralateral (ELTGOL)

(B) Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada (DRR)

(C) Exercício de Fluxo Inspiratório Controlado (EDIC)

(D) Drenagem Autógena (DA)

(E) Técnica de Expiração Forçada (TEF) ou Huffing

26)

26) A.F. S., 65 anos, DPOC, falta de ar progressiva e histórico de tabagismo. Pressão Inspiratória Máxima (PI_{máx}) de 40cmH₂O, <70% do previsto. De acordo

com revisão e metanálise sobre o Treinamento Muscular Inspiratório (TMI) (HAN et al, 2024) como deveria ser executado o TMI para este caso clínico?

(A) O TMI deve ser implementado com uma intensidade inferior a 24cmH₂O, em sessões não superiores a 20 minutos, e com frequência superior a três vezes por semana, visando primariamente a melhoria da força muscular inspiratória, o alívio da dispneia e a qualidade de vida.

(B) O TMI deve ser estabelecido com uma intensidade de 36cmH₂O para garantir uma sobrecarga adequada, com sessões de 30 minutos de duração realizadas duas vezes por semana, focando na resistência muscular respiratória e sem impacto significativo na qualidade de vida.

(C) Devido à fraqueza muscular inspiratória, o TMI não é indicado neste momento; a prioridade deve ser o treinamento da tosse eficaz e, se necessário, a instituição de ventilação não invasiva para evitar complicações respiratórias.

(D) O protocolo de TMI deve utilizar a modalidade de hiperpnéia isocápnica voluntária, com inspirações lentas e profundas por 15 a 20 minutos, três vezes por semana, sem necessidade de monitoramento da PI_{máx}, pois esta modalidade foca exclusivamente na Endurance

(E) O TMI deve ser iniciado com uma carga fixa de 9 cmH₂O para todos os pacientes com DPOC, com o objetivo de aumentar o volume pulmonar total, e pode ser interrompido sem perdas significativas dos benefícios obtidos, pois o princípio da reversibilidade não se aplica aos músculos respiratórios.

27)

27) Um paciente de 68 anos, em fase de recuperação de uma exacerbação da DPOC com tosse produtiva e secreção espessa, referindo cansaço para mobilizá-las. Na ausculta pulmonar são identificados ronos e crepitações grossas bilateralmente. Qual técnica manual moderna seria a mais apropriada para atuar predominantemente nas vias aéreas afetadas e auxiliar na mobilização dessas secreções, considerando a descrição do quadro?

(A) Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada

(B) Exercício de Fluxo Inspiratório Controlado

(C) Técnica de Expiração Forçada

(D) Aumento do Fluxo Expiratório Lento

(E) Drenagem autógena

28)

28) De acordo com as Diretrizes da ATS e ERS de 2013, qual é a intensidade-alvo recomendada para o treinamento aeróbico em programas de reabilitação pulmonar, conforme avaliado pela Escala de Borg para dispneia ou fadiga ou pela Escala de Percepção de Esforço (RPE)?

- (A) Borg de 1 a 3 ou RPE de 9 a 11
- (B) Borg de 2 a 3 ou RPE de 10 a 12
- (C) Borg de 4 a 6 ou RPE de 12 a 14
- (D) Borg de 7 a ou RPE de 15 a 17
- (E) Borg de 8 a 10 ou RPE de 18 a 20

29)

29) De acordo com as recomendações do documento Pulmonary Rehabilitation Statement (ATS, 2013), nos programas de reabilitação pulmonar para aumentar a força muscular em adultos, qual é a carga inicial apropriada para o treinamento resistido?

- (A) Cargas leves, geralmente abaixo de 30% do máximo de uma repetição (1RM), para evitar o excesso de esforço.
- (B) Cargas moderadas, equivalentes a 40% a 50% do máximo de uma repetição (1RM), para garantir segurança e tolerância.
- (C) Cargas equivalentes a 60% a 70% do máximo de uma repetição (1RM) ou uma carga que evoque fadiga após 8 a 12 repetições.
- (D) Cargas intensas, acima de 80% do máximo de uma repetição (1RM), para maximizar rapidamente a força e a massa muscular.
- (E) Cargas máximas, 100% do máximo de uma repetição (1RM), para estimular a adaptação muscular desde o início.

