



003. PROVA OBJETIVA DE CONHECIMENTO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

FISIOTERAPIA

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto a seguir para responder às questões de **01** a **06**:

Domingas, Catarina e Juliana foram três mulheres negras que viveram em São Paulo entre os séculos 18 e 19 e que tiveram algo em comum: foram mães que viveram as violências da escravidão. Os fragmentos dessas vivências ficaram registrados em documentos judiciais e cartas de alforria, e é a partir desses documentos que a historiadora Enidelce Bertin vem reconstituindo as histórias de vida delas e de outras mulheres negras do período.

A partir dos documentos de arquivo, a historiadora descobriu que Juliana trabalhou por décadas para Inácia e sua mãe, tendo ajudado a criar a senhora e seus irmãos. Reconhecendo os bons serviços de Juliana, em 1773, Inácia lhe concedeu a alforria. Mas permaneceram no cativeiro as duas filhas de Juliana.

Catarina também obteve o reconhecimento de sua senhora pelos bons serviços prestados. Em 1805, a senhora registrou a carta de alforria que concedia a liberdade a Catarina. Mas seus filhos não tiveram a mesma sorte. Enquanto os mais velhos continuaram a servi-la, o mais novo, ainda um bebê, ficaria com a mãe apenas até desmamar. Para a senhora escravista, o menino era uma promessa de investimento para aumentar seu patrimônio.

Muitas décadas depois, Domingas viveu algo diferente. Ela tinha 24 anos quando abriu uma ação judicial contando que foi “posta para fora de casa” na ocasião dos partos de seus dois filhos, Turíbia e Acelino. Era maio de 1881 e o alvo do processo era Urbano Augusto da Silva Macedo, a quem Domingas acusava de abandono senhorial. Na época, com a Lei do Ventre Livre em vigor, os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não podiam mais reivindicá-los como propriedade e tomá-los como parte de seu patrimônio.

Enidelce argumenta que a maternidade negra no período pode ser encarada como um “campo de disputas entre aqueles que viam a sua razão de ser na ‘produção de crias’” e no cuidado dos filhos dos senhores, e as mulheres que “ansiavam por proteção e liberdade para seus filhos”, conforme escreve.

“Nem sempre a resistência é visível na documentação, justamente porque o discurso senhorial está ali mais bem representado. Quando aquelas mulheres estão tentando comprar sua alforria, quando tentam ficar próximas de suas crianças, há indícios de resistência. Mas o que me interessa mais é tirar essas pessoas da invisibilidade”, conta a pesquisadora.

(Silvana Salles, *Historiadora reconstitui histórias de vida da maternidade negra durante a escravidão*. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=901049>. Adaptado)

- 01.** A partir do texto, é correto afirmar que Domingas, Catarina e Juliana
- (A) viveram experiências semelhantes de terem seus filhos escravizados mesmo após elas terem sido libertadas.
 - (B) puderam ficar com seus filhos apenas até que eles desmamassem, momento em que a maternidade não era mais reconhecida.
 - (C) resistiram a entregar seus filhos, o que pôde ser verificado de forma evidente em pesquisa junto a documentos oficiais.
 - (D) tiveram experiências de maternidade violentamente marcadas pelo sistema escravista e pela mentalidade dos senhores.
 - (E) puderam permanecer com seus filhos enquanto eles eram bebês e, depois, eram obrigadas a vendê-los.
- 02.** De acordo com a pesquisadora Enidelce Bertin, é correto afirmar que a maternidade durante o período escravista era
- (A) objeto de disputa entre os senhores que queriam fazer aumentar seu patrimônio e as mulheres escravizadas que desejavam proteger seus filhos.
 - (B) proibida pelos senhores, os quais se opunham fortemente a um aumento da população negra no país.
 - (C) apontada como a causa da falência das famílias de senhores, os quais decidiram promulgar a Lei do ventre livre.
 - (D) reconhecida apenas no cuidado dos filhos dos senhores, enquanto os filhos de mulheres escravizadas não tinham contato com suas mães.
 - (E) invisibilizada principalmente em documentos oficiais, os quais não mostravam o número de crianças nascidas de mulheres escravizadas.
- 03.** Assinale a alternativa em que a palavra destacada foi empregada em sentido figurado.
- (A) ... é a partir desses **documentos** que a historiadora Enidelce Bertin vem reconstituindo as histórias de vida delas... (1º parágrafo)
 - (B) Catarina também obteve o reconhecimento de sua senhora pelos bons **serviços** prestados. (3º parágrafo)
 - (C) ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não podiam mais reivindicá-los como **propriedade** (4º parágrafo)
 - (D) Enidelce argumenta que a maternidade negra no período pode ser encarada como um “**campo** de disputas... (5º parágrafo)
 - (E) ... quando tentam ficar próximas de suas crianças, há **indícios** de resistência. (6º parágrafo)

04. Assinale a alternativa em que o acréscimo de vírgula(s) ao trecho original manteve a norma-padrão de emprego desse sinal de pontuação.

