



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2026 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL SÍRIO-LIBANÊS

003. PROVA OBJETIVA

FISIOTERAPIA

Multiprofissional: **Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente | Paciente Crítico | Paciente Oncológico**
(OPÇÕES: 002, 007 E 011)

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 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 deste 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 4 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 3 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 e assine o 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

SAÚDE COLETIVA

01. Durante um debate sobre a saúde pública no Brasil, um colega de trabalho menciona que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco que consolidou o direito à saúde como um dever do Estado.

É correto afirmar que o principal dispositivo legal que estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” foi a

- (A) Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).
- (B) Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90).
- (C) 8ª Conferência Nacional de Saúde.
- (D) Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- (E) Constituição Federal de 1988.

02. Paciente em situação de rua procura atendimento em uma Unidade Básica de Saúde relatando febre e tosse persistente há duas semanas. A equipe de saúde avalia a necessidade de encaminhamento para investigação de tuberculose. O princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) que está diretamente relacionado à garantia de que esse paciente, independentemente de sua condição social, terá direito ao atendimento é o da

- (A) Descentralização.
- (B) Universalidade.
- (C) Integralidade.
- (D) Regionalização.
- (E) Hierarquização.

03. Em um município, após fortes chuvas, foi identificado um aumento abrupto e inesperado de casos de diarreia aguda entre moradores de uma mesma comunidade rural. A Secretaria Municipal de Saúde instaurou uma investigação para identificar a fonte de infecção, confirmar os casos, aplicar medidas de bloqueio e notificar o evento ao nível estadual, visando interromper a transmissão entre a população. O componente da Vigilância em Saúde primariamente responsável pela detecção, investigação epidemiológica, notificação e implementação de medidas de controle de surtos é a

- (A) Vigilância Sanitária.
- (B) Vigilância Ambiental.
- (C) Vigilância do Trabalhador.
- (D) Vigilância Epidemiológica.
- (E) Vigilância Nutricional.

04. Trabalhador da construção civil sofreu uma queda de andaime durante o expediente e foi levado a uma unidade de pronto atendimento onde foi devidamente atendido.

Considerando as normas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a Lista Nacional de Notificação Compulsória, em relação à notificação desse caso, é correto afirmar:

- (A) o acidente de trabalho não faz parte da lista de agravos de notificação compulsória.
- (B) o acidente de trabalho só deve ser notificado quando acometer trabalhador do mercado formal de trabalho com registro em carteira.
- (C) somente os acidentes de trabalho graves, fatais ou ocorridos em crianças e adolescentes são de notificação.
- (D) é obrigação de qualquer profissional de saúde do serviço fazer a notificação.
- (E) a obrigação de notificar o acidente é exclusivamente do médico do serviço.

05. Em uma reunião de equipe de Saúde da Família (eSF) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), é apresentado o caso da família Silva. Três dos membros adultos possuem doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes) e demonstram baixíssima adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com frequentes consultas não programadas à emergência hospitalar.

Considerando os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), a conduta mais adequada a ser tomada pela equipe deverá ser a de

- (A) referenciar os pacientes para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), solicitando que um profissional especialista assuma a condução clínica dos casos para melhor controle metabólico.
- (B) priorizar a realização imediata de exames clínicos de alta complexidade e a reavaliação da farmacoterapia pelos médicos da equipe, garantindo a correção rápida de possíveis erros na prescrição inicial.
- (C) desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a família, com a inserção de visitas domiciliares regulares para identificação de barreiras sociais, reforço do vínculo e articulação de um plano de cuidado intersetorial.
- (D) direcionar os pacientes crônicos para a unidade de pronto atendimento mais próxima, assegurando que o atendimento especializado e a estabilização de possíveis descompensações sejam priorizados antes do acompanhamento na UBS.
- (E) realizar a matrícula compulsória dos membros da família nos grupos educativos da UBS e monitorar a presença, entendendo que a participação coletiva regular é o fator de maior impacto para o manejo das doenças crônicas.

06. Em uma Conferência Municipal de Saúde, são aprovadas propostas para ampliar a Atenção Primária e fortalecer a saúde mental. Após o evento, participantes questionam se essas decisões obrigam o governo municipal a cumpri-las.

O entendimento correto sobre o papel das Conferências de Saúde é que elas

- (A) são instâncias que avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes para as políticas públicas, servindo de base para a formulação dos planos de saúde.
- (B) são órgãos do SUS com poder para implementar imediatamente as decisões aprovadas.
- (C) são espaços de consulta popular, sem poder deliberativo para o planejamento do SUS, tendo apenas função de aconselhamento.
- (D) funcionam como instância permanente de controle social, juntamente com os Conselhos de Saúde.
- (E) têm caráter técnico-científico, destinadas à discussão de protocolos assistenciais.

07. A Vigilância Sanitária tem como finalidade proteger e promover a saúde, prevenindo riscos sanitários e controlando produtos, serviços e ambientes que possam oferecer perigo à população.

Considerando essa atribuição, assinale a alternativa que representa corretamente uma ação típica dessa área.

- (A) Realização de campanhas educativas sobre alimentação saudável nas escolas.
- (B) Investigação epidemiológica de surto de dengue em uma comunidade.
- (C) Fiscalização de um restaurante para verificar condições higiênico-sanitárias e validade dos alimentos.
- (D) Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas em Unidades Básicas de Saúde.
- (E) Mapeamento de áreas com risco de enchentes e deslizamentos urbanos.

08. No âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as Linhas de Cuidado orientam o percurso assistencial dos usuários pelos diferentes pontos de atenção.

Considerando a coordenação e a continuidade do cuidado, assinale a alternativa que apresenta a estratégia mais adequada para o fortalecimento da integração da rede.

- (A) Reforçar o papel dos hospitais como principal porta de entrada do sistema de saúde.
- (B) Implantar sistemas de informação isolados, específicos para cada nível de atenção.
- (C) Estabelecer um sistema de regulação baseado em protocolos clínicos compartilhados, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado.
- (D) Garantir ao usuário liberdade total para acessar diretamente serviços especializados, sem encaminhamento.
- (E) Desenvolver programas verticais voltados a agravos específicos, sem integração com outras áreas da rede.

09. Em uma Unidade Básica de Saúde, uma equipe multiprofissional identifica aumento de casos de gestantes com hipertensão arterial e baixa adesão ao acompanhamento pré-natal.

Diante dessa situação, a enfermeira propõe intensificar as ações educativas e o acompanhamento domiciliar das gestantes, articulando-se com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Essa proposta está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois

- (A) fortalece o papel do NASF-AB como responsável direto pelo acompanhamento dos casos mais complexos, possibilitando à equipe de Saúde da Família concentrar-se nas ações de rotina.
- (B) promove a organização do cuidado pré-natal com base na atuação individualizada dos profissionais, evitando sobreposição de funções entre os membros da equipe.
- (C) prioriza o cuidado integral e contínuo, articulando ações multiprofissionais e considerando os determinantes sociais da saúde.
- (D) direciona o cuidado das gestantes para o monitoramento dos aspectos clínicos mais relevantes, garantindo foco na assistência e reduzindo a necessidade de ações comunitárias.
- (E) valoriza o apoio especializado do NASF-AB como principal referência para condução das ações de saúde da gestante, qualificando a linha de cuidado a partir de demandas encaminhadas pela equipe de APS.

