



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

FISIOTERAPIA

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Esse Boletim de Questões contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões de SUS e 35 (trinta e cinco) questões de Conhecimentos Específicos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 3 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas, que será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 5 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul e não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 7 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h e término às 18h, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.
- 8 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.

13 DE JANEIRO DE 2021

Boa Prova!



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

SUS

- 1** J.A.M. buscou compreender melhor sobre a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo, J.A.M. compreendeu como se dá o campo de atuação deste sistema. Quanto ao conhecimento adquirido por J.A.M., é correto afirmar:
- (A)** A vigilância sanitária é o campo de atuação que busca prevenir, extinguir ou reduzir riscos à saúde do trabalhador por meio de medidas adotadas, considerando os problemas decorrentes dos fatores socioeconômicos.
 - (B)** A vigilância epidemiológica é o campo de atuação que tem como princípio fundamental a prevenção, a eliminação ou a redução dos riscos à saúde, considerando os problemas decorrentes do meio ambiente.
 - (C)** A saúde do trabalhador é o campo de atuação que busca a recuperação e a reabilitação da saúde do trabalhador, para tratar indivíduos com disfunções providas do período ocioso.
 - (D)** As ações que identificam os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva para direcionar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos são provenientes do campo de atuação da vigilância epidemiológica.
 - (E)** A oferta de procedimentos terapêuticos em domicílio, ambulatório e hospital é um campo de atuação da vigilância sanitária.
- 2** A.P.E. necessitou de serviço de saúde privado e buscou os contratados no Sistema Único de Saúde (SUS). A disponibilidade deste serviço foi possível por seguir o princípio
- (A)** de imperícia para resolver os serviços de assistência em todos os níveis de assistência.
 - (B)** organizacional dos serviços privados, promovendo a duplicação do que é ofertado no serviço público para a mesma finalidade.
 - (C)** de universalidade, o qual permite acesso aos diferentes serviços de saúde, mesmo quando não oferecidos no serviço público.
 - (D)** de imperícia para resolver os serviços de assistência nos níveis de atenção básica.
 - (E)** de inflexibilidade dos recursos financeiros da União para fins de prestação de serviços privados de assistência à saúde da população.
- 3** Em relação aos recursos financeiros disponíveis para a área da saúde, os gestores municipais e estaduais precisam compreender que
- (A)** os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera municipal, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (B)** é necessário existir um Conselho de Saúde, com composição paritária.
 - (C)** os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera estadual, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (D)** tais recursos são independentes da contrapartida de recursos voltados para a área da saúde em seu respectivo orçamento.
 - (E)** é dispensável o controle da aplicação dos recursos por meio de relatórios da gestão.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 4** A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC atua na elaboração e na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Contudo, em casos que não existem minutas de PCDT em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, necessita-se constituir um Comitê Gestor que terá como atribuição designar um Grupo Elaborador que irá
- (A)** definir o escopo dos PCDT sem levar em consideração a integração com o Comitê Gestor.
 - (B)** verificar as evidências para formulação da recomendação e discuti-la no Comitê Gestor.
 - (C)** selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para atualização dos PCDT.
 - (D)** selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para elaboração dos PCDT.
 - (E)** verificar as evidências para formulação de recomendação desconsiderando a opinião do Comitê Gestor.
- 5** Recentemente, tem sido observado um aumento no número de profissionais da área da saúde infectados com Síndrome Gripal, quadro clínico inicial da COVID-19. Neste sentido, é considerada uma orientação aos profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, para evitar o contágio, é
- (A)** o uso de contenção respiratória com máscara cirúrgica quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
 - (B)** a lavagem das mãos com frequência, associada à desinfecção dos objetos e superfície tocados com frequência.
 - (C)** o uso de contenção respiratória com máscara “Peças Faciais Filtrantes 2” (PFF2) em qualquer ambiente, independentemente se os procedimentos terapêuticos produzem aerossóis.
 - (D)** o uso de óculos, luvas, protetor facial, máscara PFF2 e jalecos descartáveis por profissionais que atuem na recepção/triagem, mesmo que mantenham mais de dois metros de isolamento.
 - (E)** que o uso de contenção respiratória não é necessário quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
- 6** N.A.J., após atendimento no Sistema Único de Saúde, observou a possibilidade de ocorrerem eventos adversos relacionados à saúde. Contudo, os profissionais que realizaram seu atendimento o alertaram para a existência de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que contribui para qualificar o cuidado em saúde. N.A.J. foi instruído sobre os objetivos específicos do PNSP e compreendeu que
- (A)** durante as ações de segurança do paciente, os pacientes e os seus familiares devem estar envolvidos.
 - (B)** embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de gestão de risco, existem Núcleos de Segurança do Paciente para implantar iniciativas.
 - (C)** as informações relativas à segurança do paciente são de exclusividade dos profissionais da saúde.
 - (D)** durante as ações de segurança do paciente, os familiares não precisam se envolver por haver acompanhamento direto de uma equipe de saúde.
 - (E)** embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de Núcleos de Segurança do Paciente, existe gestão de risco para implantar iniciativas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 7** A incorporação de tecnologia em saúde no sistema de saúde público vigente é atribuição do Ministério da Saúde, contando com a assistência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação a esta Comissão, é correto afirmar que
- (A)** contará com a participação de 1 (um) representante especialista em cada área da saúde, indicado pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (B)** deverá elaborar um relatório desconsiderando as evidências científicas.
 - (C)** deverá elaborar um relatório considerando a prática clínica dos profissionais de saúde, indicados pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (D)** no relatório deve ser elaborada uma nova proposta, desprezando o custo-efetividade das tecnologias já incorporadas.
 - (E)** deve ser realizada comparação do custo-efetividade das tecnologias já incorporadas com as novas propostas com base em evidência científica.
- 8** A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) atua na inclusão, na modificação e na retirada de tecnologias em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, compete ao CONITEC
- (A)** emitir relatórios sobre a composição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de realizar alterações necessárias.
 - (B)** avaliar os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, buscando ofertar assistência psicológica remota aos profissionais da área.
 - (C)** direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção terciária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
 - (D)** retirar tecnologias em saúde que possuem o custo-efetividade por técnicas experimentais, visando à inovação tecnológica no SUS.
 - (E)** direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção secundária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
- 9** De acordo com a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), são atribuições do Complexo Regulador:
- (A)** Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação.
 - (B)** Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde.
 - (C)** Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde.
 - (D)** Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência.
 - (E)** Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.
- 10** Conforme os fundamentos da Rede de Atenção à Saúde, quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, alcança-se a
- (A)** aceitabilidade dos serviços de saúde.
 - (B)** economia de escala.
 - (C)** qualidade dos serviços de saúde.
 - (D)** suficiência dos serviços de saúde.
 - (E)** comodidade dos serviços de saúde.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 11** A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece
- (A)** que a Atenção Básica é indicada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
 - (B)** as diferenças nos conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, bem como recomenda o uso exclusivo do termo Atenção Básica.
 - (C)** que a Estratégia Saúde da Família é a estratégia secundária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
 - (D)** que a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde familiares e coletivas que envolvem exclusivamente ações de promoção e prevenção, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.
 - (E)** que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.500 a 4.000 pessoas, localizada dentro do seu território.
- 12** Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, a Atenção Básica é orientada por diretrizes, conforme apresentadas na coluna I. Estabeleça a correta correspondência entre essas diretrizes e os significados/características apresentados na coluna II.

