



Universidade de São Paulo

vencerás pela
educação

Processo Seletivo dos Programas de
Residência em Área Profissional da
Saúde - USP 2026

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Fisioterapia), com 5 alternativas cada uma, e **1** estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

Interpretação de Texto

01

Disponível em <https://www.instagram.com/>.

A expressão “por conta própria” contribui para o efeito persuasivo da peça ao

- (A) enfatizar o risco da autonomia mal informada, associando a ação individual a possíveis agravamentos do quadro clínico.
- (B) sugerir a existência de alternativas caseiras e autônomas para o tratamento de doenças, relativizando a orientação médica.
- (C) atribuir ao sujeito a responsabilidade exclusiva por sua condição de saúde, reforçando o discurso da culpabilização.
- (D) indicar que a automedicação é aceitável em contextos emergenciais, desde que haja experiência prévia com o remédio.
- (E) transferir para o leitor a responsabilidade institucional pela prevenção da doença, desobrigando o sistema público de saúde.

Texto para as questões de 02 a 04

Bebê *reborn*: o que há por trás do espanto?

Publicar vídeos de partos de bebê *reborn*, trocar fraldas, amamentar, dar nomes, cuidar — tudo isso virou tendência nos últimos tempos. O tema viralizou, gerando debates acalorados sobre a suposta infantilização do adulto, papéis de gênero e a banalização do cuidado real de um recém-nascido. Alguns dizem que o incômodo gerado por essas práticas se refere ao fato de vermos adultos brincando. Mas, quando se estuda o tema a fundo, percebe-se que o impulso de brincar permanece na vida adulta — apenas assume outros formatos. Ele está presente nas piadas entre amigos, nos jogos, nas criações artísticas, nos memes ou no montar legos. Por que, então, o cuidado com o *reborn* parece ultrapassar esse limite?

Talvez porque ele encene um tipo específico de vínculo — não qualquer um, mas aquele socialmente considerado o mais profundo e exigente de todos: o materno. Só que, nesse caso, o bebê não é um sujeito em formação. Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua. É o gesto de cuidar deslocado da presença real de um outro. E isso, por si só, já seria suficiente para causar desconforto. Mas talvez o desconforto maior esteja em algo que vai além. Vivemos tempos em que a fronteira entre fantasia e realidade está cada vez mais diluída. Criamos versões editadas de nós mesmos nas redes, montamos cenários para exibir afetos, performamos relações. O bebê *reborn* surge como símbolo extremo de um fenômeno que, em alguma medida, é familiar: um afeto cuidadosamente encenado para parecer real — e que talvez só se sustente porque pode ser controlado e exibido. Um afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo. E, ao mesmo tempo, sem risco, sem contradição, sem frustração.

Elementos dessa mesma lógica também aparecem em outro fenômeno contemporâneo: o de pessoas que desenvolvem vínculos afetivos com inteligências artificiais. Algumas se apaixonam. Outras compartilham segredos. Há quem trate a IA como terapeuta ou melhor amigo. Assim como o *reborn*, a IA apenas simula humanidade. Não sente dor, não se angustia, não ama. Apenas responde — com precisão e sem conflito. Ainda assim, nos relacionamos.

Tauane Paula Gehm. Revista Saúde. Maio de 2025. Adaptado.

02

No texto, o fenômeno dos vídeos sobre bebê *reborn* é utilizado como

- (A) evidência de uma prática infantilizante que deve ser reprimida.
- (B) idealização acrítica da maternidade como forma central de cuidado social.
- (C) substituição imediata dos vínculos reais por simulações digitais automatizadas.
- (D) prova do distanciamento crescente entre adultos e responsabilidades reais.
- (E) ponto de partida para uma reflexão mais ampla sobre afeto e performatividade.

03

Em “afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo”, o uso do termo “ajustado” indica

- (A) relação direta entre estética e expressão afetiva.
- (B) naturalização da beleza nos vínculos afetivos.
- (C) tendência espontânea à busca por harmonia emocional.
- (D) simulação de afeto moldada a padrões estéticos.
- (E) anulação do afeto por construções visuais agradáveis.

04

No trecho “Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua” (2º parágrafo), o termo “reciprocidade” contribui para

- (A) suavizar a crítica à ausência de vínculo afetivo, sugerindo equilíbrio emocional.
- (B) reforçar a ideia de que o cuidado encenado não envolve troca real entre sujeitos.
- (C) indicar que a relação com o *reborn* pode ser mais autêntica do que aparenta.
- (D) destacar que o bebê *reborn* impõe exigências similares às de um bebê real.
- (E) apresentar uma exceção à lógica da fantasia, mostrando que o vínculo pode evoluir.

Texto para as questões de 05 a 07

Uma gordura contra a obesidade

As reações do corpo humano à ingestão de dietas ricas em gorduras são complexas e marcadas por aspectos positivos e negativos. O coração é provavelmente o órgão em que os potenciais malefícios e benefícios dessa relação dual são mais conhecidos. Alguns tipos de ácidos graxos tendem a se depositar nos tecidos, elevar a pressão arterial e aumentar os riscos de problemas cardíacos. Esse é o caso das gorduras saturadas, encontradas na carne vermelha, em aves e derivados do leite integral, e das trans, produzidas a partir da modificação de óleos vegetais e usadas em grande parte dos alimentos processados industrialmente. Já outras formas de gordura, como as insaturadas, parecem contribuir para manter baixos os níveis de colesterol e da pressão e relativamente limpos os vasos sanguíneos.

Nas últimas duas décadas, uma relação igualmente intrincada com os diferentes tipos de gordura começou a ser esmiuçada em outro órgão vital – o cérebro. Novos estudos têm levantado indícios de que a obesidade, marcada geralmente por um consumo excessivo de gorduras saturadas e trans como parte de hábitos alimentares e de um estilo de vida pouco saudáveis, produziria uma inflamação contínua no hipotálamo. Os danos a essa região, que fica na base do cérebro e funciona como um sensor de nutrientes, levariam à morte dos neurônios responsáveis por controlar as sensações de fome e de saciedade e o gasto de energia. Assim, o mau funcionamento dos circuitos que regulam o comportamento alimentar – o indivíduo sente fome logo depois de uma farta refeição – contribuiria para perpetuar o ganho de peso. Esse é um dos efeitos deletérios possivelmente ocasionados pelo acúmulo de gorduras saturadas no sistema nervoso central.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa FAPESP. Julho de 2022. Adaptado.