- (A) Os fragmentos dessas vivências, ficaram registrados, em documentos judiciais e cartas de alforria... (1º parágrafo)
- (B) ... a historiadora descobriu que Juliana trabalhou, por décadas, para Inácia e sua mãe... (2º parágrafo)
- (C) Catarina também obteve, o reconhecimento de sua senhora, pelos bons serviços prestados. (3º parágrafo)
- (D) Ela tinha 24 anos, quando abriu uma ação judicial contando, que foi “posta para fora de casa”... (4º parágrafo)
- (E) Enidelce argumenta que, a maternidade negra no período, pode ser encarada como... (5º parágrafo)

05. Assinale a alternativa em que o trecho foi reescrito em conformidade com a norma-padrão de colocação pronominal.

- (A) ... três mulheres negras que viveram em São Paulo entre os séculos 18 e 19 e que assemelhavam-se em algo... (1º parágrafo)
- (B) Se baseando em documentos de arquivo, a historiadora descobriu que Juliana trabalhou por décadas para Inácia e sua mãe... (2º parágrafo)
- (C) Em 1805, a senhora registrou a carta de alforria de Catarina que concedia-lhe a liberdade. (3º parágrafo)
- (D) Enquanto os mais velhos ainda serviam-na, o mais novo, um bebê, ficaria com a mãe apenas até desmamar. (3º parágrafo)
- (E) ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não os poderiam mais reclamar como propriedade... (4º parágrafo)

06. Considere as frases:

- ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, **pois** não podiam mais reivindicá-los como propriedade... (4º parágrafo)
- ... **quando** tentam ficar próximas de suas crianças, há indícios de resistência... (6º parágrafo)

É correto afirmar que as palavras destacadas nas frases estabelecem, correta e respectivamente, relações de sentido de

- (A) causa e explicação.
- (B) consequência e condição.
- (C) causa e tempo.
- (D) tempo e consequência.
- (E) condição e causa.

Leia o texto a seguir para responder às questões de 07 a 09:

Não é assim tão fácil deixar para sempre uma cidade, qualquer que seja ela. Difícil já está sendo, para começar, deixar o apartamento que ocupo, cujo dono, que me exigiu luvas para entrar, só falta exigir-me luvas para sair. Mais difícil foi vender por 150 dólares a mobília que tive de comprar por 200, apesar dos inúmeros melhoramentos nela introduzidos – inclusive a poltrona vermelha que conta agora com um pé de madeira autêntico, em lugar dos catálogos de telefone que a amparavam. Dificílimo, quase impossível, foi fazer o novo dono da mobília aceitar com elas os cacarecos que deixarei atrás de mim, juntados por prementes necessidades domésticas de quem nunca pensou em viver aqui e foi ficando: painéis, vassouras, talheres e um espremedor de laranja, no qual gostaria de espremer a língua do vendedor que me assegurou tratar-se da última palavra numa cozinha moderna.

De tudo, porém, o que nas mudanças maior dificuldade cria é a capacidade de adaptação exigida ao nosso vulnerável comodismo de ocasião, é o desprendimento gregário que nos leva a passar de um bando para outro bando, ou de uma vida para outra vida anterior que o tempo já apagou e que a viagem de volta não consegue mais reatar.

(Fernando Sabino, *As melhores crônicas de Fernando Sabino*. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2008.)

07. A partir da leitura da crônica, é correto afirmar que o narrador se refere à sua mudança com

- (A) indiferença, visto que tanto faz o grupo ao qual ele irá se juntar depois dela.
- (B) ironia, como se os móveis simples fossem algo relevante para sua vida.
- (C) empolgação, por acreditar que a hora de partir será um momento feliz.
- (D) tristeza, desejando manter os objetos mais simples como o espremedor de laranja.
- (E) desgosto, manifestando as dificuldades práticas e emocionais envolvidas.

08. Considere os trechos:

- “... os cacarecos que deixarei atrás de mim, juntados por **prementes** necessidades domésticas...” (1º parágrafo)
- “... é o desprendimento **gregário** que nos leva a passar de um bando para outro bando...” (2º parágrafo)

No contexto em que foram empregadas, as palavras destacadas possuem como sinônimos, respectivamente:

- (A) urgentes e sociável.
- (B) contingentes e comum.
- (C) supérfluas e nômade.
- (D) cruciais e solitário.
- (E) presumíveis e desviante.

09. Assinale a alternativa em que o trecho foi reescrito em conformidade com a norma-padrão de concordância.

- (A) Difícil já está sendo, para começar, deixar o apartamento em que para entrar foi-me exigidas luvas. (1º parágrafo)
- (B) Mais difícil foi vender por 150 dólares a mobília que tive de comprar por 200, apesar de ter sido introduzidos inúmeros melhoramentos nela. (1º parágrafo)
- (C) ... a poltrona vermelha que conta agora com um pé de madeira autêntico com o qual substituíram-se os catálogos de telefone que a amparavam. (1º parágrafo)
- (D) ... gostaria que fosse espremido a língua do vendedor que me assegurou tratar-se da última palavra numa cozinha moderna. (1º parágrafo)
- (E) ... ou de uma vida para outra vida anterior que já tinha sido apagado pelo tempo e que a viagem de volta não consegue mais reatar. (2º parágrafo)

10. Considere as frases.

- Foram oferecidas oportunidades de trabalho _____ pessoas recém-chegadas ao país.
- A mudança de cidade deveu-se tanto _____ saúde de sua mãe quanto _____ de seu pai.
- Teve de livrar-se completamente da mobília _____ se tinha já afeiçoado.

Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas, em conformidade com a norma-padrão de regência e de emprego do sinal indicativo de crase.

- (A) à ... à ... a ... em que
- (B) a ... à ... à ... a que
- (C) à ... a ... a ... à qual
- (D) às ... a ... a ... com a qual
- (E) às ... à ... à ... que

Read the following text to answer questions 11 to 13:

Effective communication is central to the clinician-patient encounter. When the patient's needs and concerns are well understood through a biopsychosocial formulation, then a comprehensive care plan can be mutually agreed on. Communication skills training (CST) has become one vehicle to build skills that optimally advance the clinical agenda, alongside promoting professionalism and excellence of care. Good communication skills have been linked to higher patient satisfaction, greater patient adherence to treatment, better patient health outcomes, fewer physician malpractice claims, reduced patient anxiety, increased recall, and improved understanding.