10. Na mesma UBS, a equipe identifica aumento de casos de baixo peso em crianças menores de dois anos e atraso nas consultas de puericultura. Após discussão, decidem revisar o acompanhamento das famílias e intensificar visitas domiciliares, priorizando ações de orientação alimentar e de estímulo ao aleitamento materno. Essa conduta está alinhada à política de atenção integral à saúde da criança, pois

- (A) centraliza o cuidado na correção de déficits nutricionais por meio de suplementação medicamentosa.
- (B) foca exclusivamente nas ações médicas e no acompanhamento de doenças prevalentes.
- (C) prioriza o atendimento em pronto atendimento, garantindo maior agilidade no diagnóstico.
- (D) transfere o acompanhamento para serviços especializados, reduzindo a sobrecarga da Atenção Primária.
- (E) valoriza a vigilância do crescimento e desenvolvimento e a atuação interprofissional para promoção da saúde infantil.

11. Homem de 78 anos, com osteoartrite e insuficiência cardíaca controladas, é acompanhado na Atenção Primária à Saúde. Durante a consulta de rotina, ele relata que sua principal dificuldade é a locomoção até a unidade de saúde, pois depende de familiares para o transporte.

Assinale a alternativa que corresponde à postura da equipe que mais se alinha aos princípios e diretrizes do SUS.

- (A) Priorizar o atendimento hospitalar, encaminhando o paciente para um especialista, uma vez que a unidade básica não consegue solucionar seu problema de locomoção.
- (B) Garantir o direito à saúde por meio de ações intersectoriais que assegurem o acesso aos serviços, incluindo a busca ativa e o transporte adequado.
- (C) Focar na manutenção da independência funcional, restringindo as visitas à unidade de saúde para evitar a dependência do idoso pelo sistema.
- (D) Solicitar à família a responsabilidade pela superação das barreiras de acesso, limitando a atuação da equipe ao acompanhamento clínico.
- (E) Estimular o conselho gestor da unidade a criar um programa de voluntariado comunitário para oferecer transporte aos idosos da região.

12. A alta taxa de readmissão de pacientes com doenças crônicas levou uma equipe hospitalar multidisciplinar a propor um plano de cuidado que articula o serviço hospitalar com a Atenção Primária e o suporte social.

Essa abordagem está fundamentada no princípio da Integralidade, pois

- (A) prioriza a concentração de recursos e decisões no ambiente hospitalar, entendendo que a complexidade clínica do paciente crônico demanda intervenções essencialmente especializadas.
- (B) enfatiza a padronização de condutas e o cumprimento rigoroso de protocolos assistenciais, tomando a eficiência operacional como eixo estruturante do cuidado.
- (C) propõe a definição de fronteiras nítidas entre os diferentes níveis de atenção, atribuindo à Atenção Primária e ao hospital papéis independentes e não sobrepostos.
- (D) valoriza o cuidado contínuo e integrado, compreendendo o indivíduo em sua totalidade e articulando ações clínicas e intersectoriais nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.
- (E) direciona o foco para o período pós-alta, limitando a atuação da rede de apoio social a medidas logísticas e ao suprimento de necessidades pontuais.

13. Em uma enfermaria hospitalar, pacientes com doenças crônicas são acompanhados por equipes compostas por vários profissionais, como, por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Durante as reuniões de caso, cada profissional contribui com seu olhar específico e as decisões terapêuticas são construídas de forma conjunta, a partir do diálogo entre as diferentes áreas.

Essa forma de organização do trabalho caracteriza-se como

- (A) modelo interdisciplinar, que pressupõe a construção coletiva do cuidado e a integração de saberes e práticas entre as profissões.
- (B) atuação multidisciplinar, em que cada profissional realiza suas atividades de forma autônoma, sem necessidade de integração entre as práticas.
- (C) prática intersectorial, que envolve a articulação entre diferentes instituições e políticas públicas.
- (D) abordagem multiprofissional, limitada à soma de intervenções técnicas de diferentes áreas, sem compartilhamento de objetivos terapêuticos.
- (E) estratégia transdisciplinar, que substitui os papéis profissionais específicos por um único campo de atuação comum.

14. Paciente de 68 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em fase avançada, é internado com dispneia refratária. Ele expressa ao médico seu medo intenso de “morrer sufocado”. A equipe multiprofissional reúne-se para discutir o plano de cuidados.

Considerando os princípios dos cuidados paliativos, a abordagem mais adequada para esse caso deve ser a de

- (A) priorizar o ajuste intensivo da terapia farmacológica para a dispneia, como opioides e ansiolíticos, antes de abordar o sofrimento existencial, para garantir alívio imediato dos sintomas físicos mais urgentes.
- (B) implementar um protocolo de sedação paliativa profunda, assegurando o alívio do sofrimento por meio da redução imediata do nível de consciência, caso o manejo medicamentoso dos sintomas não seja eficaz após 24 horas do seu início.
- (C) focar o plano na otimização da oxigenioterapia e na fisioterapia respiratória, sob a liderança do médico, informando o paciente de que estes são os melhores recursos técnicos para o controle da sensação de falta de ar.
- (D) promover reuniões apenas com os familiares para discutir o plano de cuidados, mantendo o paciente informado somente sobre as melhorias percebidas, a fim de preservar seu estado emocional.
- (E) realizar uma abordagem holística e integrada, utilizando a comunicação empática para validar o medo da morte e construir um plano terapêutico individualizado que mobilize recursos farmacológicos, psicossociais e espirituais em conjunto com o paciente.

15. Hospital universitário passa por revisão de seus processos assistenciais e identifica que parte das internações prolonga-se por falhas na articulação entre setores, atrasando exames e altas. Para aumentar a resolutividade, a direção propõe medidas baseadas em linhas de cuidado e protocolos clínicos integrados.

Essa iniciativa está mais relacionada ao princípio de que

- (A) a resolutividade depende da integração entre processos, equipes e níveis de atenção, favorecendo respostas coordenadas e efetivas às necessidades dos pacientes.
- (B) a resolutividade resulta do aprimoramento da gestão de tempo e de recursos, priorizando o desempenho operacional do hospital.
- (C) a resolutividade é fortalecida pela incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas que aumentam a precisão das condutas clínicas.
- (D) o aumento da resolutividade decorre do fortalecimento da autoridade técnica da equipe médica na condução das decisões assistenciais.
- (E) a resolutividade é alcançada com o redimensionamento da capacidade instalada e a ampliação da oferta de serviços hospitalares.

16. Em um hospital público, a equipe de saúde percebe que pacientes em pós-operatório têm se queixado de falta de informações sobre sua recuperação e demonstram ansiedade diante da alta hospitalar.

Diante disso, a equipe propõe reuniões diárias curtas, nas quais profissionais explicam o plano terapêutico e escutam dúvidas dos pacientes e familiares.

Essa ação está mais alinhada ao princípio da Política Nacional de Humanização que valoriza

- (A) a otimização dos procedimentos técnicos e o estrito cumprimento dos protocolos clínicos, visto que a eficiência do cuidado depende da disciplina do paciente.
- (B) a construção de um espaço deliberativo que reconfigure a relação de poder, transitando de uma postura prescritiva para uma atuação que reconhece o paciente como sujeito ativo e coautor de seu Projeto Terapêutico.
- (C) a rígida uniformização dos processos de comunicação, visando à redução de custos operacionais e à previsibilidade dos desfechos clínicos.
- (D) o alcance das metas de produtividade e a diminuição do tempo médio de permanência hospitalar, critérios essenciais para a avaliação de desempenho institucional.
- (E) a delimitação precisa das responsabilidades emocionais e técnicas, definindo que o suporte psicossocial é exclusivo de setores específicos, isolando-o do plano de cuidados diário.

17. Em um hospital de ensino, a equipe multiprofissional observa dificuldades de comunicação entre os profissionais recém-ingressos e seus preceptores no acompanhamento dos pacientes. As discussões de casos clínicos frequentemente se tornam centradas nas decisões médicas, sem espaço para contribuições das demais áreas.