05

A relação entre as diferentes formas de gordura e os órgãos do corpo humano, tal como apresentada no texto, conduz o leitor a compreender que

- (A) os efeitos benéficos das gorduras no cérebro ainda estariam sendo mais bem compreendidos do que os efeitos no coração.
- (B) a oposição entre gorduras saturadas e insaturadas seria baseada em descrições figuradas e subjetivas.
- (C) a obesidade teria como principal causa a ingestão de alimentos ricos em gorduras trans e saturadas.
- (D) a atuação das gorduras no sistema nervoso central poderia afetar mecanismos fisiológicos que agravariam a obesidade.
- (E) os efeitos estéticos do consumo de gorduras estariam sendo priorizados em detrimento das consequências clínicas.

06

O uso do advérbio “geralmente”, no trecho “marcada geralmente por um consumo excessivo”, tem como principal efeito

- (A) mitigar a afirmação, reconhecendo que nem toda obesidade decorre dos fatores mencionados.
- (B) intensificar a argumentação científica ao indicar uma frequência estatística.
- (C) explicitar uma certeza absoluta sobre os mecanismos fisiológicos.
- (D) substituir o papel dos dados empíricos na exposição do problema.
- (E) indicar que a obesidade é um fenômeno invariável no tempo.

07

A utilização do termo “perpetuar”, no final do segundo parágrafo, confere ao texto uma

- (A) indicação de solução futura por meio da correção de hábitos alimentares.
- (B) conotação de continuidade inevitável e reforço da ideia de círculo vicioso na obesidade.
- (C) perspectiva irônica sobre os efeitos neurológicos da alimentação inadequada.
- (D) ruptura semântica com o discurso científico, em favor de uma linguagem mais literária.
- (E) relativização dos danos provocados pelo consumo de gorduras saturadas.

Conhecimentos Gerais

08

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. (...) O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. (...) A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 Maio, 2011.

Assinale a alternativa que melhor corresponde aos fatos históricos relativos à trajetória de criação do SUS.

- (A) Um aspecto essencial da Reforma Sanitária no Brasil foi a sua condução ter sido liderada por governos, partidos políticos e entidades internacionais, ignorando a participação da sociedade civil.
- (B) A implementação do SUS buscava reverter o quadro de desigualdades e exclusão do sistema de saúde anterior, que atendia trabalhadores formais e informais. A Lei 8.080/90 detalhou como esse sistema funcionaria.
- (C) Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde confirmou que a saúde é um direito do cidadão. Estabeleceu os princípios do SUS, focando na coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos diferentes níveis.
- (D) O movimento por uma reforma sanitária no Brasil desconsiderava a saúde como uma questão social e política. Essa visão destacava a importância de discutir a saúde cientificamente.
- (E) A implementação do SUS começou em 1990, ano em que Fernando Collor de Mello foi eleito presidente, o primeiro escolhido pelo povo após o regime militar, que seguiu uma política neoliberal e focou na reforma da saúde.

09

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa que melhor define os seus fundamentos.

- (A) Visa a garantir a organização e o funcionamento de serviços de saúde de forma integrada e independente, de acordo com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.
- (B) Define a RAS como um sistema autônomo de serviços de saúde, que se organiza em diferentes níveis de atenção para garantir o acesso do usuário e fortalecer a atenção à saúde.
- (C) Estabelece princípios como a centralização da gestão, a regionalização das ações de saúde, a participação da sociedade e a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- (D) Reconhece a regionalização como uma diretriz fundamental do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, orientando a organização da RAS.
- (E) Contribui para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais integrado, mas pouco eficiente e resolutivo.

10

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 e caracteriza-se como uma política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) O acesso aos serviços é garantido pela apresentação de uma receita médica ou odontológica, elaborada conforme as leis vigentes, que deve incluir mais de cinco medicamentos do elenco.
- (B) A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos privados, complementarmente a aquisição dar-se-á no mercado público.
- (C) É realizado de maneira conjunta, com a participação do Ministério da Saúde e da Fiocruz, que cuida da execução por meio de acordos estabelecidos com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades privadas.
- (D) O Programa exige a presença de um farmacêutico responsável, a venda com receituário e o cumprimento das normas sanitárias e da legislação aplicada a estabelecimentos farmacêuticos.
- (E) Destina-se ao atendimento igualitário dos usuários dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daqueles que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos.

11

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Com a implementação do Plano Nacional de Humanização, trabalhou-se para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- (A) Diminuição das filas e do tempo de espera, com redução do acesso, além de atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.
- (B) As unidades de saúde devem investir na formação contínua da equipe de saúde e melhorar o ambiente de trabalho, fato que deve ajudar na interação entre trabalhadores e usuários.
- (C) As unidades de saúde precisam aumentar a participação ativa dos usuários sem levar em conta as redes sociais e familiares nas propostas de tratamento, monitoramento e cuidados em geral.
- (D) A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores através da participação coletiva na produção de saúde, sem interferência nos processos de gestão.
- (E) A identificação dos profissionais que cuidam dos usuários é prescindível, posto que a rede de serviços se responsabilizará pela atenção integral.

12

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Assinale a alternativa que melhor define a Residência Multiprofissional em Saúde.

- (A) Apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica divergente dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação.
- (B) Adequa-se às necessidades locais e regionais, constituindo de um processo de educação permanente em saúde que dificulta a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.
- (C) Essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem fora do sistema.
- (D) A formação “intercategorias” visa uma formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho, anulando os “núcleos” específicos de saberes de cada profissão.
- (E) É considerada uma importante estratégia para a formação de profissionais qualificados para o SUS, promovendo a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a integração entre as áreas.

13

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revendo as diretrizes para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme essa portaria, a PNAB

- (A) define a atenção básica como a porta de entrada preferencial do SUS, com foco na atenção parcial à saúde da população, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- (B) busca garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, com o técnico de enfermagem podendo indicar tratamentos e acompanhar a população adscrita.
- (C) estabelece a composição da Estratégia de Saúde da Família, com a presença de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, como dentistas e técnicos de saúde bucal.
- (D) define as Unidades Básicas de Saúde como os locais de prestação de serviços de atenção básica, sem citá-las como espaços de educação, formação, pesquisa e inovação.
- (E) estabelece a carga horária máxima por categoria profissional e a necessidade de organização da jornada de trabalho para garantir o acesso, o vínculo e a continuidade do cuidado.