COLUNA I

COLUNA II

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">1. Coordenação do cuidado.2. Longitudinalidade do cuidado.3. Cuidado Centrado na Pessoa.4. Participação da Comunidade. | <ul style="list-style-type: none">() Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo.() Desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.() Centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.() Estimula a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. |
|---|---|

A sequência correta é

- (A)** 3, 1, 2, 4.
- (B)** 1, 2, 4, 3.
- (C)** 1, 3, 2, 4.
- (D)** 2, 3, 1, 4.
- (E)** 2, 1, 3, 4.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

13 Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, denomina-se

- (A) Convênio com os serviços de saúde.
- (B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
- (C) Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- (D) Contratualização dos serviços de saúde.
- (E) Transparência dos serviços de saúde.

14 Conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, relacione as colunas a seguir.

COLUNA I

COLUNA II

- | | | |
|--|-----|--|
| | () | Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. |
| | () | Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. |
| 1. Mapa da Saúde. | | |
| 2. Comissões Intergestores. | () | Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. |
| 3. Região de Saúde. | () | Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. |
| 4. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. | | |
| 5. Redes de Atenção à Saúde. | () | É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde. |

A sequência correta é

- (A) 1, 5, 2, 4, 3.
- (B) 1, 5, 4, 3, 2.
- (C) 4, 1, 2, 3, 5.
- (D) 5, 1, 2, 4, 3.
- (E) 4, 1, 3, 2, 5.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 15** No contexto da Política Nacional de Humanização, o termo que se refere à abordagem que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia, é denominado
- (A) vínculo.
 - (B) clínica ampliada e compartilhada.
 - (C) humanização.
 - (D) acolhimento.
 - (E) ambiência.