Diante desse cenário, o comitê de educação permanente decide revisar o formato das reuniões e adotar metodologias mais participativas. A ação mais coerente com os princípios da educação permanente em saúde seria

- (A) estabelecer um ciclo de palestras expositivas (Educação Continuada) sobre temas transversais, ministradas por especialistas externos, para garantir o domínio conceitual básico.
- (B) criar grupos de trabalho específicos por categoria profissional, focados na elaboração de protocolos técnicos de sua área, a fim de garantir o aperfeiçoamento técnico individual e reduzir os conflitos de saberes.
- (C) implementar um sistema de avaliação de desempenho que mensure, por meio de indicadores quantitativos, a adesão individual aos protocolos e fluxos institucionais, estimulando a conformidade regulatória.
- (D) implantar reuniões de educação continuada com foco em atualização científica e transmissão vertical de conteúdos, visando uniformidade nas condutas assistenciais.
- (E) instituir Rodas de Matriciamento Interprofissional, utilizando os conflitos e dificuldades reais da assistência para gerar reflexão coletiva, cogestão de soluções e transformação mútua das práticas de trabalho.

18. Hospital de ensino inicia uma parceria com o município para fortalecer o cuidado em saúde mental e reduzir internações psiquiátricas desnecessárias. A equipe hospitalar recebe orientações sobre o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Considerando a função e os princípios que orientam o trabalho dos CAPS, é correto afirmar que esses serviços

- (A) têm como principal finalidade a triagem e encaminhamento imediato dos usuários para unidades especializadas, priorizando a eficiência do fluxo assistencial.
- (B) funcionam como ambulatórios de saúde mental de média complexidade, responsáveis por manter o acompanhamento exclusivamente farmacológico dos usuários.
- (C) atuam como unidades de internação de curta permanência, destinadas à estabilização clínica de casos graves antes do retorno ao convívio comunitário.
- (D) são dispositivos territoriais que oferecem cuidado contínuo e interdisciplinar, priorizando o acolhimento, a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade.
- (E) se destinam exclusivamente ao atendimento de usuários com diagnóstico de transtornos psicóticos graves, não abrangendo outras condições de sofrimento mental.

19. John Snow, considerado o pai da epidemiologia moderna, realizou seu estudo mais famoso sobre o surto de cólera em Londres, em 1854. Naquele período, a teoria predominante sobre a causa das doenças era a miasmática, que atribuía a ocorrência de epidemias à inalação de “maus ares” ou vapores pútridos. Snow, contudo, utilizou um método lógico e sistemático para testar uma hipótese alternativa.

O raciocínio epidemiológico fundamental e a estratégia metodológica adotada por ele, que permitiram refutar a teoria miasmática e estabelecer a base da epidemiologia moderna, foram

- (A) comparar a taxa de mortalidade por cólera entre populações vizinhas abastecidas por diferentes companhias de água (água supostamente limpa *versus* água contaminada), utilizando o local de moradia como um “experimento natural”.
- (B) realizar um inquérito clínico detalhado em todos os casos de óbito, isolando o agente etiológico da cólera (o bacilo *Vibrio cholerae*) por meio de análise laboratorial microscópica e subsequente quarentena de infectados.
- (C) mapear os casos de cólera para identificar o paciente zero (caso índice) da epidemia e, a partir dele, rastrear todas as cadeias de transmissão, confirmando a disseminação da doença por contato interpessoal direto.
- (D) analisar o tipo de solo e a qualidade do ar nas áreas de maior incidência da doença, demonstrando que os miasmas se concentravam nos bairros mais pobres e com maior densidade populacional.
- (E) conduzir um ensaio clínico randomizado (estudo experimental) em que um grupo de indivíduos saudáveis recebia água tratada e outro grupo recebia água não tratada, monitorando o desenvolvimento da doença nos dias seguintes.

20. Paciente de 35 anos, com histórico familiar positivo, é diagnosticado com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) primária. Ele relata que, nos últimos meses, notou episódios ocasionais de cefaleia e tontura.

Considerando a história natural da doença, é correto afirmar que esse paciente se encontra

- (A) no período de susceptibilidade.
- (B) no período pré-patogênico.
- (C) na fase prodrômica.
- (D) no período patogênico.
- (E) no período de latência.

21. Hospital universitário está elaborando um protocolo para o cuidado de pacientes hospitalizados com mobilidade reduzida, a fim de evitar o aparecimento de lesões por pressão. O plano inclui o uso de escalas de avaliação de risco, inspeção diária da pele, mudança de decúbito periódica e colchões especiais.

Considerando a História Natural da Doença e os Níveis de Prevenção, a principal classificação das ações descritas nesse protocolo é de prevenção

- (A) primária, pois as medidas visam à promoção da saúde do paciente.
- (B) secundária, pois as ações são focadas no diagnóstico e tratamento precoces das lesões.
- (C) terciária, por se tratarem de medidas de reabilitação e limitação de danos em indivíduos já doentes.
- (D) quaternária, dado o foco em evitar a iatrogenia e o excesso de intervenções desnecessárias.
- (E) primordial, uma vez que se destinam a estabelecer condições de vida favoráveis à saúde.

22. A equipe multiprofissional de um hospital municipal observa aumento expressivo de casos suspeitos de dengue e é convocada a participar do Plano de Contingência local. O setor de Vigilância Epidemiológica informa que o bairro de abrangência apresenta alto Índice de Infestação Predial e presença de focos do vetor *Aedes aegypti* em quintais e caixas d’água destampadas.

Considerando a necessidade de uma ação com maior impacto na redução da transmissão nesse cenário de alta infestação, a medida prioritária a ser recomendada à população deve ser a seguinte:

- (A) realização imediata do teste rápido NS1 em todas as pessoas sintomáticas para garantir o tratamento oportuno e quebrar a cadeia de transmissão pessoa-vetor-pessoa.
- (B) mobilização de agentes e moradores para eliminar e tratar todos os recipientes que acumulam água, cobrindo adequadamente os reservatórios.
- (C) orientação para o uso contínuo de repelentes e instalação de telas de proteção em residências mais vulneráveis.
- (D) capacitação dos profissionais de saúde para o manejo clínico e a classificação de risco das formas graves da doença.
- (E) intensificação da notificação compulsória de todos os casos suspeitos e confirmados para monitorar a curva epidemiológica.

23. Técnico de enfermagem, empregado regularmente em um hospital privado, durante a administração de um medicamento citotóxico por via intravenosa em um paciente oncológico, sofre um acidente perfurocortante com a agulha utilizada.

Com relação à notificação desse acidente por parte do serviço de saúde, a conduta a ser tomada é

- (A) emitir apenas a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- (B) emitir a CAT e notificar imediatamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- (C) emitir a CAT e notificar no SINAN apenas se se confirmar infecção ocupacional.
- (D) notificar no SINAN no prazo de até uma semana e orientar a direção do hospital sobre a necessidade de emissão de CAT.
- (E) não proceder a nenhuma notificação até que se confirme eventual infecção relacionada à exposição do trabalhador.

24. A Política Nacional de Imunizações (PNI) no Brasil é reconhecida mundialmente por sua abrangência e organização. Para atingir a imunidade coletiva (imunidade de rebanho) e controlar ou erradicar doenças, seu princípio operacional fundamental, que garante o acesso universal e a caracteriza como política de Estado, é

- (A) priorizar a vacinação em massa durante surtos epidêmicos, suspendendo a rotina em áreas de baixa incidência para poder redirecionar os recursos para as áreas de surto.
- (B) condicionar a oferta de vacinas à comprovação de situação de vulnerabilidade socioeconômica no ato do cadastro, considerando a limitação da oferta.
- (C) definir metas de cobertura vacinal anuais apenas para as vacinas consideradas prioritárias, conforme disponibilidade orçamentária.
- (D) concentrar a administração de vacinas em unidades de referência especializadas.
- (E) articular a vacinação à vigilância epidemiológica e à atenção básica, assegurando que a oferta ocorra de forma contínua e integrada em toda a rede pública de saúde.