Patients with cancer report unmet communication needs for information about the extent of disease, prognosis, and treatment options, intent, and adverse effects. This is consistent with earlier studies on communication in clinical encounters. When the clinician is responsive to patients' needs, their anxiety levels have been significantly reduced.

In this article, we propose the establishment of a universal CST curriculum for fellows of all cancer specialties that builds their professionalism and sustains effective clinician-patient communication throughout their careers.

(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3341141/>. 06.08.2025. Adaptado)

11. According to the excerpt, the most appropriate title for the article is:

- (A) Communication Skills Training for Oncology Professionals.
- (B) Communication and Cancer Care: active listening.
- (C) How to Become an Oncologist Professional in Today's World.
- (D) A Guide to Becoming an Oncologist Specialized in Communication.
- (E) Radiation Oncologists: qualifications and what they communicate.

12. In the extract from the first paragraph “skills that optimally advance the clinical agenda, **alongside** promoting professionalism and excellence of care”, the highlighted word can be substituted, without changes in its original meaning, by

- (A) except for.
- (B) let alone.
- (C) together with.
- (D) altogether.
- (E) in spite of.

13. Com base no contexto do trecho, a primeira sentença do segundo parágrafo “Patients with cancer report unmet communication needs for information about the extent of disease, prognosis, and treatment options, intent, and adverse effects” indica que

- (A) existe um aspecto pouco estudado da relação paciente-profissional.
- (B) há fragilidades na comunicação médico-paciente quanto a informações indispensáveis.
- (C) deve-se ponderar a relevância de necessidades não atendidas de diversos pacientes.
- (D) a comunicação paciente-profissional tem se aperfeiçoado consistentemente.
- (E) profissionais de oncologia buscam competências específicas para atender pacientes.

Read the following text to answer questions 14 and 15:

The sum of the three main sources of background radiation – cosmic, terrestrial and internal – is about 2.4 mSv and is the annual whole-body dose equivalent arising from natural radiation. It must be emphasized that this is a global average dose, which may vary. There are several studies looking into the impact of high background radiation doses on humans and the possible long-term consequences of chronic exposure to such doses.

With respect to man-made radiation, the most significant source of exposure to the public is from medical procedures, which includes diagnostic X-rays, nuclear medicine, and radiation therapy. Medical exposure accounts for the largest radiation exposure to the population, after the natural background radiation. The advances in medical investigations, the important role of prevention through early diagnosis and also the aging population, are all factors leading to an increase in the number of diagnostic procedures. It is, therefore, important to find the balance between radiological exposure and the associated benefit to the patient. In order to reduce the risks of any deleterious effects from medical exposure, this should be limited as much as possible, especially in children, who are more susceptible to radiation-induced adverse events than adults.

(Bezak et al. *Johns and Cunningham's The Physics of Radiology*, 2021. Adaptado

14. According to the excerpt, the authors aim to emphasize the

- (A) importance of protecting children from radiation caused by medical procedures.
- (B) effects of combined exposure to natural and artificial radiation on the population.
- (C) impact of both natural and artificial radiation specifically on elderly patients.
- (D) need to reduce unnecessary radiological exposure during prevention and treatment.
- (E) importance of balancing radiation exposure with the potential benefits for patients.

15. Com base nas informações apresentadas no texto, é correto afirmar que

- (A) 2.4 mSv é a dose média anual de radiação recebida por humanos, mas localização geográfica pode alterá-la.
- (B) deve-se tentar adequar o nível de radiação recebida pelo paciente às condições de saúde em que se encontra.
- (C) exames que usam radiação são ao mesmo tempo prejudiciais e benéficos aos pacientes mais idosos.
- (D) fatores como a ênfase no diagnóstico precoce e na prevenção resultam no aumento de procedimentos diagnósticos.
- (E) a quantidade de radiação artificial está relacionada à radiação natural em suas diversas formas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16. A patologia mecânica da luxação anterior da cabeça do úmero, frequentemente, envolve os movimentos combinados de rotação

- (A) lateral e adução do ombro.
- (B) medial e flexão do ombro.
- (C) lateral e abdução do ombro.
- (D) medial e abdução do ombro.
- (E) lateral e flexão do ombro.

17. Crianças com paralisia cerebral comumente apresentam displasia congênita do quadril resultante de desequilíbrio muscular, reflexos primitivos preservados e ausência de estímulo de sustentação de peso nos ossos.

Quais são as deformidades do quadril que frequentemente estão associadas a displasia congênita do quadril?

- (A) Coxa vara e anteversão reduzida do fêmur ou acetábulo.
- (B) Coxa valga e anteversão excessiva do fêmur ou acetábulo.
- (C) Coxa valga e retroversão excessiva do fêmur ou acetábulo.
- (D) Coxa vara e retroversão excessiva do fêmur ou acetábulo.
- (E) Coxa valga e anteversão reduzida do fêmur ou acetábulo.

18. Qual músculo do tronco fornece estabilidade de extensão para a região lombar durante a rotação do tronco?

- (A) Multifídeo.
- (B) Grande dorsal.
- (C) Transverso espinal.
- (D) Longuíssimo do dorso.
- (E) Iliocostal.

19. Jogador profissional, 19 anos, na final do campeonato brasileiro de clubes rompeu o LCA. Dois dias após o jogo, realizou a cirurgia para reparação de reconstrução do LCA. Neste momento, encontra-se na fase de treino resistido do processo de recuperação.