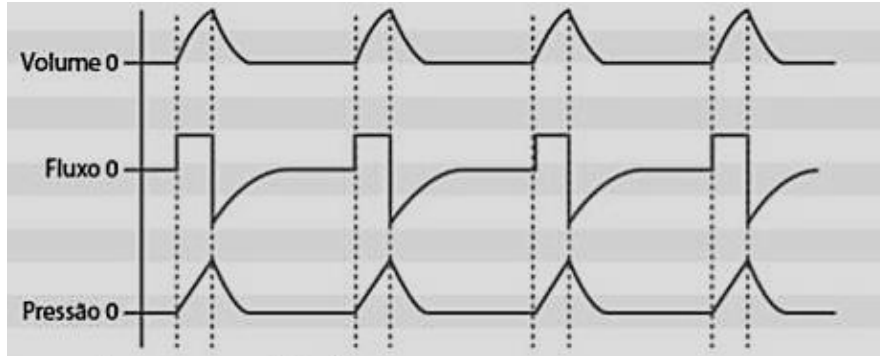
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16** O cicloergômetro é um dos vários recursos utilizados pelo fisioterapeuta na unidade de terapia intensiva (UTI) na tentativa de reverter ou minimizar a perda de força muscular em pacientes internados na UTI. É correto afirmar que o cicloergômetro tem como benefício:
- (A) Diminuição da força muscular periférica.
 - (B) Melhora do condicionamento cardiorrespiratório.
 - (C) Aumento da força muscular diafragmática.
 - (D) Diminuição do tempo de reabilitação.
 - (E) Treino de equilíbrio unipodal e bipodal.
- 17** A Ventilação Não Invasiva (VNI) é um recurso amplamente utilizado pelo fisioterapeuta na UTI, com diversas vantagens. Assinale a alternativa que apresenta uma vantagem da VNI.
- (A) Diminuição da ventilação alveolar.
 - (B) Redução dos volumes pulmonares.
 - (C) Piora nas trocas gasosas.
 - (D) Diminuição do trabalho respiratório.
 - (E) Aumento da frequência respiratória.
- 18** Sobre a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), marque a alternativa correta em relação à regulação inicial do aparelho nos modos ventilatórios convencionais.
- (A) Inicialmente, deve-se utilizar VC 10 ml/Kg/peso predito e reavaliar de acordo com a evolução do quadro clínico do paciente.
 - (B) Utilizar FiO2 inicial de 50% e observar a SatO2 para aumento ou diminuição do parâmetro.
 - (C) Os disparos mais comuns no mercado são os disparos a tempo, no modo controlado e disparo a pressão e/ou volume, no modo assistido ou espontâneo, através do ajuste da sensibilidade.
 - (D) Uma vez estabelecidos os parâmetros iniciais, deve-se observar os valores e curvas de volume, pressão e fluxo, a fim de constatar se estão dentro do previsto para aquele paciente.
 - (E) Inicialmente, recomenda-se o alarme de pressão máxima nas vias aéreas em 60 cmH2O, visando evitar barotrauma.

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFGA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

19 Analise a imagem gráfica a seguir.



Em relação ao modo e à modalidade ventilatórios, é correto afirmar que a imagem apresenta

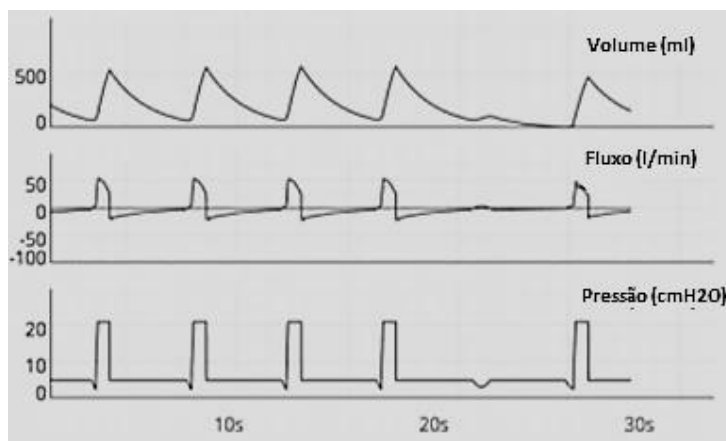
- (A)** Ventilação por Pressão Controlada (PCV), pois a curva de pressão mostra-se variável.
- (B)** Ventilação por Pressão Controlada (PCV), pois a pressão está limitada.
- (C)** Ventilação por Pressão de Suporte (PSV), pois em todos os ciclos houve disparo pelo paciente.
- (D)** Ventilação por Volume Controlado (VCV), pois não houve disparo pelo paciente em nenhum dos ciclos.
- (E)** Ventilação por Pressão Controlada (PCV), pois ocorre disparo pelo paciente em todos os ciclos.

20 A presença de assincronias paciente-ventilador e suas correções devem ser buscadas ativamente durante a avaliação do paciente crítico em ventilação mecânica. Assinale as fases do ciclo respiratório nas quais a assincronia pode ocorrer.

- (A)** Disparo, ciclagem e fase expiratória.
- (B)** Fase inspiratória, ciclagem e fase expiratória.
- (C)** Disparo, fase inspiratória, ciclagem e fase expiratória.
- (D)** Fase inspiratória e fase expiratória.
- (E)** disparo, ciclagem e limite.

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

21 Paciente internado na UTI por pneumonia e exacerbação da DPOC. Encontra-se com bom nível de consciência, intubado, em VMI, em PSV, PEEP: 5 cmH₂O, PS: 16 cmH₂O, Sen: -2 cmH₂O e FiO₂: 30%. Ao avaliar as curvas do ventilador mecânico, o fisioterapeuta observou a situação descrita na figura a seguir.



Assinale a situação que está ocorrendo e a melhor conduta a ser seguida.