14

As unidades da atenção básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. (...) A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Considerando os indicadores necessários para o bom funcionamento das unidades de atenção básica, é correto afirmar:

- (A) Com uma boa estrutura, diminuem as filas nos pronto-socorros e hospitais, o uso excessivo de medicamentos e a utilização indiscriminada de equipamentos avançados.
- (B) Problemas de saúde menos frequentes devem ser tratados nas unidades básicas de saúde, permitindo que os ambulatórios e os hospitais desempenhem suas verdadeiras funções.
- (C) A Unidade de Saúde da Família proporciona assistência contínua em especialidades básicas, dispondo de uma equipe unidisciplinar para acompanhar as orientações da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.
- (D) O Posto de Saúde tem como objetivo fornecer assistência a uma população específica, seja de maneira planejada ou não, por um profissional de nível médio, com a presença obrigatória do médico.
- (E) A unidade mista oferece atendimento voltado para a atenção básica e integral nas especialidades básicas, incluindo serviços odontológicos e de outras áreas, mas não conta com internação.

15

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento, com um foco em equipes multidisciplinares e em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acerca dessa Portaria, é correto afirmar:

- (A) Aprimora a estratégia das equipes multiprofissionais, com aumento do cofinanciamento federal, inclusão de novas especialidades médicas e a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC).
- (B) Cria as equipes multidisciplinares (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, que são compostas por profissionais das mesmas áreas e atuam de forma integrada.
- (C) Estabelece três modalidades de equipes eMulti: Ampliada, Complementar e Estratégica, com cargas horárias iguais, mas diferindo na composição profissional.
- (D) Prevê incentivos financeiros estaduais para custeio e desempenho das eMulti, com o objetivo de fortalecer a APS.
- (E) Reduz a gama de serviços oferecidos e integra práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde e vigilância.

Fisioterapia

16

Ao compor a equipe multiprofissional que constitui o NASF-AB, o fisioterapeuta deve desenvolver suas ações na perspectiva do Apoio Matricial e em consonância com algumas diretrizes que caracterizam às práticas relativas à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: a noção de território; educação em saúde; promoção da saúde; humanização; integralidade da atenção; participação social; educação popular; ações interdisciplinares e intersetoriais e o processo de educação permanente em saúde.” (Rocha V et al. 2020). Considerando o Apoio Matricial como um referencial teórico-metodológico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), qual das seguintes alternativas melhor descreve seu principal objetivo na Atenção Primária à Saúde (APS)?

- (A) Assegurar a supervisão hierárquica das equipes de referência por especialistas do NASF-AB, garantindo a aplicação de protocolos clínicos padronizados.
- (B) Promover a atuação isolada dos profissionais do NASF-AB junto aos usuários com demandas específicas, otimizando o tempo das equipes de referência.
- (C) Estabelecer momentos de troca de saberes e construção compartilhada entre profissionais do NASF-AB e das equipes de referência, visando aprimorar o cuidado e a vinculação com os usuários.
- (D) Centralizar a tomada de decisões clínicas e sanitárias no NASF-AB, uniformizando as condutas e otimizando a gestão dos casos complexos na APS.
- (E) Concentrar a resolução de todos os casos clínicos no NASF-AB, reduzindo a necessidade de atuação conjunta com as equipes da Estratégia Saúde da Família.

17

De acordo com o artigo 9º da Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), qual dos itens a seguir descreve corretamente um dever fundamental do fisioterapeuta?

- (A) Recusar a responsabilidade técnica por serviço de Fisioterapia, mesmo em situações de urgência, quando for o único profissional presente.
- (B) Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro, obedecendo aos preceitos éticos e legais, preservando a honra e as tradições da profissão.
- (C) Atuar exclusivamente com base nos conhecimentos adquiridos na graduação, sem necessidade de atualização continuada.
- (D) Oferecer seus serviços à comunidade apenas mediante compensações financeiras, mesmo em situações de calamidade pública.
- (E) Concorrer com colegas por meio da redução de honorários, ainda que isso contrarie as normas do COFFITO.

18

A alta incidência de agravos como LER/DORT e transtornos mentais relacionados ao trabalho tem provocado críticas à abordagem tradicional baseada apenas em fatores de risco ambientais, como o posto de trabalho e os equipamentos utilizados. Estudos recentes indicam que, para prevenir esses agravos, é necessário considerar uma rede mais ampla de determinantes, incluindo a organização e o modo de gestão do trabalho, as relações comerciais, as cadeias produtivas e até fatores macroeconômicos.

Com base nessa mudança de abordagem, qual das alternativas a seguir melhor representa a perspectiva atual sobre a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho?

- (A) A prevenção pode ser efetiva com o controle dos fatores de risco físicos e ergonômicos diretamente no ambiente de trabalho, sem a necessidade de análises mais amplas.
- (B) A multicausalidade exige atenção uniforme a todos os fatores, do indivíduo ao sistema econômico global, de forma equivalente em qualquer contexto.
- (C) A prevenção eficaz requer uma análise articulada dos determinantes do trabalho, considerando desde os fatores imediatos até os condicionantes estruturais, como organização do trabalho e mercado.
- (D) A visão unicausal, embora limitada, ainda deve ser considerada como estratégia útil para alguns tipos de agravos específicos em setores produtivos.
- (E) A prioridade deve ser dada aos fatores proximais, como movimentos repetitivos e ritmo de trabalho, pois são os mais diretamente associados aos agravos osteomusculares.

19

A ausculta pulmonar é uma etapa fundamental do exame físico respiratório e permite identificar ruídos respiratórios anormais (sons adventícios), que podem indicar alterações em diferentes regiões do trato respiratório ou do espaço pleural. Os sons adventícios podem ser classificados em contínuos (como sibilos e roncos) ou descontínuos (como estertores finos e grossos), cada qual com significado clínico distinto. Com base na classificação clássica dos sons adventícios, é correto afirmar:

- (A) A cornagem é um ruído adventício contínuo, de tonalidade aguda, relacionado ao estreitamento das vias aéreas inferiores, comum em casos de broncoespasmo severo.
- (B) Os roncos são ruídos contínuos, de baixa frequência, geralmente causados pela presença de secreções em vias aéreas de pequeno calibre, como bronquíolos terminais.
- (C) Os sibilos são sons contínuos e musicais, de alta frequência, causados pela obstrução parcial das vias aéreas, podendo ser inspiratórios ou expiratórios, localizados ou difusos.
- (D) Os estertores finos (crepitantes) são ruídos contínuos, de tonalidade baixa, semelhantes ao som de rompimento de bolhas, comuns no início da inspiração.
- (E) Os estertores grossos são ruídos agudos, secos e de curta duração, semelhantes ao atrito de fios de cabelo, geralmente auscultados na expiração.