Os parâmetros para essa fase de treino resistido são:

- (A) número de repetições, resistência (carga), frequência cardíaca, VO₂ e período de repouso.
- (B) número de repetições, VO₂, frequência cardíaca, potência e período de repouso.
- (C) velocidade de repetição, resistência (carga), VO₂, frequência cardíaca, período de repouso.
- (D) número e velocidade de repetições, resistência (carga), volume de treino e período de repouso.
- (E) número de repetições, VO₂, frequência cardíaca e respiratória e período de repouso.

20. LP, 56 anos, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e evoluiu com um quadro de hemiplegia à direita. Após receber alta hospitalar, iniciou a fisioterapia e nesse momento está treinando a transferência para a posição sentada. LP utiliza a parte inferior do tronco para assumir a posição sentada.

Qual o padrão de movimento da coluna e atividade muscular empregadas por ele?

- (A) Flexão de coluna; ação flexora excêntrica.
- (B) Extensão de coluna; ação extensora concêntrica.
- (C) Extensão de coluna; ação extensora excêntrica.
- (D) Flexão de coluna; ação flexora concêntrica.
- (E) Flexão da coluna; ação extensora concêntrica.

21. A drenagem linfática manual (DLM) envolve deslizamento bastante superficial, lento, repetitivo e muito suave, envolve também movimentos circulares de massagem feitos em uma sequência específica, com o membro envolvido elevado sempre que possível.

As técnicas específicas de DLM baseiam-se em diversos princípios, sendo correto afirmar que

- (A) a pressão aplicada em cada movimento da massagem deve minimizar a elasticidade disponível no tecido superficial; uma pressão excessiva pode causar vasodilatação.
- (B) cada movimento conta com duas fases de trabalho e uma de repouso.
- (C) as sequências de DLM direcionam o líquido linfático de uma área de congestão, por meio de drenagem da água linfática, para outra área em que os tecidos não estão congestos.
- (D) é preciso repetir os movimentos de massagem, a fim de ajudar a aumentar a alta viscosidade do líquido linfático.
- (E) a posição das mãos independe da forma anatômica e do tamanho da área que está sendo tratada.

22. A relação ventilação-perfusão representa o equilíbrio necessário entre a quantidade de ar que chega aos alvéolos e o fluxo sanguíneo que passa pelos capilares pulmonares. O desequilíbrio dessa relação pode causar a hipoxemia, sendo o responsável pela maior parte, se não por toda, da hipoxemia encontrada na DPOC, na doença pulmonar parenquimatosa difusa e nas doenças vasculares, como a embolia pulmonar e a hipertensão arterial pulmonar.

No caso de um paciente que se encontra na UTI, o exame mais prático que avalia a gravidade do desequilíbrio entre ventilação-perfusão é:

- (A) radiografia de tórax.
- (B) prova de função pulmonar.
- (C) parâmetros ventilatórios.
- (D) tomografia de pulmão.
- (E) gasometria arterial.

23. A gravidade dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é obtida pelo volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1).

Um paciente com DPOC, que apresenta VEF1 reduzido para menos de 1 litro, pode ser corretamente classificado como:

- (A) muito leve.
- (B) leve.
- (C) moderado.
- (D) grave.
- (E) muito grave.

24. Paciente de 35 anos, com diagnóstico de câncer de intestino e metástase em fígado, está em cuidados paliativos. Ele se apresenta com desconforto respiratório, refere dor e não está sedado.

Para essa situação específica, qual é a intervenção adequada para reverter esse desconforto?

- (A) Higiene brônquica.
- (B) Posicionamento.
- (C) Oxigenioterapia.
- (D) Tapotagem.
- (E) Massagem torácica.

25. Em muitos pacientes com insuficiência respiratória, o objetivo primário da ventilação mecânica é aumentar a PO_2 arterial. Na prática, esses pacientes são sempre ventilados com misturas enriquecidas em oxigênio. A fim de evitar concentrações muito elevadas de O_2 , devido aos riscos de toxicidade por gás e atelectasia, a concentração de O_2 para elevar a PO_2 deve ser ajustada a pelo menos

- (A) 40 mmHg.
- (B) 50 mmHg.
- (C) 60 mmHg.
- (D) 70 mmHg.
- (E) 80 mmHg.

26. Um dos aspectos avaliados pela fisioterapia em crianças com comprometimento respiratório é a sua condição hemodinâmica. Esses parâmetros apresentam valores de referência para a idade. Os valores de referência da frequência cardíaca (FC) para crianças entre 4 e 6 anos de idade são:

- (A) 80–160 bpm com valores médios de 120 bpm.
- (B) 80–130 bpm com valores médios de 110 bpm.
- (C) 80–120 bpm com valores médios de 100 bpm.
- (D) 75–115 bpm com valores médios de 100 bpm.
- (E) 70–110 bpm com valores médios de 90 bpm.

27. No sistema respiratório, existem duas complacências que podem ser avaliadas: a pulmonar e a da caixa torácica. As complacências nos neonatos e nas crianças têm características diferentes da nos adultos.