- (A) Disparo ineficaz; redução da sensibilidade.
 - (B) Duplo disparo; aumento do tempo inspiratório.
 - (C) Ciclagem tardia; aumento do critério de ciclagem.
 - (D) Ciclagem precoce; redução do critério de ciclagem.
 - (E) Auto-Peep; aumento do tempo inspiratório.
- 22** A escala Medical Research Council (MRC) é utilizada para avaliar a força muscular, apresenta boa reprodutibilidade e alto valor preditivo para identificação da disfunção neuromuscular no paciente crítico. Quanto aos grupos musculares, movimentos e grau de força deste teste, é correto afirmar que correspondem, respectivamente, a
- (A) 6 grupos musculares; movimentos de flexão do ombro, flexão do cotovelo, flexão do punho, flexão do quadril, flexão do joelho e dorsiflexão do tornozelo; graduados de 1 a 5.
 - (B) 5 grupos musculares; movimentos de adução e abdução do ombro, flexão do cotovelo, abdução e adução do quadril, flexão do joelho e flexão plantar; graduados de 0 a 5.
 - (C) 4 grupos musculares; movimentos flexão e extensão do ombro, flexão e extensão do cotovelo, flexão e extensão do quadril e flexão e extensão do joelho; graduados de 0 a 4.
 - (D) 8 grupos musculares; movimentos de flexão e extensão do ombro, flexão e extensão do cotovelo, flexão e extensão do quadril e flexão do joelho; graduados de 1 a 4.
 - (E) 6 grupos musculares; movimentos de abdução do ombro, flexão do cotovelo, extensão do punho, flexão do quadril, extensão do joelho e dorsiflexão do tornozelo; graduados de 0 a 5.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 23** “Paciente J.D.S.S, sexo masculino, de 68 anos, deu entrada na urgência e emergência do hospital universitário com dispneia, desconforto respiratório, tosse produtiva, uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e febre alta. Transferido para a UTI com suporte de oxigênio no Sistema de Venturi com 12 l/min com uma FiO₂ de 35%”. Com base no tipo de oxigenoterapia utilizado com este paciente, é correto afirmar:
- (A)** É um sistema considerado de baixo fluxo, de simples instalação e com fração inspirada de oxigênio variável.
 - (B)** É um sistema de oxigenoterapia considerado invasivo, muito utilizado atualmente.
 - (C)** É um sistema de alto fluxo utilizado no momento de admissão hospitalar e que fornece uma fração inspirada de oxigênio exata.
 - (D)** É um sistema de fácil inserção em pacientes com agitação e dispneia, por ocasião de trauma nasal, e não pode provocar inflamação nasal.
 - (E)** Neste sistema, pode ser utilizado um fluxo máximo de oxigênio de 15 l/min, que irá variar de acordo com a SpO₂ do paciente.
- 24** “Paciente M.D.M, 60, anos, sexo feminino, internada na UTI do pronto-socorro há dois dias, apresentando taquipneia, cianose, uso da musculatura acessória, sudorese e rebaixamento do nível de consciência. O médico solicita um novo raio x, no qual puderam ser evidenciados infiltrados alveolares bilaterais difusos com áreas de consolidação bilateral e, após análise, instituiu a intubação orotraqueal e VMI, em VCV, VC= 380 ml; FR= 10 rpm; PEEP=8 cmH₂O; FIO₂ = 80%; fluxo inspiratório= 40 L/seg. Após 30 minutos, foi solicitada a seguinte gasometria PH: 7,26; PCO₂: 60; PO₂: 73; HCO₃: 24; BE: - 2,5; SatO₂: 80%, mantendo um índice de oxigenação de 91,2”. Com base no quadro acima, é correto afirmar que o possível diagnóstico do paciente e o distúrbio da gasometria arterial são, respectivamente,
- (A)** Edema Agudo de Pulmão e Acidose respiratória e metabólica (mista) sem hipoxemia.
 - (B)** DPOC e Acidose metabólica com hipoxemia.
 - (C)** Embolia Pulmonar e Alcalose respiratória com hipoxemia.
 - (D)** Pneumonia e Alcalose metabólica sem hipoxemia.
 - (E)** SDRA e Acidose respiratória com hipoxemia.
- 25** Hipotransparência homogênea, elevação hemidiafragmática, aproximação dos arcos costais e desvio mediastinal e de traqueia ipsilateral são achados radiográficos de
- (A)** Pneumonia.
 - (B)** Atelectasia.
 - (C)** Enfisema pulmonar.
 - (D)** Pneumotórax.
 - (E)** Edema pulmonar.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

26 Com relação à terapia de higiene brônquica, sabe-se que nos dias atuais algumas técnicas adotadas tradicionalmente para promover a higiene brônquica de pacientes sob VMI em UTI têm sua eficácia questionada e, deste modo, tendem a cair em desuso. Quanto às técnicas que caíram em desuso atualmente por falta de comprovação científica, analise os itens seguintes.

- I. Vibração.
- II. Aumento do fluxo expiratório.
- III. Hiperinsuflação manual.
- IV. Drenagem postural.
- V. Compressão torácica.
- VI. Tapotagem.

Estão corretos

- (A)** I e IV, somente.
- (B)** III e VI, somente.
- (C)** V e VI, somente.
- (D)** I, IV e VI, somente.
- (E)** II, IV e VI, somente.

27 Pacientes com injúria cerebral aguda, como nos casos de meningites, traumatismo cranianos e acidente vascular encefálico, podem cursar com quadro de Hipertensão Intracraniana (HIC) como consequência do aumento da Pressão Intracraniana (PIC) e está associada com o aumento de morbidade e mortalidade na UTI. A estratégia ventilatória em pacientes com HIC inclui a

- (A)** sedação profunda e evitar o desconforto respiratório que cursa com elevação da PIC.
- (B)** manutenção da relação Inspiração: Expiração invertida.
- (C)** hiperventilação objetivando uma PaCO₂ inferior a 30 mmHg para diminuir a HIC.
- (D)** manutenção da saturação arterial de O₂ (SatO₂) menor que 92%.
- (E)** ausência de PEEP.