20

Em condições fisiológicas, a respiração apresenta um ritmo regular, com a inspiração ligeiramente mais curta que a expiração e uma breve pausa entre os ciclos. Em situações clínicas específicas, podem surgir ritmos respiratórios anormais, que oferecem pistas importantes sobre alterações neurológicas, metabólicas ou cardiovasculares.

Sobre os ritmos respiratórios anormais, assinale a alternativa correta.

- (A) A respiração de Cheyne-Stokes é caracterizada por ciclos de apneia seguidos por respirações progressivamente mais profundas e rápidas, que depois diminuem gradualmente até uma nova pausa.
- (B) A respiração de Kussmaul caracteriza-se por movimentos respiratórios irregulares e entrecortados, alternados com períodos de apneia, comum em lesões medulares.
- (C) A respiração de Biot é caracterizada por uma sequência de respirações cada vez mais profundas, seguidas por apneia, típica da insuficiência cardíaca.
- (D) A taquipneia consiste no aumento da frequência respiratória com aumento proporcional do volume corrente, o que eleva o volume minuto.
- (E) A hiperpneia é caracterizada por aumento da frequência respiratória com volume corrente reduzido, comum em estados febris leves.

21

Com o envelhecimento, o sistema musculoesquelético passa por mudanças estruturais e funcionais que impactam diretamente a capacidade física, a mobilidade e a independência funcional de pessoas idosas.

Sobre essas alterações musculoesqueléticas relacionadas ao processo de envelhecimento, assinale a alternativa correta.

- (A) A força ou a quantidade de força que o músculo produz diminui com a idade. A força muscular do membro inferior (quantidade de força produzida durante uma única contração máxima de um músculo) pode ser reduzida em até 70% entre os 30 e 80 anos de idade.
- (B) A resistência, que é a capacidade do músculo de contrair continuamente em níveis submáximos, também diminui com a idade. Entretanto, a resistência é mais bem preservada com a idade que a força.
- (C) À medida que o músculo envelhece, ele também se torna menor. Essa redução da massa muscular é maior nos membros superiores que nos membros inferiores.
- (D) Mudanças musculoesqueléticas afetam a capacidade funcional dos músculos. A força isométrica máxima diminui, os músculos se fatigam mais rapidamente, mas o ritmo de desenvolvimento da tensão muscular é normal.
- (E) As mudanças relacionadas à idade parecem afetar mais as contrações excêntricas que as contrações concêntricas. As contrações rápidas ou de velocidade acelerada são menos afetadas que as contrações de velocidade lenta.

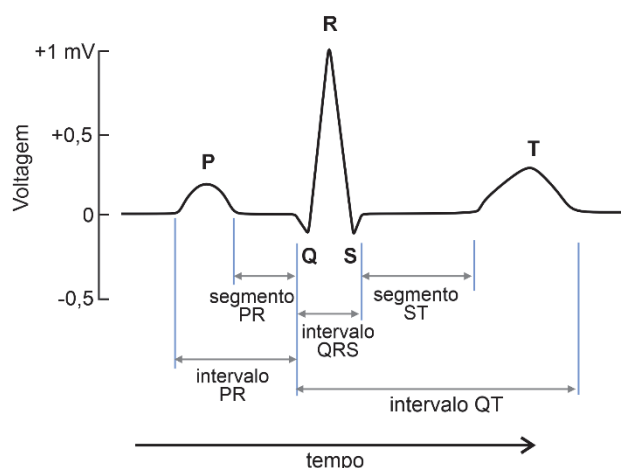
22

De acordo com Rocha et al. (2020), "(...) quando falamos de visão ampliada, falamos em um conjunto de fazeres necessários para que a intervenção de um ou de vários profissionais, alcance às necessidades que uma pessoa ou família apresenta. Falamos de uma clínica integrada e integral, ou seja, a Clínica Ampliada. (...) A Clínica Ampliada requer um olhar singular àquilo que "parece" comum; requer um olhar coletivo, caracterização de uma rede de atenção e, mais, requer a participação da pessoa que recebe atenção. Outro aspecto fundamental da Clínica Ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida."

O texto discute os princípios da Clínica Ampliada, uma proposta de cuidado no SUS. De acordo com o texto, qual das seguintes alternativas melhor define sua principal característica e seus objetivos na prática da saúde?

- (A) Dar ênfase principal no diagnóstico e tratamento das doenças através da prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares.
- (B) Priorizar a intervenção profissional na identificação das necessidades biológicas do indivíduo ou família, com foco na resolução dos problemas de saúde imediatos.
- (C) Adotar uma perspectiva reducionista da saúde, priorizando a abordagem individualizada e a intervenção medicamentosa como principal ferramenta terapêutica.
- (D) Ampliar o olhar para além da doença, considerando as necessidades integrais do indivíduo e da família, promovendo a autonomia, a participação e o equilíbrio entre o combate à doença e a produção de vida.
- (E) Atribuir ao médico o papel central na definição do plano de cuidados e na coordenação da atenção entre os profissionais de saúde.

23



Com base no traçado eletrocardiográfico apresentado, em qual segmento isométrico do eletrocardiograma os ventrículos estão eletricamente neutros (despolarizados), antes de iniciar a repolarização?

- (A) Segmento PR.
- (B) Intervalo QRS.
- (C) Intervalo QT.
- (D) Segmento ST.
- (E) Onda T.

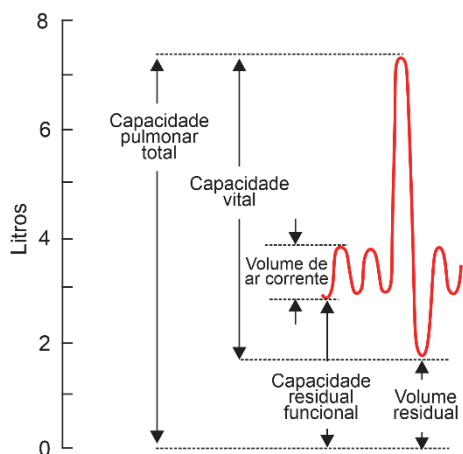
24

Em condições fisiológicas, a circulação pulmonar apresenta características distintas da circulação sistêmica. Sobre essas características, é correto afirmar:

- (A) As pressões na circulação pulmonar são muito menores (pressão média na artéria pulmonar ~ 15 mmHg) do que na circulação sistêmica (pressão média na aorta ~ 90 mmHg).
- (B) A resistência vascular pulmonar é muito maior que a resistência vascular sistêmica.
- (C) O débito cardíaco do ventrículo direito é menor em relação ao do ventrículo esquerdo.
- (D) Em posição ortostática, o fluxo sanguíneo pulmonar é distribuído de forma desigual, sendo maior nos ápices pulmonares.
- (E) Nos pulmões, a hipóxia causa vasodilatação, que redireciona o sangue das regiões mal ventiladas para as regiões bem ventiladas.