25. Considerando a perspectiva da Saúde Coletiva, assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais coerente sobre a influência dos determinantes sociais no adoecimento e produção de bem-estar.

- (A) O processo saúde-doença é determinado principalmente pelas condições do ambiente físico, como saneamento, poluição e habitação, enquanto os aspectos socioculturais e econômicos exercem influência secundária.
- (B) O estado de saúde de cada indivíduo depende sobre tudo da adoção de hábitos de vida saudáveis e do acesso oportuno aos serviços de saúde, cabendo ao sujeito a principal responsabilidade sobre sua condição.
- (C) A distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos na sociedade impacta diretamente as oportunidades de vida e a vulnerabilidade a agravos, demandando políticas públicas integradas e intersectoriais para redução das iniquidades.
- (D) As desigualdades em saúde devem ser enfrentadas prioritariamente após o surgimento das doenças, pois é, nesse momento, que seus efeitos se tornam mais perceptíveis e exigem intervenção.
- (E) As ações governamentais devem concentrar-se no fortalecimento da rede de serviços de saúde, sendo desnecessária a articulação com outras políticas públicas para melhorar as condições de vida da população.

26. Hospital de grande porte registra aumento súbito de casos de infecção por bactéria multirresistente em sua Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O Comitê de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) decide iniciar uma investigação para identificar fatores associados à ocorrência dos casos e propor medidas de controle rápidas e eficientes. A equipe multidisciplinar é envolvida no estudo para definir o tipo de investigação, os indicadores a serem utilizados, as análises estatísticas e os cuidados éticos envolvidos.

Considerando o objetivo de identificar fatores associados à ocorrência da infecção, o modelo de investigação epidemiológica mais adequado para esse estudo é o

- (A) Estudo Transversal.
- (B) Estudo de Coorte Prospectivo.
- (C) Estudo de Caso-Controle.
- (D) Ensaio Clínico Randomizado.
- (E) Relato de Série de Casos.

27. Durante a investigação, o CCIH deseja comparar o tempo médio de internação entre pacientes infectados e não infectados pela bactéria multirresistente.

Considerando que o tempo de internação é uma variável quantitativa contínua e há dois grupos independentes, o teste estatístico mais adequado é

- (A) o teste qui-quadrado.
- (B) o teste t de Student para amostras independentes.
- (C) a análise de variância (ANOVA).
- (D) o teste de Mann-Whitney.
- (E) a correlação de Pearson.

28. Após definir o modelo de investigação, o CCIH precisa escolher o indicador epidemiológico mais adequado para monitorar a magnitude do surto de infecção por bactéria multirresistente na UTI e avaliar o impacto das medidas de controle.

O indicador que melhor representa a ocorrência desses casos ao longo do tempo é

- (A) a taxa de incidência acumulada de novos casos de infecção hospitalar.
- (B) o coeficiente de prevalência de infecção hospitalar.
- (C) a proporção de pacientes em uso de antibióticos de amplo espectro.
- (D) o coeficiente de letalidade por infecção hospitalar.
- (E) a proporção de culturas positivas entre amostras coletadas.

29. O CCIH analisou a associação entre o uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) e o desenvolvimento da infecção multirresistente. Os dados foram organizados em uma tabela 2x2 e um teste Qui-Quadrado de Pearson foi realizado, resultando em um valor-p de 0,03.

Considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), a interpretação correta desse resultado é a de que

- (A) a probabilidade de a hipótese nula ser verdadeira é de 3%.
- (B) existe uma associação estatisticamente significativa entre o uso de VMI e a infecção.
- (C) o uso de VMI aumenta em 3% o risco de desenvolver a infecção.
- (D) a hipótese alternativa foi rejeitada.
- (E) não há evidências suficientes para afirmar que a associação observada seja real.

30. Na investigação que analisa a associação entre o uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) e o desenvolvimento de infecção por bactéria multirresistente, utilizando dados de prontuários de pacientes internados, um dos cuidados éticos que devem ser observados é

- (A) assegurar a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), garantindo a confidencialidade e a anonimização dos dados, e justificando formalmente a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) perante o Comitê.
- (B) dispensar a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), justificando que a coleta de dados de prontuário, por ser retrospectiva, não se enquadra como pesquisa em seres humanos.
- (C) publicar os resultados livremente em meios de comunicação não científicos para alertar a população sobre os riscos do procedimento, bastando omitir os nomes dos pacientes.
- (D) manter as fichas clínicas dos pacientes identificadas para permitir que a equipe de auditoria possa verificar a validade dos resultados a qualquer tempo.
- (E) solicitar apenas a autorização da direção hospitalar e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), pois o estudo utiliza dados institucionais secundários.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31. Paciente do sexo feminino, 60 anos, após várias tentativas de tratamento decorrente de osteoartrose foi submetida à artroplastia total de joelho esquerdo.

O processo de reabilitação inicia-se durante a internação, podendo realizar o treino de marcha

- (A) conforme ordens médicas, com uso de imobilizador quando for adequado, a partir do 5º dia de pós-operatório.
- (B) com carga total e uso de imobilizador, a partir do 5º dia de pós-operatório.
- (C) com carga total ou conforme ordens médicas, com uso de imobilizador quando for adequado.
- (D) com carga tolerada pela paciente ou conforme ordens médicas, com uso de imobilizador quando for adequado.
- (E) com a carga tolerada pela paciente, a partir do 5º dia de pós-operatório.

Leia o quadro clínico a seguir para responder às questões **32 e 33**:

Antônio, 55 anos, com queixa de lombalgia há 2 dias, possui histórico de cirurgia para retirada da próstata devido a câncer há 3 anos. Realizou a avaliação fisioterapêutica, e o fisioterapeuta traçou um plano de tratamento, que incluiu inicialmente relaxamento muscular, com massagem na região lombar, e, posteriormente, exercícios de alongamento e fortalecimento.

32. A massagem seria contraindicada se o paciente apresentasse

- (A) arteriosclerose, celulite, sinovite e trombose.
- (B) enxaqueca, celulite, sinovite e trombose.
- (C) arteriosclerose, enxaqueca, celulite e trombose.
- (D) miosite, bursite, infecção cutânea, arteriosclerose.
- (E) tendinite, enxaqueca, celulite, miosite.

33. Entre os exercícios de fortalecimento muscular, o fisioterapeuta realizou exercícios para o músculo transverso abdominal. A melhora da dor ao fortalecer essa musculatura é decorrente

- (A) do aumento da pressão abdominal, que reduz a circunferência abdominal, permitindo maior estabilidade à coluna lombar.
- (B) do aumento da pressão abdominal, que aumenta a circunferência abdominal, permitindo maior estabilidade à coluna lombar.
- (C) da diminuição da pressão abdominal, que reduz a circunferência abdominal, permitindo maior estabilidade à coluna lombar.
- (D) da diminuição da pressão abdominal que aumenta a circunferência abdominal, permitindo maior estabilidade à coluna lombar.
- (E) do aumento da pressão abdominal, que mantém a circunferência abdominal, permitindo maior estabilidade à coluna lombar.

34. A fisiologia pulmonar é fundamental para a avaliação e intervenção dos pacientes com doenças respiratórias. Nesse sentido, é fundamental a compreensão de conceitos como capacidade, que se refere à soma de dois ou mais volumes pulmonares.