Em relação à complacência na população pediátrica, é correto afirmar que

- (A) a complacência estática pulmonar, por ser diminuída na população pediátrica, requer maiores pressões para ventilar e expandir o pulmão, bem como para mantê-lo insuflado, já que a retração elástica pulmonar é elevada.
- (B) a complacência da caixa torácica na população pediátrica é reduzida, pois suas costelas são cartilaginosas, facilitando a expansibilidade torácica.
- (C) o desequilíbrio entre complacência pulmonar e caixa torácica predispõe os recém-nascidos e lactentes a sinais de desconforto respiratório, tornando também o ponto de abertura das vias aéreas mais próximo aos alvéolos, ocorrendo uma elevação da capacidade residual funcional nesses indivíduos.
- (D) a complacência da caixa torácica na população pediátrica é elevada, pois suas costelas são cartilaginosas e dificultam a expansibilidade torácica.
- (E) a alteração em relação à complacência deve-se ao fato de o sistema respiratório presente em neonatos e crianças ter um número aumentado de ventilação colateral, ao excesso de alveolização.

28. Nos cuidados intensivos pediátricos, a aspiração endotraqueal é um procedimento comum.

Em relação aos sistemas aberto e fechado de aspiração, é correto afirmar:

- (A) ambos os sistemas interferem menos com a ventilação mecânica, e interferem menos sobre o sistema cardiovascular.
- (B) o sistema fechado interfere menos com a ventilação mecânica, e interfere menos sobre o sistema cardiovascular.
- (C) ambos os sistemas interferem com a ventilação mecânica, e interferem menos sobre o sistema cardiovascular.
- (D) o sistema fechado interfere com a ventilação mecânica, e interfere mais sobre o sistema cardiovascular.
- (E) o sistema aberto interfere menos com a ventilação mecânica, e interfere menos sobre o sistema cardiovascular.

29. As taxas de sobrevivência pós-transplante de fígado melhoraram progressivamente. Desse modo, o objetivo final é a reabilitação completa das crianças transplantadas. Fatores que contribuem para alcançar esse objetivo incluem melhorar o estado nutricional para promover crescimento e desenvolvimento apropriados, assim como permitir melhora nas capacidades motoras e cognitivas dos pacientes, propiciando a sua total reintegração social.

São contraindicações absolutas para o transplante de fígado em crianças:

- (A) sepse avançada ou parcialmente tratada; doenças cardíacas, pulmonares e renais avançadas; encefalopatias; trombose venosa portal com extensão para os vasos mesentéricos.
- (B) insuficiência hepática progressiva; anti-HIV positivo; doença metastática do fígado; tumores – malignidades; sepse avançada ou parcialmente tratada.
- (C) insuficiência hepática progressiva; doença hepática não progressiva de reconhecida morbidade e mortalidade; doença sistêmica com envolvimento hepático; tumores – malignidades.
- (D) anti-HIV positivo; malignidade primária extra-hepática irredutível; doença metastática do fígado; doença extra-hepática terminal; sepse não controlada.
- (E) doença metastática do fígado; malignidade primária extra-hepática irredutível; doença sistêmica com envolvimento hepático; tumores – malignidades.

30. O uso da ventilação não invasiva (VNI), em pediatria, permite a redução do risco de infecções nosocomiais, especialmente com relação às pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV), uma vez que se reduz a necessidade de intubação orotraqueal (IOT).

Os efeitos gerais da VNI são:

- (A) diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, manutenção da complacência pulmonar e das trocas gasosas, aumento do trabalho respiratório.
- (B) aumento dos volumes e capacidade pulmonares, manutenção da complacência pulmonar e das trocas gasosas, diminuição do trabalho inspiratório.
- (C) diminuição dos volumes e capacidade pulmonares, melhora da complacência pulmonar e das trocas gasosas, aumento do trabalho inspiratório.
- (D) aumento dos volumes e capacidades pulmonares, melhora da complacência pulmonar e das trocas gasosas, aumento do trabalho respiratório.
- (E) aumento dos volumes e capacidades pulmonares, melhora da complacência pulmonar e das trocas gasosas, diminuição do trabalho respiratório.

31. As diferenças anatômicas e fisiológicas de recém-nascidos e lactentes preconizam que os parâmetros ventilatórios sejam ajustados à doença de base e às diferenças estruturais da criança. Dessa forma, a adequação inicial da ventilação pulmonar mecânica (VPM) deve ser composta de parâmetros mínimos, e a sua manutenção deve se dar de acordo com as características da doença e a clínica do paciente.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente os parâmetros ventilatórios iniciais para os pacientes pediátricos:

- (A) PIP: 15 cm H₂O; PEEP: 3 cm H₂O; frequência: 30 rpm; tempo inspiratório: 0,35–0,45 seg; fluxo: 6–8 lpm.
- (B) PIP: 20 cm H₂O; PEEP: 5 cm H₂O; frequência: 20 rpm; tempo inspiratório: 0,55–0,70 seg; fluxo: 8–15 lpm.
- (C) PIP: 15 cm H₂O; PEEP: 5 cm H₂O; frequência: 20 rpm; tempo inspiratório: 0,35–0,45 seg; fluxo: 8–15 lpm.
- (D) PIP: 20 cm H₂O; PEEP: 3 cm H₂O; frequência: 30 rpm; tempo inspiratório: 0,55–0,70 seg; fluxo: 6–8 lpm.
- (E) PIP: 20 cm H₂O; PEEP: 5 cm H₂O; frequência: 30 rpm; tempo inspiratório: 0,55–0,70 seg; fluxo: 8–15 lpm.

32. A contagem da frequência respiratória é um dos dados para avaliar a insuficiência respiratória. Deve-se verificar a quantidade de excursões torácicas, pois em crianças prematuras o padrão respiratório é irregular, e a técnica de contar a frequência em 30 segundos e multiplicá-la por dois pode dar um falso resultado. Esse procedimento deve ser realizado com o tórax desnudos em 1 minuto. Para tal avaliação é fundamental a relação idade e frequência respiratória.