30)

30) Paciente do sexo masculino, 53 anos, diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Capacidade Vital Forçada abaixo de 50%, pico de tosse de 120l/min fraqueza muscular respiratória, tosse ineficaz, fadiga e infecções respiratórias frequentes. Qual das alternativas descreve a conduta mais adequada para iniciar a terapia com o assistente de tosse (*cough assist*), considerando os parâmetros iniciais recomendados?

- (A) Iniciar com pressões inspiratórias de +60 cmH₂O e expiratórias de -60 cmH₂O, com tempos inspiratório e expiratório curtos de um segundo cada.

(B) Iniciar com pressões inspiratórias de +40 cmH₂O e expiratórias de -40 cmH₂O, com tempo inspiratório de dois segundos e tempo expiratório de dois segundos

(C) Iniciar com pressões inspiratórias de +30 cmH₂O e expiratórias de -30 cmH₂O, com tempo inspiratório de três segundos e tempo expiratório de dois segundos.

(D) Iniciar com pressões inspiratórias de +54,1 cmH₂O e expiratórias de -54,1 cmH₂O, com tempo inspiratório de dois segundos e tempo expiratório de um segundo.

(E) Optar apenas por realizar aspiração traqueal devido à fragilidade do paciente e ao risco de barotrauma com o assistente de tosse.

31)

31) A paciente J.S, sexo feminino, 64 anos, DPOC grave, foi encaminhada para realizar Reabilitação Pulmonar. Na avaliação caminhou 300 metros no Teste de caminhada de seis minutos (TC6min), precisou parar duas vezes por dispneia (Borg 5) e cansaço nas pernas (4), diminuindo consideravelmente a distância percorrida. Qual princípio é fundamental para garantir que a intensidade do programa de treinamento físico promova melhorias na capacidade aeróbica e força muscular?

- (A) O princípio da reversibilidade, focando na manutenção dos ganhos a longo prazo.
- (B) O princípio da especificidade, adaptando os exercícios aos objetivos específicos.
- (C) O princípio da sobrecarga, garantindo que a carga de exercícios exceda as demandas da vida diária e evolua com o tempo.
- (D) O princípio da intermitência, alternando períodos de alta e baixa intensidade sem uma estrutura clara.
- (E) O princípio da adaptação, que se refere à capacidade do corpo de se acostumar rapidamente a qualquer carga, tornando a progressão de intensidade desnecessária após algumas semanas.

32)

32) Qual é a Mínima Diferença Importante (MDI) estabelecida para o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6min) após um programa de Reabilitação Pulmonar em pacientes com hipertensão pulmonar, doença pulmonar intersticial e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)?

- (A) 20 metros
- (B) 25 metros
- (C) 29,2 metros

- (D) 30 metros
 - (E) 32,4 metros
-

33)

33) De acordo com as normas técnicas da European Respiratory Society/American Thoracic Society (ERS/ATS), sobre a monitorização de pacientes durante o Teste de Caminhada de seis Minutos (TC6min) em doenças respiratórias crônicas, qual das seguintes afirmações está correta?

(A) A monitorização contínua da saturação de oxigênio (SpO₂) durante o TC6min é opcional, pois o valor de SpO₂ ao final do teste é sempre o mais baixo e suficiente para fins prognósticos.

(B) A interrupção do TC6min é recomendada somente se o paciente apresentar dor torácica intensa, independentemente dos níveis de SpO₂.

(C) A frequência cardíaca (FC) e os escores de dispneia e fadiga são medidas secundárias de pouca importância, sendo o único foco a distância percorrida.

(D) O uso de um oxímetro de pulso para medição contínua da SpO₂ e da FC é recomendado para garantir o registro da menor SpO₂ e da FC ao final do teste, dados importantes para avaliação e prognóstico.

(E) Pacientes com saturação de oxigênio em ar ambiente abaixo de 90% têm uma contraindicação absoluta para a realização do TC6min devido ao alto risco de eventos adversos graves.

34)

34) Uma paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, 160 cm de altura, 70 kg e sem histórico de tabagismo, realizou uma espirometria devido a queixas de dispneia progressiva. Os resultados da espirometria (pré e pós-broncodilatador) são apresentados na tabela abaixo:

Com base nesses dados e nos critérios de interpretação da espirometria, qual o diagnóstico funcional correto para esta paciente?