A definição de capacidade vital é a

- (A) soma do volume corrente mais o volume de reserva inspiratório.
- (B) soma do volume de reserva inspiratório, volume corrente e volume de reserva expiratório.
- (C) combinação do volume residual e do volume de reserva expiratório.
- (D) soma do volume de reserva inspiratório, volume corrente, volume de reserva expiratório e volume residual.
- (E) soma do volume corrente mais o volume de reserva expiratório.

35. Maria, 58 anos, realizou mastectomia de quadrante superior da mama direita há 3 anos. Há um ano foi diagnosticada com asma, classificada como persistente moderada, e desde o diagnóstico realiza fisioterapia respiratória.

De acordo com o Ministério da Saúde, a característica do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), que indica a classificação de asma persistente moderada é:

- (A) VEF1 – igual ou maior que 80% previsto; variação VEF1 – menor que 20%; sintomas – 2x/semana ou menos; limitação de atividades – nenhuma.
- (B) VEF1 – igual ou maior que 80% previsto; variação VEF1 – menor que 20%; sintomas – mais de 2x/semana, mas não diariamente; limitação de atividades – presente nas exacerbações.
- (C) VEF1 – 60% – 80% previsto; variação VEF1 – menor que 20%; sintomas – diários; limitação de atividades – contínua.
- (D) VEF1 – 60% – 80% previsto; variação VEF1 – maior que 30%; sintomas – diários; limitação de atividades – presente nas exacerbações.
- (E) VEF1 – igual ou menor que 60% previsto; variação VEF1 – maior que 30%; sintomas – diários ou contínuos; limitação de atividades – contínua.

36. Após um traumatismo cranioencefálico (TCE), um dos aspectos fundamentais a ser avaliado é o equilíbrio. Nos casos de TCE, o instrumento utilizado para tal deve avaliar habilidades de equilíbrio de nível superior normalmente associadas à mobilidade na comunidade.

O instrumento utilizado especificamente nesses casos é

- (A) a escala de equilíbrio de Berg.
- (B) a medida de independência funcional.
- (C) a escala de mobilidade e equilíbrio da comunidade.
- (D) a escala *Mayo-Portland Adaptability Inventory*.
- (E) o sistema observacional da marcha (AOM) *Rancho Los Amigos*.

37. A fadiga e a doença cardiopulmonar são comuns após um traumatismo cranioencefálico (TCE). A gravidade do descondicionamento encontrado em pessoas com TCE é significativamente maior que o encontrado em pessoas sedentárias sem deficiência. Dessa forma, após os ganhos iniciais do processo de reabilitação e considerando cuidadosamente as habilidades cognitivas e físicas, o treinamento aeróbio é eficaz para pessoas com TCE.

Os parâmetros empregados no treino aeróbico são:

- (A) intensidade de 40–50% da frequência cardíaca máxima predita de acordo com a idade, durante 20–30 minutos por sessão, duas a três vezes por semana.
- (B) intensidade de 50–60% da frequência cardíaca máxima predita de acordo com a idade, durante 20–30 minutos por sessão, duas a três vezes por semana.
- (C) intensidade de 60–70% da frequência cardíaca máxima predita de acordo com a idade, durante 20–40 minutos por sessão, três a quatro vezes por semana.
- (D) intensidade de 60–90% da frequência cardíaca máxima predita de acordo com a idade, durante 20–30 minutos por sessão, duas a três vezes por semana.
- (E) intensidade de 60–90% da frequência cardíaca máxima predita de acordo com a idade, durante 20–40 minutos por sessão, três a quatro vezes por semana.

Leia o quadro clínico a seguir para responder às questões **38** e **39**:

Paciente do sexo feminino com 65 anos, após acidente vascular isquêmico (AVCi), ocorrido há 2 meses, apresenta hemiparesia desproporcionada à esquerda com predomínio crural. Em bipedestação, apresenta acentuada flexão de joelho, flexão plantar do tornozelo e tálus varo, o que intensifica a dificuldade da marcha.

38. A consequência funcional do tálus varo é

- (A) o aumento da pronação do pé, devido ao deslocamento do tibial anterior.
- (B) o aumento da supinação do pé, devido ao deslocamento do tibial anterior.
- (C) a diminuição da pronação do pé, devido ao deslocamento do tibial posterior.
- (D) a diminuição da supinação do pé, devido ao deslocamento do fibular curto.
- (E) o aumento da pronação do pé, devido ao deslocamento do fibular longo.

39. A característica da alteração do tônus muscular dessa paciente é:

- (A) tônus flutuante, que varia entre aumento do tônus flexor e extensor.
- (B) hipertonia plástica, que não varia com a velocidade e cede com a movimentação.
- (C) hipertonia elástica, que varia com a velocidade e cede com a movimentação.
- (D) tônus flutuante, alternando entre hipotonia e hipertonia.
- (E) hipertonia elástica, que não varia com a velocidade e cede com a movimentação.

40. Após o AVC, à medida que a recuperação progride, a sinergia se torna mais forte, relacionada à presença e severidade da espasticidade. Há dois padrões distintos de sinergia anormal para cada membro: uma sinergia flexora e uma sinergia extensora.

A sinergia extensora caracteriza-se por

- (A) retração/elevação ou hiperextensão da escápula; abdução, rotação externa do ombro; flexão do ombro; supinação do antebraço; flexão do punho e dos dedos da mão.
- (B) retração/elevação ou hiperextensão da escápula; adução e rotação medial do ombro; extensão do cotovelo; pronação do antebraço; flexão do punho e dos dedos da mão.
- (C) protração da escápula; adução e rotação medial do ombro, flexão do ombro; supinação do antebraço; flexão do punho e dos dedos da mão.
- (D) protração da escápula; adução e rotação medial do ombro; extensão do cotovelo; pronação do antebraço; flexão do punho e dos dedos da mão.
- (E) protração da escápula; abdução, rotação externa do ombro; flexão do ombro; supinação do antebraço; flexão do punho e dos dedos da mão.

41. Em casos de pacientes com AVC, um dos instrumentos cuja recomendação é que se utilize desde o período da internação, e que direcionará o fisioterapeuta e os outros membros da equipe de reabilitação para traçarem os objetivos, visando à realização das atividades de vida diária do paciente em cada etapa do processo, é:

- (A) *National Institutes of Health Stroke Scale*.
- (B) classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.
- (C) medida de independência funcional.
- (D) escala de equilíbrio de Berg.
- (E) escala de Rankin.

42. Alguns indivíduos com diagnóstico de AVC apresentam a tendência de empurrarem-se para o lado ipsilateral (também conhecida como síndrome de Pusher). Esse é um comportamento motor incomum caracterizado pelo sintoma de se empurrar ativamente com os membros mais fortes em direção ao lado hemiparético com desequilíbrio postural lateral.

A área afetada, nesses casos, é

- (A) o tálamo posterolateral.
- (B) o tálamo ventrolateral.
- (C) o córtex motor primário.
- (D) a área motora suplementar.
- (E) o córtex somatosensorial.

43. Pacientes com doença de Parkinson normalmente demonstram déficits de aprendizagem motora, inclusive taxas de aprendizagem reduzidas, eficiência reduzida e maior especificidade contextual da aprendizagem.

Inicialmente, na organização da sessão de um doente com doença de Parkinson, deve-se evitar a prática

- (A) constante.
- (B) em bloco.
- (C) aleatória.
- (D) seriada.
- (E) variada.

44. Homem, 60 anos, foi diagnosticado com doença de Parkinson há 2 anos. Desde então, está realizando fisioterapia 2 vezes por semana. Na última avaliação, realizada pelo fisioterapeuta, notou-se que a postura flexora começou a acentuar-se. O fisioterapeuta optou por utilizar os padrões de movimento de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP). Visando à extensão do tronco para diminuir a postura flexora, a opção do fisioterapeuta foi por realizar padrões bilaterais de membro superior.