O quadro a seguir indica essa relação:

Idade	Frequência respiratória (rpm)
RN pré-termo	40–60
RN a termo	(I)
3 m	30–35
6 m	24–29
1 ano	(II)
5 anos	18–22

Assinale a alternativa que substitui, correta e respectivamente, os itens (I) e (II).

- (A) (I) 40–45; (II) 27–28.
- (B) (I) 40–45; (II) 23–24.
- (C) (I) 38–42; (II) 23–24.
- (D) (I) 40–60; (II) 18–22.
- (E) (I) 38–42; (II) 18–22.

33. Vários dispositivos podem ser utilizados na administração da oxigenoterapia pediátrica e neonatal, como cânulas nasais, cateter nasal de oxigênio, cateter nasofaríngeo, capacete, tenda, máscaras de oxigênio e incubadora. A escolha do dispositivo adequado deve levar em consideração o quadro clínico da criança e sua idade, além da eficiência do sistema a ser adotado. O quadro a seguir indica a capacidade de ofertar O_2 em relação ao fluxo e a fração inspirada de O_2 (FiO_2) esperada em diferentes dispositivos.

Dispositivo	Fluxo (l/min)	FiO_2 (%)
Cânula	0,5–5	(I)
Máscara	(II)	21–100
Tenda	(III)	21–50

Assinale a alternativa que substitui, correta e respectivamente, os itens (I), (II) e (III).

- (A) (I) 21–40%; (II) 6–15; (III) 10.
- (B) (I) 21–40%; (II) > 15; (III) 6–10.
- (C) (I) 50%; (II) 6–15; (III) > 12.
- (D) (I) 50%; (II) 6–15; (III) 10.
- (E) (I) 21–40%; (II) 6–15; (III) > 12.

34. A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma síndrome infecciosa viral aguda que se apresenta, inicialmente, no trato respiratório superior e que progride com manifestações no trato respiratório inferior, afetando sobretudo os bronquíolos. No caso de BVA, além de idade inferior a 6 meses, as indicações para hospitalização compreendem dificuldade respiratória

- (A) moderada a intensa (frequência respiratória durante o sono de 50 a 60 ou mais alta), hipoxemia ($PaO_2 < 60$ mmHg ou $SatO_2 < 92\%$ em ar ambiente), ocorrência de apneia, incapacidade de tolerar a alimentação oral e indisponibilidade de cuidados apropriados em casa.
- (B) moderada a intensa (frequência respiratória durante o sono de 40 a 50), hipoxemia ($PaO_2 < 70$ mmHg ou $SatO_2 < 90\%$), ocorrência de apneia, capacidade de tolerar a alimentação oral e indisponibilidade de cuidados apropriados em casa.
- (C) grave (frequência respiratória durante o sono de 50 a 60), hipoxemia ($PaO_2 < 70$ mmHg ou $SatO_2 < 92\%$ em ar ambiente), ocorrência de apneia, capacidade de tolerar a alimentação oral e disponibilidade de cuidados apropriados em casa.
- (D) leve a moderada (frequência respiratória durante o sono de 50 a 60 ou mais alta), hipoxemia ($PaO_2 < 60$ mmHg ou $SatO_2 < 92\%$ em ar ambiente), ocorrência de apneia, incapacidade de tolerar a alimentação oral e indisponibilidade de cuidados apropriados em casa.
- (E) leve (frequência respiratória durante o sono de 40 a 50), hipoxemia ($PaO_2 < 70$ mmHg ou $SatO_2 < 92\%$), sem ocorrência de apneia, capacidade de tolerar a alimentação oral e indisponibilidade de cuidados apropriados em casa.

35. Segundo os critérios da Associação Americana de Cuidados Respiratórios, a prescrição de oxigênio é indicada em crianças quando a saturação de O_2 é:

- (A) < 90%
- (B) < 88%
- (C) < 85%
- (D) > 92%
- (E) > 95%

36. A dor é um dos fatores mais limitantes e de sofrimento para o paciente oncológico, e seu nível varia de criança para criança, mesmo quando elas apresentam o mesmo tipo de tumor.

Que recurso para analgesia pode ser utilizado em crianças que realizam radioterapia?

- (A) Calor superficial e profundo.
- (B) Crioterapia.
- (C) Massoterapia.
- (D) Laser.
- (E) Estimulação elétrica transcutânea.

37. Malu, 10 anos de idade, com metástase na coluna lombar, iniciou a fisioterapia após seu diagnóstico de metástase óssea. Se ela possui 0–25% do córtex das vértebras envolvido, é recomendado que

- (A) realize exercícios aeróbios leves; evite atividades de levantar/esforço; descarga total de peso.
- (B) realize exercícios ativos de amplitude máxima; sem tração; descarga parcial de peso.
- (C) realize exercícios aeróbios leves; evite atividade de levantar/esforço; descarga parcial de peso.
- (D) não realize exercícios; toque leve sem descarga de peso, use muletas e andador.
- (E) realize exercícios ativos de amplitude máxima; sem tração; descarga total de peso.