Tabela: Resultados da Espirometria da Paciente (Pré e Pós-Broncodilatador).

Variável	Previsto (L)	LIN (L)	Pré-BD (L)	% Previsto Pré-BD	Pós-BD (L)	% de reabilitação pulmonar. Para avaliar sua capacidade funcional de membros inferiores, foram realizados dois testes antes do início do programa e novamente após três meses de intervenção. Na avaliação inicial, o paciente realizou o Timed Up and Go (TUG) usual em 10,02 segundos. Após três meses de reabilitação, ele conseguiu completar o mesmo teste em 8,58 segundos. Em relação ao Teste de Levantar e Sentar (TLS) de um minuto, o paciente completou 19 repetições na avaliação pré-reabilitação. Após os três meses de programa, sua performance melhorou para 24 repetições. Com base na evolução desses resultados, qual das seguintes afirmativas descreve corretamente a evolução funcional do paciente A.E.P. após o programa de reabilitação pulmonar?
CVF (L)	3.50	2.80	2.05	59%	2.10	(A) O paciente não apresentou melhora clinicamente importante em nenhum dos testes.
VEF1 (L)	2.80	2.24	1.60	57%	1.70	(B) Houve melhora clinicamente importante apenas no TUG usual, mas a melhora no TLS de um minuto não atingiu a relevância clínica.
VEF1/CVF	0.80	0.72	0.78	98%	0.81	(C) O paciente demonstrou melhora clinicamente importante em ambos os testes após o programa de reabilitação pulmonar.

(A) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta significativa ao broncodilatador.

(B) Espirometria normal com ausência de resposta ao broncodilatador.

(C) Distúrbio ventilatório restritivo moderadamente severo sem resposta significativa ao broncodilatador.

(D) Distúrbio ventilatório misto severo com resposta significativa ao broncodilatador.

(E) Distúrbio ventilatório restritivo leve com resposta significativa ao broncodilatador.

35)

35) Embora essencial para o tratamento da hipoxemia, a oxigenoterapia, como qualquer medicamento, exige administração criteriosa. Qual das seguintes afirmações sobre o uso de oxigênio suplementar está correta?

(A) Pacientes com insuficiência cardíaca aguda e saturação normal de oxigênio (O₂) sempre se beneficiam da oxigenoterapia, pois ela previne o estresse oxidativo.

(B) A toxicidade do oxigênio só é observada após semanas de administração de FiO₂ a 100%, com sintomas como tosse e dor torácica.

(C) O uso indiscriminado de oxigênio pode resultar em hiperóxia, que, em pacientes com níveis normais de saturação de O₂, pode levar à redução do fluxo sanguíneo coronário.

(D) Não existem contraindicações para a oxigenoterapia, e a monitorização de rotina não é estritamente necessária em pacientes estáveis.

(E) A depressão respiratória é uma complicação comum em todos os pacientes submetidos à oxigenoterapia prolongada, independentemente de serem retentores de CO₂.

36)

36) Um paciente, A.E.P., 63 anos de idade, sexo masculino, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave, iniciou um programa

(A) O paciente não apresentou melhora clinicamente importante em nenhum dos testes.

(B) Houve melhora clinicamente importante apenas no TUG usual, mas a melhora no TLS de um minuto não atingiu a relevância clínica.

(C) O paciente demonstrou melhora clinicamente importante em ambos os testes após o programa de reabilitação pulmonar.

(D) A melhora observada nos testes não pode ser considerada clinicamente importante, apesar de haver uma mudança nos valores.

(E) Houve melhora clinicamente importante apenas no TLS de um minuto, mas a melhora no TUG usual não foi clinicamente relevante.

37)

37) Os programas de Reabilitação Pulmonar incorporam diferentes tipos de treinamento de exercício para otimizar os resultados dos pacientes com doenças respiratórias crônicas. Em relação ao treinamento aeróbico, que pode ser oferecido de modo contínuo ou intervalado, qual é a principal vantagem destacada nas diretrizes para a aplicação do treinamento intervalado, especialmente em pacientes mais graves?