25



Considerando os volumes e capacidades pulmonares indicados na figura apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) O volume minuto é o volume inspirado ou expirado em uma excursão respiratória normal.
- (B) O volume residual é o volume que permanece nos pulmões após uma expiração tranquila ou normal.
- (C) A capacidade residual funcional é composta pela soma do volume de reserva expiratório com o volume residual.
- (D) A capacidade vital é a soma do volume corrente e volume de reserva expiratório.
- (E) A capacidade pulmonar total é a soma do volume corrente com o volume residual.

26

Com relação à anatomia dos pulmões, é correto afirmar:

- (A) O pulmão direito está dividido em lobo superior, língula e lobo inferior.
- (B) O pulmão esquerdo está dividido em lobos superior, médio e inferior.
- (C) O lobo médio é comumente de contorno triangular ou cuneiforme.
- (D) No pulmão direito os lobos são divididos por uma fissura longa e oblíqua.
- (E) A língula do pulmão direito corresponde ao lobo médio do pulmão esquerdo.



27

O coração está situado no mediastino médio. É dividido em duas metades, direita e esquerda. Cada metade consiste de um átrio e de um ventrículo. A função de bomba depende também do sistema valvar, com estruturas anatômicas essenciais, sobre as quais é correto afirmar:

- (A) O aparelho valvar em cada ventrículo consiste: do ânulo fibroso (em torno do óstio atrioventricular), da valva, das cordas tendíneas e dos músculos papilares.
- (B) Cada valva atrioventricular tem cúspides cujas bases se inserem nos músculos papilares que circundam o óstio.
- (C) As valvas semicirculares da aorta e do tronco pulmonar estão situadas nas origens desses vasos e cada uma apresenta duas cúspides.
- (D) O ventrículo esquerdo usualmente apresenta uma valva tricúspide, isto é, com três cúspides ou folhetos.
- (E) O ventrículo direito possui uma valva bicúspide, isto é, com duas cúspides ou folhetos.



28

A reabilitação cardiovascular (RCV), didaticamente, é dividida em fases. O tempo de permanência do indivíduo em cada uma das fases dependerá de sua condição clínica. Em relação às diferentes fases, é correto afirmar:

- (A) A fase 1 pode ser iniciada de modo precoce, independentemente do quadro clínico, em cardiopatas com tratamento clínico e/ou procedimento intervencionista.
- (B) A fase 2 tem início um dia após a alta da unidade de terapia intensiva ou um dia após um evento cardiovascular ou de uma descompensação clínica de qualquer natureza.
- (C) Na fase 3 somente podem participar os pacientes liberados da fase 2 considerados de baixo risco, respeitando-se a sequência das fases.
- (D) Na fase 4, as sessões ainda precisam de supervisão *in loco* e devem ter acompanhamento periódico.
- (E) Na fase 2, as sessões devem ser executadas em ambiente com estrutura para atendimento de emergência e os recursos necessários para tal.

29

Na reabilitação cardiovascular (RCV), um bom exame físico é essencial e é composto de vários elementos. No que tange aos itens do exame físico de indivíduos em RCV, é correto afirmar:

- (A) Na observação ou inspeção, a avaliação da coloração e da expressão facial pode demonstrar somente respostas relativas ao estado emocional.
- (B) A avaliação do sistema nervoso autônomo tem se tornado um componente do exame físico, por meio da análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), que é um indicador de adaptação anormal se estiver alta.
- (C) A bioimpedância estima a quantidade de água corporal total, a massa muscular e a massa de gordura. Porém, a indisponibilidade do equipamento que realiza essas medidas inviabiliza a avaliação.
- (D) Flexibilidade e força muscular são aspectos neuromotores avaliados. Pode-se usar o teste de sentar e alcançar, além da dinamometria ou teste de uma repetição máxima voluntária dinâmica.
- (E) Para a avaliação da capacidade física, é necessário realizar o teste ergoespirométrico, pois o teste de caminhada de seis minutos não oferece informações suficientes.

30

De acordo com Perracini et al. (2019): "A funcionalidade pode ser entendida como um *continuum* de estados funcionais, com diferentes níveis de desempenho, refletindo uma complexidade que, por vezes, torna difícil distinguir processos patológicos daqueles tidos como uma evolução "normal" do processo de envelhecimento (...). Os extremos da funcionalidade são os diferentes níveis de desempenho e competência funcional e estão associados a desfechos positivos e negativos, respectivamente representados pelo envelhecimento saudável e pelo envelhecimento com fragilidade. A funcionalidade relacionada ao primeiro está associada a maiores níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, maior senso de autoeficácia e controle pessoal, uma rede de relações sociais mais abrangente, melhor saúde e independência física e mental e um envolvimento mais ativo com a vida, a despeito da presença de doenças crônicas. No outro extremo, a funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, como quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária."

De acordo com o texto acima sobre funcionalidade no contexto do envelhecimento, qual das seguintes alternativas melhor descreve a relação entre os extremos do *continuum* funcional e suas respectivas associações com o processo de envelhecer?

- (A) Ambos os extremos da funcionalidade, representados pelo envelhecimento saudável e pela fragilidade, compartilham níveis semelhantes de satisfação e bem-estar subjetivo, diferenciando-se apenas pela presença de doenças crônicas.
- (B) O envelhecimento saudável, no extremo da alta funcionalidade, associa-se predominantemente a desfechos negativos, como maior dependência funcional e risco de institucionalização, enquanto a fragilidade se vincula a maior satisfação e autonomia.

- (C) A distinção entre o envelhecimento saudável e o envelhecimento com fragilidade reside unicamente na ausência ou presença de doenças crônicas, sem impactar significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida.
- (D) O *continuum* da funcionalidade demonstra que a progressão natural do envelhecimento invariavelmente leva à fragilidade, sendo o envelhecimento saudável apenas uma fase transitória anterior ao declínio funcional.
- (E) O envelhecimento saudável, caracterizado pela alta funcionalidade, associa-se a desfechos positivos como maior bem-estar e autonomia, enquanto a fragilidade, no extremo oposto, relaciona-se a desfechos negativos como maior dependência, risco de institucionalização e prevalência de síndromes geriátricas.