O padrão de movimento do FNP é:

- (A) extensão, abdução e rotação medial.
- (B) flexão, abdução e rotação lateral.
- (C) extensão, adução e rotação medial.
- (D) flexão, adução e rotação lateral.
- (E) flexão, abdução e rotação medial.

Leia o quadro clínico a seguir para responder às questões **45 e 46**:

Homem, 24 anos, há 3 meses sofreu um trauma raquimedular decorrente de acidente automobilístico. Após a fase de choque medular, seu nível neurológico foi definido como L1, ASIA A. Atualmente, encontra-se em reabilitação em um centro de referência em sua cidade.

45. Os grupos musculares sem lesão ou preservados no nível neurológico L1, ASIA A, são:

- (A) quadríceps femoral e isquiotibiais.
- (B) quadrado lombar e flexores do quadril.
- (C) flexores do quadril, quadríceps femoral e isquiotibiais.
- (D) intercostais, flexores e extensores do tronco.
- (E) flexores e extensores do quadril.

46. A capacidade funcional que o nível neurológico L1 ASIA pode atingir é

- (A) deambular com órtese recíproca e utilizar dispositivos de assistência para exercícios e independência modificada para todas as atividades, exceto as atividades no chão e em escadas.
- (B) deambular com órtese joelho-tornozelo-pé e dispositivos de assistência e independência modificada para todas as atividades.
- (C) deambular com órtese tornozelo-pé bilateral com marcha comunitária sem andador.
- (D) deambular com órtese tornozelo-pé bilateral com marcha comunitária com andador.
- (E) deambular com órtese joelho-tornozelo-pé bilateral com marcha domiciliar sem andador.

47. Nos casos de trauma raquimedular para determinar o nível neurológico e motor, o músculo-chave é definido como aquele com inervação intacta quando a pontuação desse músculo no teste muscular manual é, pelo menos,

- (A) 2/5 (regular) e o músculo-chave cranial mais próximo exibe força de 4/5 (normal) no teste muscular manual.
- (B) 2/5 (regular) e o músculo-chave cranial mais próximo exibe força de 5/5 (normal) no teste muscular manual.
- (C) 3/5 (regular) e o músculo-chave cranial mais próximo exibe força de 5/5 (normal) no teste muscular manual.
- (D) 4/5 (regular) e o músculo-chave cranial mais próximo exibe força de 4/5 (normal) no teste muscular manual.
- (E) 4/5 (regular) e o músculo-chave cranial mais próximo exibe força de 5/5 (normal) no teste muscular manual.

48. A prescrição do exercício físico na UTI deve levar em consideração a avaliação adequada dos pacientes e o tipo de protocolo a ser utilizado. Para um adequado controle da relação dose/intensidade, alguns critérios podem ser utilizados durante a prática do exercício no ambiente de UTI.

Esses critérios são:

- (A) escala modificada de Borg, que deveria estar entre 5 e 6; FC entre 60 e 70% da máxima predita pela idade ($FC_{máx} = 220 - \text{idade}$) ou com valor mínimo de 40 bpm e valor máximo de 140 bpm e pressão arterial média entre 90 e 120 mmHg.
- (B) escala modificada de Borg, que deveria estar entre 5 e 6; FC entre 70 e 80% da máxima predita pela idade ($FC_{máx} = 220 - \text{idade}$) ou com valor mínimo de 50 bpm e valor máximo de 120 bpm e pressão arterial média entre 90 e 120 mmHg.
- (C) escala modificada de Borg, que deveria estar entre 5 e 6; FC entre 60 e 70% da máxima predita pela idade ($FC_{máx} = 220 - \text{idade}$) ou com valor mínimo de 50 bpm e valor máximo de 120 bpm e pressão arterial média entre 60 e 90 mmHg.
- (D) escala modificada de Borg, que deveria estar entre 3 e 5; FC entre 70 e 80% da máxima predita pela idade ($FC_{máx} = 220 - \text{idade}$) ou com valor mínimo de 40 bpm e valor máximo de 140 bpm e pressão arterial média entre 90 e 120 mmHg.
- (E) escala modificada de Borg, que deveria estar entre 3 e 5; FC entre 50 e 70% da máxima predita pela idade ($FC_{máx} = 220 - \text{idade}$) ou com valor mínimo de 40 bpm e valor máximo de 140 bpm e pressão arterial média entre 60 e 90 mmHg.

49. Na prescrição do exercício físico na UTI, o treino de força muscular é indicado de acordo com o quadro clínico do paciente.

A carga máxima (que pode ser gerada pelo peso do próprio corpo, por resistência elástica ou por pesos livres) a ser utilizada é aquela que o paciente consiga realizar entre

- (A) 3 e 4 repetições de determinado exercício para grandes grupos musculares.
- (B) 5 e 6 repetições de determinado exercício para grandes grupos musculares.
- (C) 6 e 8 repetições de determinado exercício para grandes grupos musculares.
- (D) 8 e 12 repetições de determinado exercício para grandes grupos musculares.
- (E) 12 e 14 repetições de determinado exercício para grandes grupos musculares.

50. Em pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda, pode-se dividir o protocolo em cinco estágios desde a admissão do paciente até a alta hospitalar. Um paciente que abre os olhos, consegue direcionar o olhar e apresenta grau II de força para membros superiores, está no estágio II.

Nesse caso, ele poderá realizar transferência de deitado para sentado no leito por, no mínimo,

- (A) 5 minutos.
- (B) 10 minutos.
- (C) 12 minutos.
- (D) 15 minutos.
- (E) 20 minutos.

51. A mobilização precoce pode reduzir os efeitos deletérios associados à internação dos pacientes em UTI. Sua realização deve estar apoiada em critérios de segurança, tanto para o início quanto para sua interrupção.

Os critérios cardiovasculares de segurança para iniciar a mobilização precoce são:

- (A) FC > 40 bpm < 100 bpm; pressão sistólica > 90 mmHg < 180 mmHg; pressão arterial média > 60 mmHg < 110 mmHg.
- (B) FC > 40 bpm < 130 bpm; pressão sistólica > 90 mmHg < 200 mmHg; pressão arterial média > 60 mmHg < 110 mmHg.
- (C) FC > 50 bpm < 130 bpm; pressão sistólica > 90 mmHg < 200 mmHg; pressão arterial média > 70 mmHg < 120 mmHg.
- (D) FC > 50 bpm < 130 bpm; pressão sistólica > 90 mmHg < 210 mmHg; pressão arterial média > 70 mmHg < 120 mmHg.
- (E) FC > 60 bpm < 130 bpm; pressão sistólica > 90 mmHg < 200 mmHg; pressão arterial média > 60 mmHg < 120 mmHg.

52. Ulisses, 62 anos, foi diagnosticado com fibrose pulmonar idiopática, doença difusa do parênquima pulmonar. Ele apresentou redução proporcional da capacidade vital forçada (CVF) e do volume expiratório no primeiro segundo (VEF1) e foi indicado a iniciar reabilitação pulmonar. Após avaliação, indicou-se a necessidade de treino aeróbio.

As alterações deste paciente sugerem que o tempo de exercício cíclico aeróbio recomendado é de

- (A) 10 a 15 minutos, dividindo esse tempo em blocos de 2 a 8 minutos de exercício com repouso de 1 a 3 minutos, conforme a tolerância.
- (B) 15 a 20 minutos, dividindo esse tempo em blocos de 5 a 10 minutos de exercício com repouso de 1 a 3 minutos, conforme a tolerância.
- (C) 15 a 30 minutos, dividindo esse tempo em blocos de 2 a 8 minutos de exercício com repouso de 1 a 3 minutos, conforme a tolerância.
- (D) 30 a 40 minutos, dividindo esse tempo em blocos de 5 a 10 minutos de exercício com repouso de 1 a 3 minutos, conforme a tolerância.
- (E) 45 a 50 minutos, dividindo esse tempo em blocos de 2 a 8 minutos de exercício com repouso de 1 a 3 minutos, conforme a tolerância.