(A) O treinamento intervalado demonstrou ser significativamente superior ao treinamento contínuo na melhora da tolerância ao exercício a longo prazo.

(B) Há uma considerável menor intensidade de sintomas (como a dispneia) durante o exercício intervalado, o que favorece a adesão ao treinamento em pacientes mais graves.

(C) O treinamento intervalado exige menos sessões por semana, reduzindo o custo total do programa para o paciente.

(D) O treinamento intervalado elimina a necessidade de qualquer tipo de supervisão profissional, tornando-o ideal para programas domiciliares.

(E) O treinamento intervalado foca exclusivamente no fortalecimento dos músculos inspiratórios, desconsiderando os membros superiores e inferiores.

38)

38) O Treinamento Muscular Respiratório (TMR) é uma modalidade terapêutica importante na fisioterapia respiratória, que visa ao incremento da força e endurance muscular respiratória. Existem diferentes modalidades de TMR, incluindo o treinamento fluxo-resistido e o treinamento com limiar de carga pressórica. Qual das seguintes afirmações descreve corretamente uma característica distintiva do treinamento com limiar de carga pressórica em comparação com o treinamento fluxo-resistido?

(A) No treinamento com limiar de carga pressórica, a resistência é ajustada exclusivamente pela alteração do diâmetro dos orifícios de uma válvula, controlando assim o fluxo de ar inspirado.

(B) O treinamento com limiar de carga pressórica é uma modalidade mais antiga e, atualmente, em desuso na prática clínica, sendo superado por métodos mais modernos que permitem monitoramento preciso do fluxo.

(C) A principal limitação do treinamento com limiar de carga pressórica reside na sua incapacidade de quantificar a pressão inspiratória máxima (P_{Imáx}) atingida, dificultando a prescrição da carga de treinamento.

(D) Uma característica fundamental do treinamento com limiar de carga pressórica é que, uma vez que o limite de carga/pressão preestabelecido é vencido, a válvula se abre e permanece aberta, permitindo o fluxo de ar independentemente da intensidade de fluxo gerada.

(E) Para ser eficaz, o treinamento com limiar de carga pressórica deve ser realizado com sessões de longa duração (acima de 30 minutos) e uma frequência de no máximo três vezes por semana.

39)

39) Paciente V.F.A., sexo masculino, 58 anos, com obesidade (IMC 42 kg/m²), procura atendimento

devido a sonolência diurna excessiva, fadiga e roncos intensos com apneias observadas durante o sono. A gasometria arterial em vigília revela PaCO₂ de 55 mmHg. A polissonografia confirma Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) grave, com um Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) de 40 eventos/hora. Com base nesses achados, é diagnosticado com Síndrome de Hipoventilação da Obesidade (SHO) e AOS grave coexistente. Considerando o quadro clínico e o diagnóstico do V.F.A., qual é a modalidade inicial de Ventilação Não Invasiva (VNI) de escolha para este paciente, de acordo com as diretrizes?

(A) Ventilação com Pressão Positiva Bilevel (BiPAP), devido à presença de hipoventilação alveolar crônica.

(B) Oxigenoterapia suplementar isolada, para corrigir a hipoxemia antes de iniciar a VNI.

(C) Ventilação com Suporte de Pressão Média Assegurada por Volume (AVAPS), devido à sua capacidade de garantir um volume corrente alvo.

(D) Ventilação com Pressão Negativa é usualmente recomendada para SHO, especialmente quando a VNI com pressão positiva é ineficaz para AOS.

(E) Ventilação com Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), por ser a terapia inicial recomendada para SHO com AOS grave coexistente.

40)

40) A pré-habilitação é uma estratégia crucial no manejo de pacientes com câncer de pulmão submetidos à cirurgia. Sobre essa abordagem, qual das seguintes afirmações está correta?

(A) Visa otimizar a condição física, mental e emocional dos pacientes antes da ressecção pulmonar, abrangendo treinamento físico e respiratório, adequação nutricional e suporte psicológico para reduzir complicações e tempo de internação, e acelerar a recuperação funcional.

(B) Seu principal objetivo é atrasar a cirurgia por no mínimo seis meses para permitir uma recuperação completa da quimioterapia prévia, priorizando a força muscular dos membros inferiores.