28 O processo de retirada da ventilação mecânica é denominado de “Desmame Ventilatório”, dura aproximadamente 40% do tempo total de VMI, é composto por um processo no qual o paciente passa da respiração controlada para a respiração espontânea, podendo ser realizado através do Teste de Respiração Espontânea (TRE), com o objetivo de fornecer informações sobre a capacidade do paciente de respirar espontaneamente em Tubo em T ou PSV de 5-7 cmH₂O durante 30-120 minutos. Assinale a alternativa correta, segundo a classificação do desmame.

- (A)** No desmame simples, o paciente é extubado sem realizar o teste de respiração espontânea (TRE).
- (B)** No desmame difícil, o paciente é extubado após 1 TRE com menos de 24 horas de VMI.
- (C)** No desmame prolongado, o paciente falha em mais de 3 TRE consecutivos ou com necessidade de mais de 7 dias de desmame após o primeiro TRE.
- (D)** No desmame simples, o paciente é extubado após 3 TRE.
- (E)** No desmame prolongado, o paciente é extubado após 2 ou 3 tentativas ou até 5 dias após a primeira tentativa.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 29** Paciente S.C.R, 86 anos, gênero feminino com diagnóstico de AVCi confirmado por tomografia de crânio. Após 12 horas de admissão, paciente inicia rebaixamento do nível de consciência e necessidade de IOT e VMI. Após 5 dias, evolui para pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e apresentando grande quantidade de secreção purulenta e espessa. Dentre as técnicas da fisioterapia, o fisioterapeuta selecionou a manobra de hiperinsuflação pulmonar. Quanto à técnica escolhida, é correto afirmar:
- (A)** Durante a realização da técnica de hiperinsuflação manual, deve ser utilizado um ressuscitador manual associado ou não a vibrocompressões torácicas.
 - (B)** A hiperinsuflação, quando realizada manualmente, é indicada apenas para reexpandir atelectasias.
 - (C)** A hiperinsuflação pode ser realizada, também, por meio do ventilador mecânico, porém tendo como desvantagem o não controle dos parâmetros ventilatórios (exemplo: FiO₂, PEEP).
 - (D)** Deve-se posicionar o paciente com o pulmão que se deseja tratar na posição dependente, pois a ventilação tende a ser direcionada para onde há maior impedância devido à ação da gravidade.
 - (E)** Como o paciente evoluiu para PAV, a técnica de hiperinsuflação mecânica é contraindicada.
- 30** A técnica em que o fisioterapeuta combina o fluxo expiratório do paciente com a pressão positiva expiratória nas vias aéreas (PEEP), através de um dispositivo com bocal, que gera vibrações endobrônquicas auxiliando no deslocamento de secreção na terapia de higiene brônquica denomina-se
- (A)** Ventilador Mecânico Invasivo.
 - (B)** Apneia inspiratória.
 - (C)** Inspiração fracionada.
 - (D)** Oscilação Oral de Alta Frequência.
 - (E)** Incentivador respiratório.
- 31** O Índice de Respiração Rápida e Superficial (IRRS) é um forte preditor de sucesso no desmame. Considere um paciente de 40 anos que está em VMI há 10 dias, no qual foi iniciado o processo de desmame com PSV, PS: 12 cmH₂O, PEEP: 5 cmH₂O, FiO₂: 30%, mantendo PaO₂: 91 mmHg. Por meio do ventilômetro e do manovacuômetro, verificou-se um VC: 600 ml, FR: 30rpm e PImáx: - 75cmH₂O. Este paciente apresenta uma probabilidade de sucesso no desmame, pois seu IRRS é
- (A)** 40.
 - (B)** 60.
 - (C)** 90.
 - (D)** 50.
 - (E)** 80.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 32** “Paciente M.G, 56 anos, gênero masculino, magro e longilíneo, deu entrada no hospital com quadro de tosse seca intensa, necessitando de oxigênio. Após 24 horas, evoluiu para IRpA com necessidade de IOT e pela avaliação radiológica observou-se um pneumotórax à direita”. No caso desse paciente, a avaliação da expansibilidade, da percussão torácica e da ausculta pulmonar realizada pelo fisioterapeuta corresponde, respectivamente, a
- (A)** simétrica; maciço à direita; MV presente diminuído à direita.
 - (B)** assimétrica; hipertimpanismo à direita; MV abolido à direita.
 - (C)** diminuído simetricamente; submaciço à direita; MV simétrico.
 - (D)** diminuído nas bases simetricamente; hipertimpanismo à direita; MV ausente bilateral.
 - (E)** assimétrico diminuído na base esquerda; percussão hipertimpânica à esquerda; MV assimétrico diminuído à esquerda.
- 33** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença caracterizada por uma limitação ao fluxo expiratório que não é totalmente reversível, composta por distúrbios obstrutivos que podem ser a bronquite crônica, enfisema pulmonar ou ambos. Essas são condições particulares e relevantes durante a instituição da ventilação mecânica no DPOC. A estratégia ventilatória em pacientes com DPOC inclui:
- (A)** Volume corrente em torno de 4 a 8 mL/kg.
 - (B)** Frequência respiratória elevada que propicie um tempo expiratório suficiente para o fluxo expiratório antes do início da próxima inspiração.
 - (C)** Fluxo inspiratório baixo, geralmente menor do que 30 L/min.
 - (D)** FiO₂ suficiente para manter uma SatO₂ acima de 85% e PaO₂ acima de 80 mmHg.
 - (E)** PEEP entre 80 e 85% do valor da auto-PEEP.
- 34** A Terapia de Expansão Pulmonar promove um aumento do volume pulmonar através do aumento do gradiente de pressão transpulmonar. Esse aumento do gradiente de pressão transpulmonar ocorre em função do(da)
- (A)** diminuição da pressão alveolar ou aumento da pressão pleural.
 - (B)** aumento da pressão pleural e da pressão intratorácica.
 - (C)** aumento da pressão alveolar ou diminuição da pressão pleural.
 - (D)** diminuição da pressão pleural e redução do gradiente de pressão transrespiratório.
 - (E)** aumento da pressão alveolar ou aumento da pressão pleural.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 35** A respeito da sedestação e da transferência dos pacientes críticos, na fase aguda ou de maior debilidade de uma doença, às vezes não é possível transferir o paciente para a cadeira ereta com a frequência que seria necessária durante o dia, debilitando-o mais ainda. Quanto ao assunto, é correto afirmar:
- (A)** Na cama, o paciente sentado pode ser posicionado de forma perfeitamente vertical.
 - (B)** O paciente pode ser deixado por longo período na posição sentada, sem necessidade de avaliação, pois há pouco risco de evento adverso.
 - (C)** Sentar o paciente em cima da cama é o procedimento mais adequado, sem se preocupar se ele tem ou não o controle de tronco.
 - (D)** É melhor que o paciente durma na cadeira do que fazer o procedimento para sentá-lo novamente por curtos períodos.
 - (E)** Ao sentar o paciente na beira do leito, é necessária uma sustentação para a cabeça dele, e os joelhos podem ser flexionados fora do leito.
- 36** Paciente internado na UTI em IOT e VMI por IRpA. A gasometria arterial da rotina diária apresenta: pH: 7,29; PaCO₂: 42 mmHg; PO₂: 88 mmHg; HCO₃: 17 mEq/L; BE: -7mEq/L; SatO₂: 94%. O distúrbio ácido-básico correto é
- (A)** Acidose metabólica.
 - (B)** Alcalose metabólica.
 - (C)** Alcalose respiratória.
 - (D)** Acidose respiratória.
 - (E)** Acidose mista.
- 37** Frequentemente os pacientes internados em UTI necessitam de VMI por períodos longos, o que contribui para desuso da musculatura ventilatória. Para avaliar a força da musculatura inspiratória, utiliza-se a medida de pressão inspiratória máxima (P_Imax). Os valores de P_Imax de normalidade, fraqueza, fadiga e falência muscular inspiratória são, respectivamente,
- (A)** - 80 a - 100 cmH₂O; - 80 a - 55 cmH₂O; - 45 a - 15 cmH₂O; < - 20cmH₂O.
 - (B)** - 90 a - 120 cmH₂O; - 70 a - 45 cmH₂O; - 40 a - 25 cmH₂O; < - 25cmH₂O.
 - (C)** - 70 a - 100 cmH₂O; - 60 a - 40 cmH₂O; - 35 a - 25 cmH₂O; < - 15cmH₂O.
 - (D)** - 70 a - 120 cmH₂O; - 60 a - 40 cmH₂O; - 35 a - 25 cmH₂O; < - 25cmH₂O.
 - (E)** - 80 a - 120 cmH₂O; - 60 a - 45 cmH₂O; - 40 a - 25 cmH₂O; < - 15cmH₂O.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