31

A queda está entre as dez condições de saúde que mais causam incapacidade, cuja incidência e lesões decorrentes aumentam significativamente com o avançar da idade. Entre as lesões provenientes da queda, a fratura de quadril é considerada uma das que mais comprometem a funcionalidade dos idosos e está associada a altas taxas de mortalidade. O quadril é uma articulação formada pela cabeça do fêmur e pela cavidade do acetábulo. As fraturas que ocorrem na região entre a cabeça do fêmur e 5 cm abaixo do trocânter menor são mundialmente denominadas fraturas de quadril. De acordo com o local da fratura, podem ser classificadas em intracapsulares (cabeça e colo do fêmur) ou extracapsulares (transcrotânticas e subtrocantéricas). (LIMA et al., 2019)

Sobre a reabilitação da fratura de quadril, é correto afirmar:

- (A) A reabilitação da fratura de quadril em geral deve ser iniciada no período pós-hospitalar, dividida em fases (precoce e tardia), com transições ajustadas à evolução clínica do paciente.
- (B) Durante a internação hospitalar, a reabilitação se inicia uma semana após a cirurgia, pois é comum o paciente ainda apresentar dor decorrente do procedimento cirúrgico.
- (C) As diretrizes sobre fratura de quadril recomendam que exercícios de mobilização se iniciem após uma semana da cirurgia. Esses exercícios envolvem atividades funcionais, como sentar e levantar da cama e iniciar gradativamente descarga de peso no membro inferior operado.
- (D) Pacientes com fraturas intracapsulares demorarão mais tempo para iniciar exercícios de mobilização e descarga de peso, a fim de evitar o deslocamento da prótese.
- (E) A recuperação avançada da funcionalidade após a fratura de quadril tem sido relacionada à aderência à fisioterapia no período hospitalar. É importante que, desde o período hospitalar, o idoso seja conscientizado da importância dos exercícios e incentivado a continuar a reabilitação após a alta.

32

Para facilitar o entendimento do funcionamento do ventilador mecânico, durante a ventilação com pressão positiva, o ciclo ventilatório possui as seguintes características:

- (A) É denominado de “disparo” o término da fase inspiratória e abertura da válvula expiratória, iniciando uma nova fase expiratória.
- (B) É denominada de “ciclagem” o critério usado pelo ventilador para fechar a válvula expiratória e realizar a transição da fase expiratória para a inspiratória.
- (C) O ventilador mecânico apresenta três tipos de ciclos ventilatórios: controlados, assistidos e espontâneos.
- (D) Nos ciclos controlados, o critério usado pelo ventilador para iniciar um ciclo ventilatório é o fluxo.
- (E) Nos ciclos assistidos, o ventilador inicia o ciclo, e o paciente o controla e finaliza.

33

A monitoração ventilatória permite aos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva seguir o curso ou evolução da doença e ajustar a terapêutica de acordo com os dados e informações advindas de uma monitoração adequada. Em relação à monitoração dos pacientes intubados, é correto afirmar:

- (A) Situações de má perfusão por redução do débito cardíaco, vasoconstrição ou hipotermia não interferem na leitura do oxímetro de pulso.
- (B) A gasometria arterial permite o cálculo da relação PaO_2/FiO_2 , e o uso de cateter nasal viabiliza o seu uso, pois a FiO_2 efetiva é conhecida.
- (C) A aplicação clínica mais importante da capnometria é a monitoração da perfusão cerebral, por exemplo em pacientes com lesão cerebral aguda grave.
- (D) A pausa expiratória promove o equilíbrio entre as pressões alveolar e das vias aéreas proximais, permitindo a determinação da auto-PEEP.
- (E) A complacência estática do sistema respiratório reflete as modificações nas vias aéreas decorrentes de doenças que afetam os pulmões.

34

Paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista de longa data, com carga tabágica estimada em 60 anos-maço. Deu entrada na UTI com queixa de dispneia progressiva, inicialmente aos médios esforços, mas com piora há três dias. Apresenta dispneia, tosse produtiva e febre (38,5 °C). Ao exame físico, encontra-se hipotenso (90/50 mmHg), taquicárdio (FC: 130 bpm), eletrocardiograma com ritmo sinusal, sem drogas vasoativas até o momento. Ao exame neurológico, apresenta-se confuso (Escala de Glasgow de 14). À avaliação respiratória, apresenta taquipneia ($f = 30$ rpm), com uso de musculatura acessória, SpO_2 de 83% com cateter de oxigênio a 2 lpm. Tosse produtiva e pouco eficaz. À ausculta pulmonar, apresenta redução do murmúrio vesicular e ronos apicais. Tórax em tonel. Avaliação musculoesquelética e funcional não foi possível devido ao quadro clínico.

A partir dessas informações, é correto afirmar:

- (A) O indivíduo não tem o diagnóstico formal de DPOC e, embora as informações sugiram o diagnóstico, elas não são úteis ao fisioterapeuta no direcionamento do tratamento.

- (B) A taquipneia e o uso de musculatura acessória indicam aumento do trabalho ventilatório, mas é uma característica do indivíduo tabagista, portanto, sem necessidade de intervenção imediata pela equipe.
- (C) A hipertermia, a taquicardia e a hipotensão são fatores que indicam possível infecção, que poderá ser controlada somente com antibioticoterapia.
- (D) A SpO_2 de 83% associada ao quadro de taquipneia e uso de musculatura acessória indicam necessidade imediata de suporte adicional (oxigênio, ventilação não invasiva ou invasiva), a depender da evolução clínica.
- (E) Como não foi possível realizar a avaliação funcional desse paciente e não há relato de disfunção musculoesquelética prévia, o fisioterapeuta deve considerá-lo como de baixo risco para declínio funcional.

35

De acordo com Miranda (2011), “a atuação do profissional de saúde na APS requer o desenvolvimento de capacidades como a escuta qualificada e implicada com a finalidade de uma atuação mais humana e que traga resultados para o paciente.”

De acordo com o texto, qual das alternativas a seguir melhor descreve a essência da atuação do fisioterapeuta na perspectiva do acolhimento?