(C) É um programa focado exclusivamente no treinamento respiratório com dispositivos de pressão inspiratória, sendo sua eficácia comprovada apenas em pacientes sem comorbidades cardíacas ou sarcopenia.

(D) A avaliação do paciente na pré-habilitação restringe-se à espirometria e ao Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6min), sem necessidade de considerar o histórico de tabagismo ou a presença de metástases.

(E) É contraindicada em pacientes com VO₂ máx inferior a 10mL/kg/min, pois o risco de fadiga extrema e eventos adversos supera qualquer benefício potencial, tornando-os inoperáveis para qualquer tipo de tratamento.

por pressão positiva. A equipe composta por fisioterapeuta respiratório, pneumologista e neurologista discute o caso e com base na ICSD-3-TR e na atuação interdisciplinar, qual das alternativas abaixo representa a conduta correta?

(A) O diagnóstico mais provável é apneia obstrutiva do sono com hipoxemia relacionada ao sono, sendo indicada titulação de oxigênio suplementar.

(B) A persistência de eventos centrais após início de Pressão Positiva Contínua na Via Aérea (CPAP), associada a sintomas clínicos, é compatível com apneia central emergente ao tratamento, indicando necessidade de reavaliação da modalidade ventilatória.

41)

41) Pacientes com tosse débil, seja por déficit de volume ou força muscular, podem se beneficiar diretamente de dispositivos tecnológicos para assistência de tosse. A terapia com o assistente de tosse implica no fornecimento cíclico de pressão positiva e negativa nas vias aéreas para aumentar ou substituir a função da tosse. Qual destas não é uma complicação que pode acontecer em função do uso de dispositivos assistentes de tosse?

(A) Pneumotórax

(B) Pneumomediastino

(C) Pico de fluxo expiratório

(D) Distensão abdominal

(E) Bradicardia, taquicardia

42)

42) Na avaliação interdisciplinar de um paciente com suspeita de distúrbio respiratório do sono, observa-se sonolência diurna excessiva, episódios de apneia referida pela acompanhante, dessaturações noturnas não explicadas por hipoventilação, e persistência de eventos respiratórios centrais após início de terapia

(C) A ICSD-3-TR descreve que a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) está associada ao aumento do tônus muscular das vias aéreas superiores durante o sono, o que contribui para o colapso das vias aéreas.

(D) A atuação do fisioterapeuta respiratório em distúrbios do sono está centrada na aplicação de dispositivos de suporte ventilatório, sem envolvimento direto na interpretação clínica dos dados polissonográficos.

(E) O Treinamento muscular inspiratório (TMI) pode ser útil em pacientes com AOS grave, especialmente quando há fraqueza muscular respiratória ou baixa tolerância ao esforço, sendo uma estratégia complementar ao tratamento com CPAP.

(E) A reabilitação pulmonar deve priorizar o treinamento físico aeróbico, com os demais componentes ajustados conforme adesão espontânea do paciente.

44)

44) Considerando a avaliação inicial de um paciente com DPOC encaminhado para reabilitação pulmonar, a equipe multiprofissional identifica baixa adesão a tratamentos anteriores, sintomas depressivos, ausência de rede familiar de apoio e insegurança quanto à própria capacidade funcional. Considerando as diretrizes atuais e os princípios do cuidado centrado no paciente, assinale a alternativa correta.

43)

43) Homem, 67 anos, ex-tabagista (45 maços/ano), DPOC GOLD III, fenótipo enfisematoso, dispneia mMRC 3, IMC 19,2 kg/m², sarcopenia moderada. Espirometria: VEF1 pós-BD = 38% previsto. Avaliação inicial na reabilitação pulmonar:

- TC6min: 280 m, dessaturação de 6 pontos (SpO₂: 94% → 88%)
- Borg dispneia: 7/10
- CAT: escore 22
- Avaliação psicológica: compatível com depressão leve

Equipe multiprofissional propõe plano terapêutico com metas e monitoramento longitudinal. Considerando as diretrizes atuais de reabilitação pulmonar, estratificação de risco e monitoramento funcional, assinale a alternativa correta.

(A) A distância percorrida no TC6min, embora abaixo do limiar prognóstico, não deve ser usada para estratificação de risco clínico, sendo mais útil para prescrição de exercício.