38 As assincronias paciente ventilador são eventos frequentes em ventilação mecânica e podem estar presentes em até 80% dos ciclos ventilatórios. No que diz respeito às assincronias, correlacione as colunas a seguir.

1. Disparo ineficaz	A. Ocorrência de dois ciclos consecutivos disparados pelo mesmo esforço do paciente.
2. Autodisparo	B. O tempo inspiratório mecânico do ventilador ultrapassa o desejado pelo paciente, ou seja, é maior que o tempo neural do paciente.
3. Duplo disparo	C. O esforço inspiratório do paciente não é suficiente para disparar o ventilador.
4. Ciclagem precoce	D. O ventilador interrompe o fluxo inspiratório antes do desejado pelo paciente.
5. Ciclagem tardia	E. Pode ocorrer por ajuste excessivamente sensível do ventilador, vazamentos no sistema, condensados no circuito que alterem o fluxo.

A associação correta é

- (A) 1-C 2-E 3-A 4-D 5-B.
- (B) 1-D 2-B 3-E 4-A 5-C.
- (C) 1-C 2-E 3-A 4-B 5-D.
- (D) 1-C 2-D 3-A 4-B 5-E.
- (E) 1-D 2-C 3-B 4-A 5-E.

39 Com base nos parâmetros de VMI a seguir: modo VCV, VC: 360ml; PEEP: 16 cmH₂O; Ppico: 30cmH₂O, Pplatô: 25 cmH₂O, FiO₂: 50%, Fluxo inspiratório: 30 L/min com onda quadrada, determine Complacência Pulmonar Estática, Resistência de Vias Aéreas e *Driving Pressure*.