- (A) Realizar triagens rápidas para identificar as necessidades mais urgentes e direcionar os pacientes para os serviços especializados adequados, otimizando o fluxo da unidade.
- (B) Estabelecer horários de atendimento flexíveis que se adaptem à disponibilidade dos usuários, garantindo a adesão aos programas de saúde oferecidos.
- (C) Desenvolver a capacidade de escuta qualificada e implicada, aliada à organização de um serviço universal e sem exclusões, que considere as necessidades e o modo de viver dos usuários na promoção e recuperação da saúde.
- (D) Implementar protocolos clínicos padronizados para garantir a equidade no acesso aos procedimentos e tratamentos, independentemente das características individuais dos pacientes.
- (E) Focar na aplicação de técnicas e procedimentos específicos da fisioterapia, priorizando a reabilitação física e a prevenção de lesões, conforme as diretrizes estabelecidas.

36

De acordo com o Artigo 44 do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução Nº 424, de 08 de julho de 2013, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), qual das ações abaixo é expressamente proibida ao fisioterapeuta que atua em pesquisa?

- (A) Utilizar os recursos disponíveis para o desenvolvimento de pesquisas relevantes para a profissão.
- (B) Manter sua independência profissional e científica em relação às fontes de financiamento da pesquisa.
- (C) Publicar os resultados de pesquisas que possam contribuir para o avanço da fisioterapia.
- (D) Servir-se de sua posição hierárquica para dificultar o uso de recursos para pesquisa sem justificativa relevante.
- (E) Colaborar em pesquisas multidisciplinares que visem ao bem-estar do paciente.

37

“Sabe-se que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador (ST) constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996).

De acordo com o texto, qual a principal forma de atuação preconizada pelo campo da Saúde do Trabalhador (ST) para melhorar as condições de trabalho e prevenir agravos à saúde?

- (A) Focar exclusivamente no tratamento médico individualizado dos trabalhadores doentes.
- (B) Implementar ações de fiscalização rigorosas para punir empresas que não cumprem as normas de segurança.
- (C) Adotar uma abordagem isolada, concentrando-se nos riscos físicos presentes no ambiente de trabalho.
- (D) Promover uma atuação integrada que envolva prevenção, promoção e assistência, com a participação dos trabalhadores.
- (E) Desenvolver tecnologias avançadas para automatizar tarefas e reduzir a exposição dos trabalhadores a riscos.

38

Os incentivadores respiratórios estimulam a realização de uma inspiração profunda. As indicações e contraindicações do uso desses aparelhos são basicamente as mesmas dos exercícios de respiração profunda. Os incentivadores mais comuns são a fluxo ou a volume. Sobre as indicações, limitações e contraindicações para o uso desses dispositivos, é correto afirmar:

- (A) Os incentivadores são indicados para os pacientes que necessitam de assistência respiratória preventiva ou curativa, tais como idosos e pacientes em pós-operatório de diversas cirurgias com risco de complicação pulmonar.
- (B) O nível de consciência insuficiente para realizar exercícios voluntários e/ou alteração cognitiva que limita a realização de exercícios voluntários são aspectos que indicam o uso de incentivadores.
- (C) Não se considera como limitação para o uso de incentivadores a dificuldade ou impossibilidade da preensão adequada do bocal por lesões ou fraqueza, pois é facilmente adaptável a qualquer máscara facial.
- (D) Nos casos de pneumotórax hipertensivo ou não drenado e crise aguda de broncoespasmo, o uso de incentivadores não é contraindicado.
- (E) O uso de incentivadores deve ser evitado para tratamentos clínicos específicos para expansão pulmonar, quadros restritivos por dor ou redução de força muscular.

39

O complexo da cintura escapular é composto por três ossos: a escápula, a clavícula e o úmero, que são conectados uns aos outros por meio das articulações glenoumeral, acromioclavicular, esternoclavicular e escapulotorácica. Em relação às articulações citadas, assinale a alternativa correta.

- (A) A clavícula articula-se com o manúbrio do esterno para formar a articulação esternoclavicular, a única ligação esquelética direta entre o membro superior e o tronco.
- (B) A articulação acromioclavicular é uma articulação selar, biaxial da extremidade lateral da clavícula com o processo acromial. É uma articulação bastante resistente. Um disco fibrocartilaginoso separa as duas faces articulares.
- (C) A articulação glenoumeral é uma articulação sinovial do tipo gínglimo ou dobradiça, na qual a cabeça redonda do úmero articula-se com a cavidade glenoidal rasa da escápula.
- (D) A articulação escapulotorácica é uma articulação verdadeira entre a escápula e a parede da caixa torácica, primordial para o movimento articular do ombro.
- (E) A articulação glenoumeral é inerentemente estável, mantida pelo funcionamento coordenado e sincronizado dos estabilizadores dinâmicos e estáticos.

40

Considerando os atributos de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) explicitados pelo Ministério da Saúde (2010), qual das alternativas a seguir apresenta corretamente uma característica essencial para o funcionamento eficaz e integrado dessa rede?

- (A) A oferta de serviços de saúde é determinada unicamente pela demanda espontânea da população, sem considerar suas necessidades específicas identificadas.
- (B) A existência de mecanismos de coordenação e continuidade do cuidado ao longo de todo o contínuo da atenção é fundamental para garantir a integralidade da assistência.
- (C) A gestão da RAS é descentralizada e independente em cada serviço, sem a necessidade de um sistema de governança único que estabeleça diretrizes e objetivos comuns.
- (D) A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como um nível de atenção isolado, sem necessariamente integrar e coordenar o cuidado com os demais pontos da rede.
- (E) O financiamento da RAS é preferencialmente centrado em uma única esfera de governo, simplificando a alocação de recursos e evitando a necessidade de articulação tripartite.

Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas de 01 a 03.

Paciente admitida M.J.S., sexo feminino, 68 anos. Há sete dias apresentou quadro de tosse e desconforto respiratório progressivo, o que a fez procurar o pronto-socorro. Apresentava-se sonolenta, mas responsiva, com SpO₂ de 85%. Foi adaptada à oxigenoterapia com máscara de Venturi de 40%, sem melhora do quadro, evoluindo rapidamente para um quadro de hipotensão e rebaixamento do nível de consciência. Foi intubada, adaptada à ventilação mecânica invasiva (VMI), e encaminhada à UTI de imediato. Na UTI foram identificados os seguintes diagnósticos médicos: insuficiência respiratória aguda, pneumonia adquirida na comunidade, insuficiência renal aguda com urgência dialítica e choque séptico. Foi mantida sedada, com VMI, realizou terapia de substituição renal, recebeu drogas vasoativas, antibioticoterapia e dieta enteral. Evoluiu com quadro de fraqueza muscular adquirida na UTI e delirium. No sétimo dia de VMI, foi realizado o primeiro teste de respiração espontânea (TRE), sem sucesso. Após cada TRE com falha, a paciente foi mantida em repouso por 24h. Após 15 dias de VMI, foi submetida à colocação de cânula de traqueostomia, pois até esse dia não passara no TRE. A PiMáx medida foi de -20 cmH₂O. No dia seguinte, foi iniciado o desmame gradual da VMI, com períodos progressivos de nebulização, que finalizou após uma semana. Recebeu alta para a enfermaria. Em dez dias, foi realizada a decanulação da traqueostomia e recebeu alta para casa.