(B) A dessaturação significativa durante o TC6min indica necessidade de suplementação de oxigênio domiciliar contínua, mesmo com SpO₂ em repouso > 94%.

(C) A presença de sarcopenia e sintomas depressivos não afetam a resposta ao treinamento físico, e não impactam na adesão ao tratamento.

(D) O escore do CAT e a distância do TC6min permitem classificar o paciente como de alto risco funcional e prognóstico, sendo indicados protocolos supervisionados, metas individualizadas e reavaliações periódicas.

(A) A reabilitação pulmonar deve priorizar metas clínicas objetivas e protocolos padronizados, evitando adaptações excessivas que possam comprometer a consistência do programa.

(B) A ausência de suporte familiar não interfere diretamente na adesão ao programa, desde que o paciente compreenda os benefícios clínicos da intervenção.

(C) A abordagem psicossocial deve ser considerada complementar, sendo aplicada apenas em pacientes com ansiedade e depressão independente da insegurança funcional.

(D) O plano terapêutico deve incluir estratégias de escuta ativa, construção compartilhada de metas e estímulo à autonomia, mesmo diante de limitações clínicas e sociais.

(E) A adesão ao programa de reabilitação pulmonar pode ser favorecida por estratégias educativas e prescrição de exercícios para realização fora do ambiente clínico, sendo possível reduzir a necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo independente do perfil funcional.

45)

45) Considerando as competências regulamentadas do fisioterapeuta no atendimento em suporte de vida, assinale a alternativa correta.

(A) O manejo inicial das vias aéreas em emergências não é atribuição do fisioterapeuta, cabendo a este apenas o suporte ventilatório após estabilização.

(B) A titulação da oxigenoterapia em emergências pode ser realizada pelo fisioterapeuta dentro dos protocolos institucionais e monitorização dos parâmetros cardiorrespiratórios.

(C) O suporte ventilatório não invasivo em emergências, em virtude do maior tempo de adaptação do paciente, não é indicado em situações agudas.

(D) A atuação do fisioterapeuta em emergências cardiorrespiratórias apresenta autonomia técnica, acima dos limites da atuação colaborativa com foco na segurança do paciente.

(E) Para preservar a segurança do paciente em emergências cardiorrespiratória, a atuação em medidas de suporte físico como posicionamento e higiene das vias aéreas é exclusiva do fisioterapeuta.

46)

46) Com base na diretriz da American Thoracic Society (2023) sobre reabilitação pulmonar para adultos com doença respiratória crônica, qual das condutas abaixo representa uma interpretação adequada das recomendações clínicas?

(A) A reabilitação pulmonar deve ser priorizada para pacientes com baixa adesão ao tratamento farmacológico, pois os benefícios são mais evidentes nesse subgrupo.

(B) A reabilitação pulmonar pode ser iniciada mesmo sem avaliação da capacidade funcional, desde que o paciente apresente sintomas respiratórios persistentes.

(C) Na reabilitação pulmonar em pacientes com múltiplas comorbidades, o maior risco de eventos adversos não indica a individualização da abordagem.

(D) A escolha entre reabilitação presencial e remota deve considerar não apenas o acesso, mas também o perfil clínico e funcional do paciente.

(E) Pacientes com dispneia, intolerância ao esforço e função pulmonar preservada não atendem os critérios para inclusão em programa de reabilitação pulmonar.

47)

47) Na organização de programas de reabilitação pulmonar, a gestão em saúde deve contemplar estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação contínua, levando em conta diferentes cenários de atuação (hospitalar, ambulatorial e comunitário). Considerando os princípios de qualidade assistencial, adesão dos pacientes e custo-efetividade, assinale a alternativa correta:

(A) Um programa de reabilitação pulmonar deve incorporar indicadores objetivos de desempenho funcional, como os testes de caminhada de campo, para avaliar eficácia, monitorar evolução do paciente e comparar resultados entre diferentes contextos de saúde.

(B) A adesão dos pacientes em programas de reabilitação pulmonar é um fator secundário, uma vez que os principais indicadores de qualidade estão vinculados a parâmetros objetivos de função pulmonar e consumo de oxigênio.