53. Paciente, 60 anos, com diagnóstico de DPOC, foi encaminhado à fisioterapia para um programa de reabilitação pulmonar. Após a avaliação, ele foi classificado pelo índice de dispneia basal como grau 3.

O grau 3 em relação ao comprometimento funcional indica

- (A) sem perdas, capaz de realizar as atividades habituais e de ocupação sem falta de ar.
- (B) perda leve; perda distinta em pelo menos uma atividade, mas sem abandonar completamente; a redução da atividade parece ligeira ou não claramente causada pela falta de ar.
- (C) perda moderada; o paciente mudou de emprego e/ou abandonou pelo menos uma atividade habitual por causa da falta de ar.
- (D) perda grave; o paciente é incapaz de trabalhar ou desistiu da maior parte ou da totalidade das atividades habituais em virtude da falta de ar.
- (E) perda muito grave; incapaz de trabalhar e desistiu da maioria ou de todas as atividades costumeiras por causa da falta de ar.

54. As doenças pulmonares podem se restritivas ou obstrutivas.

Assinale a alternativa que apresenta as características da doença pulmonar restritiva.

- (A) Aumento do volume residual, obstrução da passagem do ar, aumento da resistência ao fluxo aéreo.
- (B) Redução do número de alvéolos, obstrução da passagem do ar, aumento da resistência ao fluxo aéreo.
- (C) Aumento do volume residual, aumento da rigidez pulmonar, redução da complacência pulmonar.
- (D) Redução do número de alvéolos, diminuição da ventilação, redução da complacência pulmonar.
- (E) Redução do número de alvéolo, aumento do volume residual, obstrução da passagem do ar.

55. O treinamento muscular respiratório é fundamental na reabilitação pulmonar e pode ser utilizado para força ou resistência, mas sempre há uma mistura de efeitos. Treinando a resistência, acaba-se treinando a força; treinando a força, gera-se hipertrofia. Nesse sentido, é fundamental que o fisioterapeuta saiba reconhecer os sinais de sobrecarga muscular respiratória.

Quais são esses sinais?

- (A) Uso da musculatura acessória, respirações paradoxais, taquicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese abundante e agitação psicomotora.
- (B) Uso da musculatura acessória, respirações abdominais, bradicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese abundante e agitação psicomotora.
- (C) Uso da musculatura abdominal, respirações paradoxais, bradicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese abundante e agitação psicomotora.
- (D) Uso da musculatura intercostal, respirações abdominais, taquicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese normal e agitação psicomotora.
- (E) Uso da musculatura intercostal, respirações torácicas, bradicardia, hipertensão/hipotensão, sudorese normal e agitação psicomotora.

56. A criança, sobretudo nos primeiros meses de vida, passa por diversas transformações, que devem ser consideradas na interpretação dos dados obtidos durante a avaliação fisioterapêutica, principalmente nos casos neurológicos. Uma dessas modificações, que está relacionada com o desenvolvimento motor, relaciona-se ao tônus muscular.

Assinale a alternativa que apresenta a característica do tônus muscular até os 4/5 meses de vida.

- (A) Predomínio flexor em membros superiores e extensor em membros inferiores.
- (B) Predomínio extensor em membros superiores e flexor em membros inferiores.
- (C) Predomínio extensor em membros superiores e inferiores.
- (D) Predomínio flexor em membros superiores e inferiores.
- (E) Equilíbrio entre tônus flexor e extensor em todos os membros.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de **57 a 60**:

Criança do sexo masculino, com 3 anos de idade, foi encaminhada ao ambulatório de fisioterapia com diagnóstico médico de paralisia cerebral (PC). A queixa, segundo a mãe, é de dificuldade para andar de forma independente. A avaliação fisioterapêutica indicou: (1) discreta alteração de tônus muscular de membros inferiores (varia entre 1 e 1+ na escala de Ashworth modificada para a maioria dos grupos, exceto para adutores de quadril e flexores plantares – grau 2); (2) força muscular grau 4 para a maioria dos grupos, exceto para abdutores e dorsiflexores – grau 2; (3) uso de órtese antiequino bilateral e padrão adutor de membros inferiores durante a marcha; (4) diminuição da base de apoio que compromete a estabilidade postural em bipedestação; (5) dificuldade para assumir e manter-se em posturas mais altas (ajoelhado, semiajoelhado e bipedestação), especialmente quando é desestabilizada ou procura realizar alguma atividade na postura (déficit de ajustes antecipatórios e compensatórios, respectivamente), o que não é observado em sedestação. A mãe realiza com frequência os alongamentos orientados em casa, a criança não apresenta encurtamentos ou deformidades estabelecidas.

57. A classificação da PC, de acordo com o tônus muscular, é:

- (A) atáxica.
- (B) espástica.
- (C) atetoide.
- (D) hipotônica.
- (E) distônica.

58. A classificação funcional, de acordo com o *Gross Motor Function Classification Systems* (GMFCS), é:

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

59. A Classificação topográfica dessa criança com PC é bilateral com comprometimento

- (A) quadriparética simétrica.
- (B) diparética assimétrica.
- (C) diparética simétrica.
- (D) quadriparética assimétrica.
- (E) triparética.

60. Conforme explicitado no caso, há dificuldade para assumir e manter-se em posturas mais altas (ajoelhado, semiajoelhado e bipedestação), especialmente quando é desestabilizada ou procura realizar alguma atividade na postura (déficit de ajustes antecipatórios e compensatórios, respectivamente), o que não é observado em sedestação.

Isso é indicativo de déficit

- (A) no controle predominantemente extensor de tronco inferior.
- (B) no controle total de tronco.
- (C) na seletividade de movimento.
- (D) no controle predominantemente flexor de tronco inferior.
- (E) de amplitude de movimento.

61. Em recém-nascidos e prematuros, quais medidas de avaliação pulmonar são úteis na avaliação e no acompanhamento de doenças como síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, displasia broncopulmonar e outros tipos de distress respiratório?

- (A) Capacidade residual funcional.
- (B) Capacidade pulmonar total.
- (C) Curva volume-tempo.
- (D) Curva fluxo-volume.
- (E) Complacência e resistência.

62. Menino com 8 anos encontra-se no estágio II de evolução de distrofia muscular de Duchenne (DMD). Realiza fisioterapia desde o diagnóstico, que ocorreu aos 2 anos de idade. No seu plano de tratamento, indicados o treino de força muscular e o treino aeróbio.

Nesses casos, são contraindicados:

- (A) exercícios concêntricos com carga submáxima de 20%.
- (B) exercícios concêntricos vencendo o peso do corpo e da gravidade.
- (C) exercícios isométricos.
- (D) exercícios com alta intensidade e exercícios excêntricos.
- (E) exercícios concêntricos com carga variando de 5 a 40%.

63. Na DMD com a progressão da perda de força muscular, identificada pela diminuição da capacidade vital forçada (CVF) abaixo do predito para idade, além da cinesioterapia, torna-se necessária a realização dos exercícios de empilhamento de ar (ou *air stacking*).

O valor CVF considerado a seguir do predito é:

- (A) < 90% do predito.
- (B) < 80% do predito.
- (C) < 70% do predito.
- (D) < 60% do predito.
- (E) < 50% do predito.