- 38.** Mulher, 43 anos de idade, após quadro de infecção respiratória de vias aéreas superiores, evoluiu com fraqueza muscular crescente nos membros inferiores e parestesia nos pés e nas mãos. Dirigiu-se ao pronto atendimento do hospital mais próximo de sua casa, e ficou internada para investigação e, após exames, foi diagnosticada com síndrome de Guillain Barré, com o seguinte quadro: deficiência motora generalizada, dor, comprometimento da função respiratória, dificuldade de deglutição e incapacidade de se comunicar satisfatoriamente. A avaliação fisioterapêutica concluiu que a deficiência motora é a causa primária do quadro apresentado. A intervenção permitida/adequada a essa fase é:
- (A) movimentação passiva, alongamentos visando mobilizar os tecidos musculares e de sustentação, posicionamento para evitar o encurtamento muscular e alívio das áreas de pressão.
 - (B) movimentação autoassistida, alongamentos visando mobilizar os tecidos musculares e de sustentação, posicionamento para evitar o encurtamento muscular e alívio das áreas de pressão.
 - (C) movimentação passiva, alongamentos visando mobilizar os tecidos musculares e de sustentação, exercícios de coordenação motora e estabilidade.
 - (D) exercícios resistidos, alongamentos visando mobilizar os tecidos musculares e de sustentação, exercícios de equilíbrio.
 - (E) exercícios ativos livres, alongamentos visando mobilizar os tecidos musculares e de sustentação, exercícios de coordenação motora.
- 39.** Os indivíduos com doenças neuromusculares comumente desenvolvem acidose respiratória. Essa acidose é caracterizada por
- (A) diminuição do HCO_3 , compensada por diminuição da PCO_2 .
 - (B) aumento da PCO_2 , compensada por aumento do HCO_3 .
 - (C) diminuição da PCO_2 , compensada por aumento do HCO_3 .
 - (D) aumento do HCO_3 , compensada por aumento da PCO_2 .
 - (E) aumento da PCO_2 , compensada por diminuição do HCO_3 .
- 40.** Uma das complicações da ventilação mecânica pode ser o barotrauma, que pode provocar pneumotórax. Essa alteração ocorre quando os ajustes na ventilação mecânica proporcionam pressões
- (A) inspiratórias elevadas ou tempos inspiratórios prolongados.
 - (B) inspiratórias moderadas ou tempos inspiratórios prolongados.
 - (C) inspiratórias moderadas ou tempos expiratórios prolongados.
 - (D) expiratórias elevadas ou tempos expiratórios prolongados.
 - (E) expiratórias baixas ou tempos expiratórios prolongados.
- 41.** No pós-operatório de transplante de medula óssea (TMO), os pacientes podem evoluir com instabilidade alveolar, como edema agudo de pulmão, síndrome do desconforto respiratório do adulto (SDRA) e hemorragia alveolar.
- No caso de instabilidade alveolar, o modo de ventilação mecânica indicado é:
- (A) volume controlado.
 - (B) pressão controlada.
 - (C) pressão de suporte.
 - (D) alta frequência.
 - (E) não invasivo.
- 42.** A pressão positiva pode ser aplicada na via aérea usando uma máscara bem adaptada ao redor do nariz e da boca do paciente, ou seja, forma não invasiva de suporte, que cada vez mais é usada em cuidados intensivos.
- Assinale a alternativa em que na situação clínica opta-se por essa forma não invasiva de suporte respiratório.
- (A) Insuficiência respiratória hipoxêmica grave devido à pneumonia.
 - (B) Insuficiência respiratória hipoxêmica grave devido à síndrome da angústia respiratória aguda.
 - (C) Em pacientes com excesso de secreção respiratória com alto risco de aspiração.
 - (D) Em pacientes com fibrose cística para mobilizar secreção.
 - (E) Em pacientes que não conseguem proteger a via aérea.

43. No edema agudo de pulmão de origem cardiogênica, há aumento da pressão hidrostática nos capilares pulmonares e extravasamento de líquido para o interstício pulmonar e espaços intra-alveolares.

Um fator que contribui para a formação deste edema é:

- (A) aumento de pós-carga do ventrículo direito (VD), levando ao aumento da resistência vascular pulmonar.
- (B) insuficiência do ventrículo direito.
- (C) aumento de pós-carga do ventrículo esquerdo (VE), levando ao aumento da resistência pulmonar.
- (D) insuficiência do átrio direito (AD).
- (E) insuficiência do átrio esquerdo (AE).

44. Em crianças, nos casos de insuficiência respiratória decorrente de uma crise de asma, o fisioterapeuta deverá posicionar a criança em

- (A) Fowler (30°) ou na posição sentada associada à posição neutra da articulação coxofemoral, que leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que facilita a expiração.
- (B) Fowler (45°) ou na posição sentada associada à posição neutra da articulação coxofemoral, que leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que facilita a expiração.
- (C) decúbito dorsal horizontal ou na posição sentada associada à semiflexão da articulação coxofemoral, que leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que facilita a inspiração.
- (D) decúbito dorsal horizontal ou na posição sentada associada à posição da articulação coxofemoral, que leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que facilita a expiração.
- (E) Fowler (45°) ou na posição sentada associada à semiflexão da articulação coxofemoral, que leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que facilita a expiração.

45. O aumento da resistência vascular pulmonar (RVP) e a hipoxemia são duas condições fisiopatológicas que frequentemente causam complicações em muitas patologias na prática clínica e que podem ser tratadas com o óxido nítrico (NOi). Na população pediátrica e neonatal, a terapia com NOi vem sendo empregada com frequência em determinados casos. O NOi é tóxico quando inalado mesmo por curtos períodos de tempo, em concentrações acima de

- (A) 1.000 ppm.
- (B) 2.000 ppm.
- (C) 3.000 ppm.
- (D) 4.000 ppm.
- (E) 5.000 ppm.