(C) No planejamento de programas comunitários de reabilitação pulmonar, a relação custo-efetividade é considerada limitada, pois a aplicação fora do hospital reduz a capacidade de impacto clínico em comparação com ambientes especializados.

(D) Os programas de reabilitação pulmonar priorizam avaliações em curto prazo, já que as evidências sobre a manutenção dos efeitos clínicos e funcionais após a alta do paciente são limitadas.

(E) A implementação de protocolos de reabilitação pulmonar deve ser padronizada em todos os cenários

(hospitalar, ambulatorial e comunitário), estabelecendo níveis crescentes de complexidade prioritariamente em relação à estrutura física e aos recursos humanos, e de forma secundária de adaptação do conteúdo programático ou das estratégias de intervenção.

48)

48) Com relação aos avanços na ventilação não invasiva (VNI), novas interfaces e dispositivos de monitoramento, bem como ao impacto da tecnologia na tomada de decisão clínica e no cuidado interdisciplinar, assinale a alternativa correta:

(A) A incorporação de interfaces personalizadas ou híbridas, uma vez que não há evidência de melhora clínica significativa, são inferiores à utilização de interfaces oronasais convencionais, permanecendo estas como padrão ouro na VNI.

(B) A monitorização contínua por dispositivos de análise de fluxo e pressão em tempo real tem contribuído para a detecção precoce de falhas na VNI, otimizando a conduta fisioterapêutica e promovendo maior integração com a equipe multiprofissional.

(C) A ventilação não invasiva é considerada um recurso exclusivo de ambientes hospitalares, sendo contraindicada em atendimentos domiciliares ou ambulatoriais por representar riscos à segurança do paciente.

(D) O uso de softwares de inteligência artificial para análise de dados ventilatórios ainda é considerado experimental e não possui aplicabilidade clínica na fisioterapia respiratória.

(E) Interfaces de VNI com vedação facial total (total face) são contraindicadas em todos os casos de insuficiência respiratória aguda, devido ao risco aumentado de aspiração e desconforto do paciente.

49)

49) Com o avanço das tecnologias digitais aplicadas à saúde, a fisioterapia respiratória tem incorporado estratégias inovadoras como o telemonitoramento, a telerreabilitação. Considerando as evidências científicas atuais, assinale a alternativa correta:

(A) O uso de testes de caminhada como o TC6min ainda possui aplicabilidade limitada ao ambiente extra-hospitalar, sendo sua aplicação em programas de telerreabilitação dependente de supervisão presencial contínua.

(B) Dispositivos eletrônicos para treinamento muscular inspiratório, como os com biofeedback integrado, não demonstraram superioridade clínica em relação aos dispositivos convencionais em pacientes com DPOC.

(C) A integração de plataformas digitais para acompanhamento remoto de pacientes crônicos permite ajustes individualizados na reabilitação respiratória, sendo recomendada por diretrizes internacionais.

(D) O telemonitoramento em reabilitação pulmonar é contraindicado em pacientes com limitação funcional grave, pois não há evidência de benefício clínico significativo nesse perfil.

(E) A aplicação de testes de campo em ambientes domiciliares compromete a validade dos devido à ausência de padronização.

50)

50) Durante um programa comunitário em atenção primária em saúde (APS), o fisioterapeuta respiratório acompanha um grupo de tabagistas ativos e ex-tabagistas. A equipe multiprofissional debate sobre quais ações devem ser priorizadas para reduzir o risco de agravamento das condições respiratórias. Dentre as alternativas, assinale a alternativa que abrange os pilares da APS quanto à atuação do fisioterapeuta?

(A) Estruturar sessões semanais com foco em higiene brônquica e exercícios expiratórios de fluxo acelerado como forma de prevenção universal.

(B) Conduzir rodas de educação em saúde com ênfase em abandono do tabagismo, incentivo à prática regular de exercícios físicos e monitoramento de sinais e sintomas como tosse e dispneia.

(C) Recomendar triagem espirométrica de rotina e na presença de disfunção não sustentada, encaminhar para avaliação em serviço de média complexidade.

(D) Realizar monitoramento funcional com testes de caminhada semanal como principal estratégia de acompanhamento e prescrição de oxigenoterapia.

(E) Apoiar a equipe apenas com informações epidemiológicas sobre prevalência de tabagismo na comunidade.