Questão 01 (3,0 pontos)

Considerando-se o quadro clínico, quais são os principais fatores que podem ter contribuído para o desmame ventilatório prolongado? Discuta a fisiopatologia envolvida em cada um desses fatores.

Questão 02 (3,0 pontos)

Quais estratégias de fisioterapia respiratória e motora podem ser implementadas no manejo de M.J.S. para otimizar o processo de desmame ventilatório e melhorar sua funcionalidade? Justifique cada estratégia com base nos achados clínicos e evidências atuais.

Questão 03 (4,0 pontos)

Como fisioterapeuta da enfermaria, quais as principais orientações e encaminhamentos deverão ser dados para a paciente e familiares (plano de reabilitação integral) para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar?

Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero textos que desrespeitem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO

NA CORREÇÃO



Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

Profissão 6 - FISIOTERAPIA

Prova F	
01	A
02	E
03	D
04	B
05	D
06	A
07	B
08	C
09	D
10	D
11	B
12	E
13	C
14	A
15	A
16	C
17	B
18	C
19	C
20	A
21	B
22	D
23	D
24	A
25	C
26	C
27	A
28	E
29	D
30	E
31	E
32	C
33	D
34	D
35	C
36	D
37	D
38	A
39	A
40	B

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

Profissão 6 - FISIOTERAPIA

RESPOSTAS ESPERADAS

Questão 01 (4,0 pontos)

- Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FMA-UTI): A imobilização prolongada e o processo inflamatório sistêmico associado à sepse podem levar à atrofia e disfunção das musculaturas respiratória e periférica. A fisiopatologia envolve a ativação de vias catabólicas, proteólise muscular e alterações na excitabilidade neuromuscular. A fraqueza dos músculos respiratórios (diafragma e intercostais) dificulta a geração de pressão inspiratória suficiente para sustentar a ventilação espontânea e a tosse eficaz para a eliminação de secreções. A fraqueza periférica compromete a mobilização precoce e a reabilitação.
- Disfunção diafragmática induzida pela ventilação mecânica: a ventilação mecânica controlada pode levar à inatividade do diafragma, resultando em atrofia e perda de força. A fisiopatologia envolve alterações na estrutura e função das fibras musculares diafragmáticas. Um diafragma enfraquecido compromete a capacidade de gerar pressão negativa inspiratória e sustentar a ventilação espontânea.
- Ansiedade, desconforto e delirium: a experiência na UTI, a dependência da ventilação mecânica e as tentativas de desmame podem gerar estresse, ansiedade e desconforto, levando a um aumento do trabalho respiratório, dessincronia paciente-ventilador e falha no desmame. Além desses fatores, a idade avançada, a sepse, uso de sedativos, dor e privação do sono podem levar a quadro de delirium, que também corrobora para o desmame ventilatório prolongado.
- Lesão Pulmonar Residual: Apesar da melhora radiológica e da oxigenação, a presença de áreas de atelectasia e possível fibrose pulmonar residual pode aumentar a resistência e a elastância do sistema respiratório, elevando o trabalho respiratório e dificultando a transição para a ventilação espontânea. A fisiopatologia envolve alterações na mecânica pulmonar e trocas gasosas.

Questão 02 (3,0 pontos)

- Ajustes da ventilação mecânica, monitorização e desmame: Ajuste fino dos parâmetros ventilatórios para minimizar o trabalho respiratório e promover o conforto do paciente, monitorando continuamente os parâmetros, a mecânica respiratória e a sincronia paciente-ventilador, isto é, monitorar continuamente a interação do paciente com o ventilador e ajustar os parâmetros para otimizar a sincronia, para reduzir o trabalho ventilatório e o desconforto, se houver. Conduzir o desmame ventilatório de acordo com a evolução clínica do caso, com o objetivo de reduzir o tempo de VMI.
- Exercícios de fortalecimento muscular respiratório: implementar exercícios específicos para fortalecer o diafragma e os músculos intercostais, como o treinamento muscular inspiratório (TMI) com carga progressiva, utilizando dispositivos específicos, com base na pressão inspiratória máxima medida. Isso visa melhorar a força e a resistência dos músculos respiratórios e facilitar o desmame ventilatório.
- Mobilização precoce e exercícios de fortalecimento muscular periférico: iniciar um programa de mobilização progressiva no leito (mudanças de decúbito, sedestação na beira do leito) e, assim que possível, exercícios ativos resistidos para membros superiores e inferiores. O objetivo é tratar a fraqueza adquirida na UTI e evitar a sua progressão, por meio da melhora da força muscular periférica, da tolerância ao exercício e da independência funcional.
- Técnicas de higiene brônquica: Utilizar técnicas de remoção de secreções (posicionamento, aceleração do fluxo expiratório, tosse assistida) e aspiração traqueal e de vias aéreas superiores, para melhorar a ventilação e prevenir complicações pulmonares.
- Estratégias para reduzir a ansiedade e desconforto: implementar técnicas de relaxamento, como respiração diafragmática e *mindfulness* (se o paciente estiver colaborativo), além de garantir uma comunicação clara e



Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

empática com o paciente e a família. Auxiliar no manejo adequado da dor e da sedação (se necessário). *Delirium*: mobilização precoce, se possível levar a paciente para ambiente com janela, para que possa ver a luz do dia.

Questão 03 (3,0 pontos)

As principais orientações para a paciente são: evitar o imobilismo, realizar os exercícios respiratórios, manter boa higiene brônquica, monitorar a presença de dispneia, se apresentar sintomas respiratórios, procurar os serviços de saúde. Orientar a continuidade do tratamento fisioterapêutico para a retomada das atividades diárias. Cabe ao fisioterapeuta conhecer a Rede de Atenção à Saúde de seu município, e encaminhar a paciente para o serviço mais adequado à sua condição. Avaliar se a paciente possui condições clínicas e socioeconômicas para realizar a reabilitação fora de seu domicílio, ou se necessita de acompanhamento domiciliar. Comunicar-se com os demais profissionais do hospital (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos) para que as orientações sejam feitas em conjunto, de modo a garantir a continuidade do tratamento.