



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP
HCX FMUSP

PROCESSO SELETIVO 2026 | PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

003. PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

FISIOTERAPIA

(OPÇÕES: 004, 007, 015, 020, 024, 028, 031 E 033)

- Você recebeu sua folha de respostas, este caderno, contendo 30 questões objetivas, e o caderno de prova dissertativa.
- 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 das provas objetiva e dissertativa é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas e para a transcrição do texto definitivo.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas do início das provas.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue suas provas, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal o caderno de prova dissertativa, 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 ESPECÍFICOS

- 01.** De acordo com a Primeira Recomendação Brasileira de Fisioterapia para Estimulação Sensorio-Motora (ESM), em recém-nascidos e lactentes internados em unidade de terapia intensiva (UTI), assinale a alternativa que apresenta corretamente a modalidade com maior grau de certeza científica para benefícios clínicos gerais.
- (A) Estimulação auditiva com canções de ninar.
 - (B) Estimulação olfatória com fragrância de baunilha.
 - (C) Estimulação pele a pele (contato pele a pele).
 - (D) Estimulação tátil-cinestésica isolada.
 - (E) Mobilizações passivas.
- 02.** Segundo as diretrizes brasileiras de Estimulação Sensorio-Motora (ESM), qual efeito clínico é consistentemente associado à estimulação auditiva em recém-nascidos pré-termo?
- (A) Redução do metabolismo basal avaliado por calorimetria indireta.
 - (B) Aumento da frequência respiratória durante o estímulo.
 - (C) Diminuição da frequência cardíaca e melhora da saturação periférica de oxigênio.
 - (D) Ganho de peso superior ao obtido com massagem terapêutica.
 - (E) Aumento do nível sérico de cortisol urinário.
- 03.** De acordo com as *European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update*, qual é a faixa de saturação periférica de oxigênio (SpO₂) recomendada para prematuros em uso de oxigenoterapia após estabilização inicial?
- (A) 80%–85%, com alarmes em 78% e 86%.
 - (B) 85%–89%, com alarmes em 84% e 90%.
 - (C) 90%–94%, com alarmes em 89% e 95%.
 - (D) 92%–96%, sem necessidade de alarmes.
 - (E) 94%–98%, para reduzir risco de hipóxia cerebral.
- 04.** Segundo as recomendações atualizadas para manejo da síndrome do desconforto respiratório, qual é a conduta mais adequada para aplicação do CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) em prematuros?
- (A) Utilizar apenas após falha da ventilação mecânica invasiva com pressões mais altas.
 - (B) Iniciar desde o nascimento em todos os bebês que nasceram com menos de 30 semanas de gestação, que não necessitem de intubação e que tenham pressão inicial de 6–8 cmH₂O.
 - (C) Reservar apenas para lactentes acima de 32 semanas de idade gestacional.
 - (D) Empregar BIPAP em vez de CPAP, pois apresenta vantagem comprovada.
 - (E) Evitar CPAP nas primeiras horas para prevenir distensão pulmonar.
- 05.** Em lactentes com bronquiolite viral aguda, é correto afirmar, em relação ao uso da técnica de desobstrução rinofaríngea retrógrada (DRR), quando comparada à aspiração nasofaríngea, que a DRR
- (A) aumenta significativamente a frequência de hemorragias nasais e vômitos, sem diferença em parâmetros cardiorrespiratórios.
 - (B) reduz a frequência cardíaca, os episódios de sangramento nasal e vômitos, com menor aumento de sibilância e retrações torácicas.
 - (C) resulta em maior tempo de internação e maior necessidade de oxigenoterapia.
 - (D) não apresenta efeito sobre o esforço respiratório, sendo inferior à aspiração na melhora clínica.
 - (E) apresenta melhora apenas na saturação de oxigênio, sem impacto em sinais de desconforto respiratório.
- 06.** Na fisioterapia respiratória pediátrica, a principal diferença entre a técnica de expiração lenta prolongada (ELPr) e outras manobras em lactentes é a de que a ELPr
- (A) utiliza aumento de pressão intratorácica, com vibração de alta frequência, para deslocar secreções.
 - (B) prolonga a fase expiratória com compressão toraco-abdominal suave e contínua até o volume de reserva expiratório, favorecendo a mobilização de secreções proximais e distais.
 - (C) depende de inspiração forçada com glote aberta, seguida de tosse assistida.
 - (D) se baseia em drenagem postural associada a percussão manual, visando ao aumento do fluxo aéreo expiratório.
 - (E) é realizada apenas durante ventilação mecânica invasiva para auxiliar a expansão pulmonar após a remoção de secreções proximais.