46. O processo de retirada da ventilação mecânica em pediatria, geralmente, pode ser iniciado logo no momento em que o paciente possua capacidade de iniciar um esforço inspiratório e quando o nível de consciência permita alguma comunicação. Assim que o evento inicial tenha sido resolvido e o paciente apresente drive respiratório mínimo, os critérios a serem considerados são:

- (A) ventilação adequada: $\text{PaCO}_2 < 40$ mmHg (prematureo < 50 mmHg) ou pH entre 7,30 e 7,40.
- (B) oxigenação adequada: PaO_2 , $\text{SpO}_2 > 92\%$ (recém-nascidos PaO_2 , $\text{SpO}_2 > 90\%$) com $\text{FiO}_2 < 0,5$.
- (C) concentração de hemoglobina adequada: $\text{hb} \geq 6$ a 8 g/dL (recém-nascido ≥ 12 g/dL). > 65 mmHg ou > 60 mmHg.
- (D) ventilação adequada: $\text{PaCO}_2 < 45$ mmHg (prematureo < 55 mmHg) ou pH entre 7,30 e 7,40.
- (E) estabilidade cardiovascular com máxima ou nenhuma dose de drogas inotrópicas.

47. A pressão arterial pulmonar frequentemente se eleva com a progressão da doença nos indivíduos com DPOC.

Os fatores que contribuem por essa alteração da circulação pulmonar são:

- (A) pequenas porções do leito capilar destruídas, diminuindo a resistência vascular; vasoconstrição pulmonar hipóxica; diminuições adicionais devido à piora progressiva da hipóxia alveolar e/ou acidose respiratória; policitemia levando à diminuição da viscosidade sanguínea.
- (B) grandes porções do leito capilar destruídas, aumentando a resistência vascular; vasoconstrição pulmonar hipóxica; aumentos adicionais devido à piora progressiva da hipóxia alveolar e/ou acidose respiratória; policitemia levando ao aumento da viscosidade sanguínea.
- (C) grandes porções do leito capilar destruídas, aumentando a resistência vascular; vasoconstrição pulmonar hipóxica; diminuições adicionais devido à piora progressiva da hipóxia alveolar e/ou acidose respiratória; policitemia levando à diminuição da viscosidade sanguínea.
- (D) grandes porções do leito capilar destruídas, diminuindo a resistência vascular; vasoconstrição pulmonar hipóxica; diminuições adicionais devido à piora progressiva da hipóxia alveolar e/ou acidose respiratória; policitemia levando ao aumento da viscosidade sanguínea.
- (E) pequenas porções do leito capilar destruídas, diminuindo a resistência vascular; vasoconstrição pulmonar hipóxica; aumentos adicionais devido à piora progressiva da hipóxia alveolar e/ou acidose respiratória; policitemia levando à diminuição da viscosidade sanguínea.

48. Em relação à anatomia da caixa torácica, é correto afirmar:

- (A) a articulação costotransversária conecta os tubérculos articulares das costelas de 1 até 12 aos processos transversos das vértebras torácicas correspondentes.
- (B) as margens opostas das cartilagens das costelas de 6 a 12 formam pequenas articulações intercondrais, revestidas com membranas sinoviais reforçadas pelos ligamentos intercondrais.
- (C) as primeiras sete junções costocondrais são sinoviais reais, permitindo leves movimentos de deslizamento.
- (D) bilateralmente, as extremidades cartilagueas anteriores das primeiras sete costelas articulam-se com as margens laterais do esterno. Essas articulações denominam-se esternocostais.
- (E) cada articulação esternocostal é dividida estruturalmente em uma junção costocondral e outra condroesternal. As junções costocondrais são formadas entre as extremidades mediais das cartilagens das costelas e as pequenas fôveas costais do esterno.

49. As técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) integram contrações musculares ativas nas manobras de alongamento. Essas técnicas são empregadas para facilitar ou inibir a ativação muscular e aumentar a possibilidade de que o músculo a ser alongado permaneça o mais relaxado possível durante o procedimento. Há vários tipos de procedimentos de alongamento FNP e todos resultam na melhora da ADM.

Especificamente na técnica de contrai-relaxa há contração

- (A) concêntrica dos rotadores axiais do membro a ser alongado na fase de pré-alongamento, enquanto todos os outros grupos musculares do padrão diagonal se contraem de modo isométrico.
- (B) excêntrica dos rotadores axiais do membro a ser alongado na fase de pré-alongamento, enquanto todos os outros grupos musculares do padrão diagonal se contraem de modo isométrico.
- (C) isométrica de todos os grupos musculares do padrão diagonal desde a fase de pré-alongamento.
- (D) isométrica, dos rotadores axiais do membro a ser alongado na fase de pré-alongamento, enquanto todos os outros grupos musculares do padrão diagonal se contraem de modo concêntrico.
- (E) isométrica, dos rotadores axiais do membro a ser alongado na fase de pré-alongamento, enquanto todos os outros grupos musculares do padrão diagonal se contraem de modo excêntrico.

50. A dor envolve uma sensibilização das alterações químicas nos tecidos e uma posterior interpretação sobre se tais mudanças são ou não prejudiciais ao organismo, sendo processada em nível cortical.

O recém-nascido pré-termo (RNPT) apresentar maior sensibilidade à dor, pois

- (A) a mielinização completa das fibras de condução da dor não impede sua transmissão.
- (B) o número de fibras nervosas nociceptivas na pele do neonato é similar e até possivelmente maior do que o número encontrado em adultos.
- (C) as curtas distâncias das vias de dor não compensam qualquer lentificação na velocidade de condução causada pela falta de mielinização.
- (D) neurotransmissores de dor são encontrados em abundância e não são funcionais no feto.
- (E) existem pequenos números de receptores neuronais no córtex somatossensorial.