- (A) Cest: 25,71 ml/cmH₂O; Raw: 0,166 cmH₂O/L/s; DP: 14.
- (B) Cest: 72 ml/cmH₂O; Raw: 10 cmH₂O/L/s; DP: 9.
- (C) Cest: 72 ml/cmH₂O; Raw: 0,3 cmH₂O/L/s; DP: 5.
- (D) Cest: 40 ml/cmH₂O; Raw: 0,166 cmH₂O/L/s; DP: 5.
- (E) Cest: 40 ml/cmH₂O; Raw: 10 cmH₂O/L/s; DP: 9.

40 São consideradas contraindicações para realização de VNI:

- (A) Trauma de face e pneumotórax drenado.
- (B) Incapacidade de proteção de vias aéreas e pós-operatório de cirurgia torácica.
- (C) Trauma de face e obstrução de vias aéreas superiores.
- (D) Obstrução de vias aéreas superiores e SDRA leve.
- (E) Parada cardiorrespiratória e sepse grave.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

- 41** Técnica de higiene brônquica realizada por meio de pressão manual toracoabdominal lenta, que se inicia ao final de uma expiração espontânea e prossegue até o volume residual. O fisioterapeuta posiciona uma mão sobre o tórax e outra sobre o abdômen da criança. A mão torácica deve estar localizada entre a fúrcula esternal e a linha intermamária. A mão abdominal posiciona-se sobre o umbigo e as últimas costelas. O fisioterapeuta exerce uma pressão manual toracoabdominal, ao final do tempo expiratório, prossequindo até o volume residual. Essa pressão é lenta, opondo-se a duas ou três tentativas inspiratórias da criança. Nessa técnica, não se exerce pressão durante a primeira parte da expiração. A descrição técnica corresponde a
- (A)** ELTGOL.
 - (B)** Expiração lenta e prolongada.
 - (C)** Drenagem autógena assistida.
 - (D)** Aceleração do fluxo expiratório rápido.
 - (E)** Aceleração do fluxo expiratório lento.
- 42** Durante a internação na UTI, o paciente está sujeito a passar um tempo significativo em repouso no leito e conseqüentemente a sofrer o risco dos efeitos deletérios do imobilismo. Avaliar e quantificar o nível de funcionalidade do paciente crítico em UTI é fundamental para traçar metas terapêuticas. Para isso, dispõe-se de algumas escalas funcionais de avaliação direcionadas para a terapia intensiva. Assinale a alternativa que apresenta escalas de avaliação funcional específicas de terapia intensiva.
- (A)** Perme Score, Escala de Borg, Medida de Independência Funcional.
 - (B)** Escala de mobilidade em UTI, Escala de Estado Funcional para UTI, Escala de Barthel.
 - (C)** Perme Score, Escala de Brooke, Escala de mobilidade em UTI.
 - (D)** Escala de mobilidade em UTI, Perme Score, Escala de Estado Funcional para UTI.
 - (E)** Escala de Estado Funcional para UTI, Escala de Lawton, Índice brasileiro preditivo de mobilidade em UTI.
- 43** Apesar do atual conhecimento a respeito dos benefícios e da segurança da mobilização precoce, bem como dos efeitos deletérios da inatividade, muitos pacientes permanecem em repouso forçado no leito na maior parte do tempo durante sua internação na UTI. O ambiente da UTI ainda é visto por muitos profissionais como um espaço de difícil atuação sobre o paciente, portanto diversos fatores isolados ou agrupados constituem barreiras que dificultam a realização de exercícios orientados pelos fisioterapeutas. São fatores considerados como barreiras para a mobilização precoce:
- (A)** ECMO e Pneumonia.
 - (B)** Quantidade limitada de profissionais e hemodiálise.
 - (C)** Ansiedade e visitas multiprofissionais.
 - (D)** VNI e uso de anticoagulantes.
 - (E)** Obesidade e Arritmia cardíaca.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

44 São considerados efeitos benéficos da ventilação mecânica:

- (A)** Minimizar o trabalho respiratório e aumentar a frequência respiratória.
- (B)** Aumentar a capacidade residual funcional e reduzir o trabalho respiratório.
- (C)** Diminuir a frequência respiratória e aumentar a fração de shunt.
- (D)** Aumentar a fração de shunt e diminuir a capacidade residual funcional.
- (E)** Reverter a insuficiência respiratória aguda e aumentar o trabalho respiratório.

45 No que se refere à anatomia e à fisiologia do sistema respiratório, considere verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas seguintes.

- () O diafragma e os músculos intercostais internos são os principais músculos da respiração na fase inspiratória.
- () A superfície da parede torácica interna, mediastino e pulmões são cobertos por membranas serosas chamadas de membranas pleurais. A pleura parietal cobre a parede do tórax e mediastino, e os pulmões são cobertos pela pleura visceral.
- () O pulmão esquerdo possui os lobos superior, médio e inferior. O pulmão direito possui apenas lobo superior e inferior. Ambos os pulmões possuem uma fissura oblíqua, a qual separa os lobos superior e inferior do pulmão direito e separa os lobos inferior e médio do pulmão esquerdo. O pulmão esquerdo também possui uma fissura horizontal que separa os lobos superior e médio.
- () Na base da traqueia, a última cartilagem traqueal que forma a bifurcação da traqueia para os dois brônquios principais é denominada ácino.
- () O brônquio principal direito é mais verticalizado, curto e largo do que o brônquio principal esquerdo.
- () Os bronquíolos respiratórios são as menores vias aéreas de condução e funcionam provendo gás para a zona respiratória dos pulmões.