- 07.** Em relação à mobilização precoce em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP), de acordo com as recomendações e as evidências atuais para a implementação dessa prática, é correto afirmar que a mobilização precoce
- (A) só é considerada segura quando o paciente está extubado e livre de dispositivos invasivos.
 - (B) depende exclusivamente da disponibilidade de fisioterapeutas e não requer envolvimento multiprofissional.
 - (C) é factível e segura mesmo em crianças sob ventilação mecânica, desde que haja avaliação individualizada, equipe treinada e protocolos claros.
 - (D) deve ser adiada até a completa suspensão da sedação para evitar risco de delírium.
 - (E) é indicada apenas para pacientes com idade superior a 12 anos, devido à necessidade de colaboração ativa.
- 08.** Em unidades de urgência e emergência, quais são as principais atribuições do fisioterapeuta no atendimento a pacientes com acidente vascular encefálico (AVE)?
- (A) Realizar apenas exercícios de fortalecimento muscular após 12 horas da admissão.
 - (B) Atuar exclusivamente na prevenção de úlceras de pressão e na mobilização do paciente.
 - (C) Participar da avaliação inicial, auxiliar em procedimentos de via aérea e iniciar mobilização precoce conforme estabilidade clínica.
 - (D) Restringir-se à orientação de familiares, sem contato direto com o paciente durante a fase aguda.
 - (E) Executar apenas técnicas de massagem relaxante para reduzir ansiedade e dor.
- 09.** Sobre a mobilização precoce em pacientes internados com acidente vascular encefálico (AVE), assinale a alternativa correta.
- (A) Deve ser evitada nas primeiras 72 horas para reduzir risco de hipotensão ortostática.
 - (B) Pode ser iniciada logo após a admissão, quando não há contraindicações, para prevenir fraqueza e melhorar prognóstico funcional.
 - (C) Consiste apenas em alongamentos passivos realizados no leito, sem progressão para atividades ativas e ortostatismo por risco de hipertensão.
 - (D) É indicada somente após a retirada completa da ventilação mecânica.
 - (E) Não apresenta impacto comprovado sobre o prolongamento do tempo de internação nem sobre a redução de complicações motoras.
- 10.** Segundo a legislação brasileira e as recomendações atuais, uma exigência ou competência relevante para o fisioterapeuta que atua em serviços de urgência e emergência é
- (A) ter apenas experiência prévia, sem necessidade de treinamentos adicionais.
 - (B) executar apenas exercícios de alongamento e relaxamento.
 - (C) atuar exclusivamente em pacientes com diagnóstico respiratório crônico agudizados, sem contato com casos traumáticos.
 - (D) trabalhar somente em horário diurno, já que a assistência fisioterapêutica não é prevista para 24 horas.
 - (E) possuir formação em suporte avançado de vida cardiovascular (ACLS) para manejo seguro de pacientes críticos.
- 11.** Em pacientes com pneumotórax ou hemotórax submetidos à drenagem torácica em ambiente de emergência, uma conduta fisioterapêutica corretamente indicada para favorecer a recuperação pulmonar é
- (A) a restrição absoluta do paciente ao leito para evitar deslocamento do dreno.
 - (B) o treinamento exclusivamente isométrico de membros inferiores.
 - (C) o uso rotineiro de ventilação mecânica invasiva em todos os casos.
 - (D) a prescrição de exercícios respiratórios expansivos associados a sedestação e deambulação.
 - (E) a aplicação de gelo sobre o dreno para prevenir dor e edema.
- 12.** A atuação da fisioterapia oncológica em pacientes hospitalizados com câncer inclui condutas específicas relacionadas ao risco de trombocitopenia. Em relação ao manejo fisioterapêutico respiratório em pacientes com plaquetas abaixo de $20.000/\text{mm}^3$, assinale a alternativa correta.
- (A) São recomendadas manobras vigorosas de desobstrução brônquica, independentemente da contagem de plaquetas, para evitar atelectasias.
 - (B) A aspiração traqueal é indicada de rotina para manter a via aérea limpa, sem necessidade de avaliação prévia.
 - (C) Deve-se priorizar exercícios ativos livres e drenagem postural sem restrições, desde que haja saturação adequada.
 - (D) A aspiração deve ser evitada ou realizada apenas em situações de extrema necessidade, devido ao risco de sangramento.
 - (E) A ventilação não invasiva é contraindicada em todos os pacientes oncológicos hospitalizados.

- 13.** Sobre o papel da fisioterapia em pacientes com osteosarcoma, é correto afirmar que
- (A) o principal objetivo é o controle da dor, não havendo indicação para reabilitação funcional.
 - (B) a reabilitação pós-amputação limita-se ao treinamento de marcha, sem considerar aspectos psicossociais.
 - (C) a intervenção fisioterapêutica é multifacetada, incluindo controle de dor e edema, recuperação de amplitude de movimento, fortalecimento muscular e apoio psicossocial.
 - (D) o uso de próteses é contraindicado devido ao risco de metástase óssea.
 - (E) a fisioterapia é indicada após a alta hospitalar, não havendo benefícios em fases pré-operatórias ou pós-operatórias.
- 14.** Segundo as evidências atuais, os programas de exercício físico em pacientes oncológicos
- (A) são seguros e eficazes durante e após o tratamento, pois melhoram aptidão cardiorrespiratória, força muscular e qualidade de vida.
 - (B) devem ser evitados em pacientes com fadiga, pois podem agravar os sintomas.
 - (C) são seguros apenas após o término completo da quimioterapia quando individualizados e supervisionados.
 - (D) devem ser realizados exclusivamente em ambiente hospitalar para garantir monitorização contínua.
 - (E) consistem apenas em exercícios aeróbicos, não havendo evidência para treino resistido.
- 15.** A mobilização precoce com protocolos dirigidos (MP) tem sido incorporada progressivamente nas unidades de terapia intensiva.
- Com base na evidência atual, assinale a alternativa correta.
- (A) O principal benefício documentado da MP é a redução da mortalidade hospitalar em pacientes ventilados.
 - (B) Apesar da sua implementação progressiva, a mobilização precoce parece aumentar discretamente o tempo de internação hospitalar, especialmente em pessoas idosas.
 - (C) Protocolos dirigidos reduzem o tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI.
 - (D) Intervenções precoces são eficazes apenas quando associadas à estimulação elétrica neuromuscular (NMES).
 - (E) O uso de protocolos de mobilização precoce é amplamente padronizado e adotado em UTIs de todo o mundo.
- 16.** Considerando os desafios da prevenção da fraqueza adquirida na UTI (FAUTI), assinale a alternativa correta.
- (A) A FAUTI é uma condição rara, com baixa prevalência em pacientes críticos.
 - (B) Há consenso global e indiscutível de que a mobilização precoce pode prevenir a FAUTI de forma sustentada.
 - (C) Protocolos de reabilitação reduzem diretamente a incidência de FAUTI em todos os pacientes.
 - (D) A associação entre FAUTI e piores desfechos funcionais é bem documentada, mas a prevenção permanece incerta.
 - (E) A FAUTI é diagnosticada exclusivamente com exames de imagem e eletroneuromiografia.
- 17.** Sobre os fatores que influenciam a implementação de mobilização precoce na UTI, assinale a alternativa correta.
- (A) A presença de protocolos padronizados é a principal barreira à mobilização.
 - (B) Sedação profunda e instabilidade clínica são barreiras frequentes à mobilização precoce.
 - (C) Todas as UTIs do Brasil seguem critérios uniformes de elegibilidade e parada de mobilização.
 - (D) A maioria das unidades utiliza ferramentas validadas como padrão clínico de rotina.
 - (E) A falta de fisioterapeutas especializados não interfere na adesão aos programas de mobilização.
- 18.** A fisioterapia respiratória é amplamente empregada no suporte ao paciente crítico.
- Sobre os seus efeitos e as suas limitações, assinale a alternativa correta.
- (A) Todas as técnicas respiratórias estudadas já demonstraram impacto positivo e sustentado sobre desfechos clínicos primários, como mortalidade e qualidade de vida.
 - (B) A hiperinsuflação manual é uma técnica experimental com efeitos exclusivamente deletérios em pacientes com pneumonia.
 - (C) A fisioterapia respiratória pode auxiliar no desmame ventilatório, mas a comprovação de benefício clínico relevante ainda é heterogênea.
 - (D) O treino dos músculos inspiratórios é contraindicado na UTI, mesmo em pacientes com dificuldade de desmame prolongado.
 - (E) A remoção de secreções por aspiração e higiene pulmonar perdeu importância com a introdução de ventilação protetora e não é mais indicada rotineiramente.