A sequência correta é

- (A)** F – V – F – V – V – V.
- (B)** V – F – V – F – V – F.
- (C)** F – V – F – F – V – F.
- (D)** V – F – V – F – F – V.
- (E)** F – V – F – F – V – V.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

46 Em relação à ventilação não invasiva (VNI), é correto afirmar:

- (A)** Considera-se sucesso no uso da VNI quando após o uso o paciente apresenta diminuição de frequência respiratória, diminuição de volume corrente, melhora do nível de consciência, diminuição ou cessação de uso de musculatura acessória, aumento da PaO₂ e da PaCO₂ sem distensão abdominal significativa.
- (B)** A VNI é eficaz em reduzir a necessidade de intubação orotraqueal em pacientes com DPOC agudizada e SDRA grave.
- (C)** Em pacientes após extubação, a VNI não é indicada após instalação de quadro de insuficiência respiratória, ou seja, como ação curativa.
- (D)** Pacientes em uso de VNI devem apresentar melhora do quadro de insuficiência respiratória, dentre 01 a 06 horas; caso não se obtenha melhora, deve-se prosseguir com intubação orotraqueal e ventilação invasiva.
- (E)** As interfaces do tipo máscara oronasal devem ser utilizadas nos casos de insuficiência respiratória hipoxêmica mais graves por permitir uma maior pressurização das vias aéreas. Além disso, as máscaras oronasais, por cobrirem inteiramente o rosto e distribuírem melhor a pressão da máscara exercida na pele, evitam pontos de pressão em torno do nariz e reduzem o risco de lesões cutâneas.

47 Assinale a alternativa correta.

- (A)** A administração de PEEP ajuda a manter os alvéolos abertos ou a estabilizar pequenos alvéolos colapsados ou cheios de líquido. Isso resulta em diminuição na área de superfície alveolar para difusão e menor relação V/Q.
- (B)** A ventilação mecânica pode restaurar a oxigenação arterial a valores de normalidade mesmo a uma FIO₂ de 21%, se a causa principal da hipoxemia for shunt.
- (C)** A PEEP alta pode distender demasiadamente os alvéolos e redistribuir o fluxo de sangue pulmonar para os capilares que circundam os alvéolos mal ventilados, resultando em diminuição do shunt.
- (D)** Na ventilação por pressão positiva, o volume de ar liberado é direcionado principalmente para zonas pulmonares não dependentes. Isto se deve em parte à inatividade do diafragma. O aumento na ventilação de zonas não dependentes do pulmão, onde há menor perfusão, aumenta a relação V/Q e o espaço morto fisiológico.
- (E)** A PEEP aumenta a pressão intratorácica. Quando a pressão intratorácica é aumentada, a pressão pleural ao redor do coração também aumenta, este aumento da pressão intratorácica pode aumentar o retorno venoso e, conseqüentemente, elevar o débito cardíaco.

48 O _____ é uma lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica (LPIV) decorrente da abertura e fechamento cíclico dos alvéolos. A ventilação _____ é usada para evitar LPIV, a qual tem como alguns dos seus princípios o uso de _____ para evitar hiperdistensão alveolar e o emprego de _____ adequada para prevenir o colapso alveolar ao final da expiração. A sequência correta que preenche as lacunas acima é

- (A)** Barotrauma; Protetora; Baixo volume corrente; PEEP.
- (B)** Barotrauma; Não invasiva; Alto volume corrente; FiO₂.
- (C)** Atelectrauma; Protetora; Baixo volume corrente; FiO₂.
- (D)** Atelectrauma; Protetora; Baixo volume corrente; PEEP.
- (E)** Atelectrauma; Protetora; Alto volume corrente; PEEP.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
FISIOTERAPIA**

49 São considerados dispositivos de oxigenioterapia de baixo fluxo:

- (A)** Cateter nasal, cânula nasal, máscara de venturi, máscara com reservatório.
- (B)** Cateter nasal, cateter transtraqueal, máscara simples, oscilador oral de alta frequência.
- (C)** Cateter nasal, cânula nasal, máscara simples, máscara de venturi.
- (D)** Cateter transtraqueal, cânula nasal, tenda de oxigênio, máscara com reservatório.
- (E)** Cateter nasal, cânula nasal, máscara simples, máscara com reservatório.

50 No exame de radiografia torácica de um paciente com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), podem ser encontradas as seguintes alterações:

- (A)** Hipertransparência pulmonar e retificação do diafragma.
- (B)** Hipotransparência pulmonar e alargamento dos espaços intercostais.
- (C)** Silhueta cardíaca horizontalizada e sinal do menisco.
- (D)** Hipertransparência pulmonar e diminuição dos espaços intercostais.
- (E)** Sinal do menisco e alargamento dos espaços intercostais.