- 19.** Em relação à avaliação funcional e à segurança do exercício em pacientes com doença renal crônica, é correto afirmar que
- (A) o teste de prensão manual é inútil na DRC por não refletir a função muscular global.
 - (B) a monitorização da pressão arterial e de sintomas cardiovasculares durante o exercício é essencial para a segurança.
 - (C) a anemia leve contraindica qualquer tipo de exercício supervisionado.
 - (D) escalas de esforço percebido (RPE) são pouco confiáveis e devem ser evitadas.
 - (E) a função renal deve ser monitorada diariamente para autorizar sessões de fisioterapia.
- 20.** Assinale a alternativa que apresenta corretamente um efeito comprovadamente benéfico do exercício físico em pacientes com doença renal crônica.
- (A) Aumento da proteinúria e da massa muscular.
 - (B) Melhora da força muscular e da tolerância ao esforço físico.
 - (C) Redução parcial da taxa de filtração glomerular (TFG).
 - (D) Supressão do sistema imunológico em pacientes transplantados, o que melhora a rejeição.
 - (E) Elevação significativa e duradoura da pressão arterial.
- 21.** Sobre a prescrição de exercício físico para pacientes com doença renal crônica (DRC), assinale a alternativa correta.
- (A) Exercício aeróbico é contraindicado em pacientes com DRC em estágio 3 ou superior.
 - (B) A combinação de treino aeróbico e de resistência pode ser recomendada, inclusive durante a hemodiálise.
 - (C) Os programas de exercício são benéficos apenas após o transplante renal.
 - (D) A prática de exercícios físicos acelera a perda da função renal, mesmo em estágios iniciais.
 - (E) Pacientes com DRC devem evitar completamente o uso de resistência elástica para membros inferiores.
- 22.** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) foram concebidas com qual objetivo principal?
- (A) Centralizar os atendimentos de alta complexidade em hospitais de referência.
 - (B) Permitir a privatização parcial da atenção primária nos municípios com menos de 50 mil habitantes.
 - (C) Integrar os diferentes níveis de atenção para garantir continuidade e integralidade do cuidado.
 - (D) Ampliar o número de consultas especializadas e exames de alto custo para toda a população.
 - (E) Substituir as unidades básicas de saúde (UBS) por centros de especialidades regionais.
- 23.** No contexto das Redes de Atenção à Saúde, qual é a função essencial da regulação?
- (A) Encaminhar todos os casos diretamente aos hospitais de referência.
 - (B) Promover o acesso direto aos serviços especializados.
 - (C) Concentrar decisões clínicas nas secretarias estaduais de saúde.
 - (D) Repassar o financiamento diretamente aos hospitais privados conveniados.
 - (E) Estabelecer fluxos, critérios e prioridades de acesso aos diferentes níveis de atenção.
- 24.** No modelo de Redes de Atenção à Saúde, qual deve ser o papel do hospital?
- (A) Atuar exclusivamente como centro de especialidades e internações complexas.
 - (B) Operar de forma isolada, sem vínculo com os demais níveis de atenção.
 - (C) Integrar-se à rede regional de saúde, articulando-se com atenção primária e urgência/emergência.
 - (D) Receber todos os pacientes independentemente da gravidade ou do perfil clínico.
 - (E) Substituir o papel das unidades de pronto atendimento (UPAs) na rede.

- 25.** As equipes multiprofissionais são essenciais para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde porque
- (A) promovem uma abordagem integrada e ampliada do cuidado ao paciente.
 - (B) reduzem custos ao eliminar profissionais de saúde especializados.
 - (C) substituem os médicos na maioria das atividades clínicas.
 - (D) são essenciais apenas em hospitais de alta complexidade.
 - (E) atuam conjuntamente na gestão financeira dos serviços.
- 26.** Qual é a principal função dos sistemas de informação nas Redes de Atenção à Saúde?
- (A) Registrar dados administrativos e contábeis.
 - (B) Monitorar pacientes em tempo real, sem necessidade de prontuário clínico.
 - (C) Garantir interoperabilidade e apoiar a continuidade do cuidado entre os pontos da rede.
 - (D) Monitorar a atuação de profissionais em decisão clínica.
 - (E) Monitorar o acesso do paciente a informações de seu prontuário.
- 27.** Dos desafios existentes para a efetiva implementação da gestão integrada no SUS, destaca-se a
- (A) presença de protocolos clínicos bem definidos entre os níveis de atenção.
 - (B) disponibilidade ampla e estável de recursos humanos e financeiros.
 - (C) existência de sistemas de informação interoperáveis em todos os municípios.
 - (D) fragmentação entre serviços e níveis de atenção, dificultando a coordenação do cuidado.
 - (E) boa articulação entre hospitais e atenção primária em todo o país.
- 28.** No contexto da terapia intensiva pediátrica, o processo de desmame da ventilação mecânica exige abordagem cuidadosa e individualizada.
- Assinale a alternativa que apresenta corretamente uma estratégia adequada e segura para esse processo.
- (A) Reduzir a valores mínimos os parâmetros ventilatórios assim que a criança apresentar melhora clínica.
 - (B) Iniciar o desmame baseado em critérios hemodinâmicos, independentemente da função respiratória.
 - (C) Desconsiderar sinais de esforço respiratório leve, já que são comuns em pacientes pediátricos.
 - (D) Manter sedação contínua durante todo o processo de desmame para evitar desconforto e agitação.
 - (E) Avaliar de forma multidimensional a prontidão para extubação, incluindo parâmetros ventilatórios, força muscular e estado neurológico.
- 29.** Qual das medidas a seguir é essencial para garantir uma desospitalização segura e integral no contexto das Redes de Atenção à Saúde?
- (A) Envolvimento de equipe de transição de cuidados, com plano terapêutico integrado entre os níveis de atenção.
 - (B) Alta hospitalar imediata, desde que haja melhora clínica, sem necessidade de plano de seguimento.
 - (C) Encaminhamento do paciente diretamente para a atenção básica, sem articulação com serviços especializados.
 - (D) Interrupção temporária de reabilitação até que o paciente seja atendido na unidade de referência.
 - (E) Exclusão da equipe multiprofissional do processo de alta para agilizar o fluxo assistencial.
- 30.** A hemorragia periventricular e intraventricular (HPIV) é uma das principais complicações neurológicas em recém-nascidos prematuros, especialmente nas primeiras 72 horas de vida.
- Assinale a alternativa que apresenta corretamente uma prática correta de prevenção e manejo inicial dessa condição.
- (A) Realizar manobras de aspiração traqueal rotineiramente para prevenir hipóxia.
 - (B) Utilizar posicionamento com cabeceira rebaixada para favorecer perfusão cerebral nos primeiros dias.
 - (C) Garantir múltiplas aferições de sinais vitais no período neonatal imediato, para maior precisão.
 - (D) Estimular o toque e a manipulação frequente para favorecer vínculo e maturação neurológica no período crítico.
 - (E) Aplicar estratégias de manipulação mínima, posicionamento com a cabeça na linha média e manutenção da estabilidade hemodinâmica.