64. Augusto, 15 anos, com diagnóstico de DMD, encontra-se no estágio 4 de evolução da doença, portanto, é cadeirante desde os 10 anos, quando perdeu a marcha. Ele realiza avaliações fisioterapêuticas a cada 6 meses.

Um dos fatores em que o fisioterapeuta e o médico se baseiam para indicar a ventilação não invasiva noturna

- (A) é a saturação de O_2 menor que 95% ou pCO_2 (gasometria)/ $ETCO_2$ (capnografia) maior que 45% na vigília.
- (B) são os sinais e sintomas de hipoventilação nos pacientes com CVF abaixo de 50% do previsto.
- (C) são 4 ou mais episódios de saturação de O_2 < 95% ou quedas na saturação de O_2 de, pelo menos, 4% por hora durante o sono.
- (D) é a saturação de O_2 menor que 90% ou pCO_2 (gasometria)/ $ETCO_2$ (capnografia) maior que 50% na vigília.
- (E) são sinais e sintomas de hipoventilação nos pacientes com CVF abaixo de 40% do previsto.

65. Bebê com 2 meses de idade foi diagnosticado com torcicolo muscular congênito (TMC). Foi encaminhado para avaliação fisioterapêutica, que revelou TMC à esquerda e indicação de início imediato da intervenção, a qual os pais devem seguir diariamente em casa. Nesses casos, o alongamento é fundamental, podendo ser realizado em decúbito dorsal ou lateral, o que for mais confortável para a criança.

No caso de TMC à esquerda, o alongamento do músculo esternocleidomastoideo deve ser realizado com inclinação

- (A) à esquerda e rotação à direita.
- (B) e rotação para à esquerda.
- (C) e rotação para à direita.
- (D) à esquerda e rotação até a linha média.
- (E) à direita e rotação à esquerda.

66. No bebê posicionado em decúbito dorsal, com o quadril a 90° (testar um de cada vez), realiza-se pressão sobre o eixo longitudinal do fêmur com a coxa aduzida, exercendo pressão do sentido medial para o lateral. O teste é positivo quando se percebe mudança de degrau com esse movimento.

Essa descrição refere-se

- (A) à manobra de Ortolani.
- (B) ao sinal de Galeazzi.
- (C) ao teste de telescopagem.
- (D) à manobra de Barlow.
- (E) ao teste de Thomas.

67. Joaquim, 6 anos, após 2 anos da realização de um transplante de medula óssea, estava andando de bicicleta na praça próxima de sua casa, juntamente com outras crianças, quando caiu sobre o ombro esquerdo. Levantou-se e movimentou o ombro com diminuição da amplitude e referiu muita dor. Uma das mães que estava na praça é fisioterapeuta especialista em musculoesquelética pediátrica e realizou uma avaliação do ombro dele. Um dos testes foi para avaliar a integridade do ligamento glenoumeral inferior, da cápsula anterior, dos tendões do manguito rotador e do lábio glenoide.

O teste realizado foi:

- (A) Yokum.
- (B) apreensão.
- (C) da lata vazia.
- (D) Finkelstein.
- (E) Phalen.

68. A avaliação fisioterapêutica em crianças e adolescentes baseia-se no conceito de que os padrões motores resultam da interação dinâmica entre vários fatores que facilitam ou dificultam os movimentos. Tais fatores podem ser internos, como a integridade dos sistemas nervosos central e periférico, a capacidade cognitiva, a habilidade de percepção, o peso corporal, força muscular e biomecânica, ou externos, como as condições sociais e ambientais. Esse conceito vai ao encontro do modelo utilizado para compreender as necessidades da criança e, conseqüentemente, traçar um plano de tratamento adequado e personalizado.

Esse é o modelo

- (A) de Newell.
- (B) biopsicossocial da classificação internacional de doença.
- (C) biopsicossocial da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.
- (D) *Gross Motor Function Classification System*.
- (E) da medida de independência funcional.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 69 e 70:

Lucas, 18 meses, com mielomeningocele, apresenta nível neurológico L3–L4 de acordo com Bartonek e Saraste. Realiza fisioterapia motora desde que recebeu alta hospitalar, que ocorreu aos 2 meses de vida. Ele está evoluindo bem, já consegue assumir a posição sentada de forma independente e começou a engatinhar há 1 mês.

69. De acordo com o nível neurológico apresentado, L3–L4, assinale a alternativa que apresenta o grau de força que ele possui.

- (A) Fraqueza da musculatura intrínseca do pé, flexão plantar (graus 4 a 5).
- (B) Flexão plantar diminuída (graus ≤ 3); flexão de joelho (grau ≥ 3); extensão de quadril e/ou abdução (grau ≤ 2 a 3).
- (C) Flexão de quadril e extensão de joelho (graus 4 a 5), flexão de joelho (grau ≤ 3); traço de extensão de quadril, abdução de quadril e abaixo dos músculos dos joelhos.
- (D) Extensão de joelho ausente; flexão de quadril (grau ≤ 2); presença de elevação pélvica.
- (E) Ausência de movimentos de membros inferiores, ausência de elevação pélvica.

70. Qual o prognóstico de marcha, de acordo com o nível neurológico apresentado?

- (A) Deambulação comunitária com necessidade de órteses e uso de cadeira de rodas para longas distâncias.
- (B) Deambulação comunitária, sem órteses (às vezes, palmilha).
- (C) Deambulação domiciliar com órteses e uso de cadeira de rodas em ambiente interno e externo.
- (D) Deambulação domiciliar com necessidade de órteses e uso de cadeira de rodas somente em ambientes externos e para longa distância.
- (E) Deambulação não funcional, limitada apenas à terapia, na escola e em casa, mobilidade realizada com uso de cadeira de rodas.

71. A pneumonia é a causa mais séria de infecção respiratória aguda na infância. É classificada como não grave ou grave.

Coluna I	Coluna II
1. Pneumonia não grave.	I – Não há associação de retração de caixa torácica.
2. Pneumonia grave.	II – Gemido expiratório.
	III – Dificuldade respiratória.
	IV – Retração de caixa torácica.
	V – Letargia.

Relacione as colunas I e II e assinale a alternativa que apresenta a relação entre a classificação da pneumonia e os sinais e sintomas.

- (A) 1 – I e II; 2 – III, IV e V.
- (B) 1 – I e III, 2 – II, IV e V.
- (C) 1 – IV e V; 2 – I, II e III.
- (D) 1 – II e IV; 2 – I, III e V.
- (E) 1 – III e IV; 2 – I, II e V.

72. A maior parte das bronquiolites virais aguda (BVA) é tratada ambulatoriamente, mais frequentemente com medidas sintomáticas. O tratamento ambulatorial da BVA inclui manter um estado de hidratação correta (orientando o fracionamento da alimentação) e assegurar a permeabilidade das vias aéreas superiores por meio da instilação de solução fisiológica nas narinas.

A oxigenoterapia está indicada, impondo a hospitalização do paciente, se a saturação de O_2 for menor que

- (A) 96%
- (B) 95%
- (C) 94%
- (D) 93%
- (E) 92%

73. A criança com asma, durante uma crise aguda grave, apresenta uma obstrução importante das vias aéreas, que afeta a mecânica pulmonar, resultando em um dramático aumento no trabalho da respiração. Nesses casos, as trocas gasosas têm alteração da $PaCO_2$.

Na fase inicial da asma aguda, há

- (A) um aumento na $PaCO_2 > 35$ mmHg associado a um período de hiperventilação.
- (B) uma redução na $PaCO_2 < 35$ mmHg associada a um período de hiperventilação.
- (C) uma redução na $PaCO_2 < 45$ mmHg associada a um período de hiperventilação.
- (D) um aumento na $PaCO_2 > 45$ mmHg associado a um período de hiperventilação.
- (E) uma redução na $PaCO_2 < 40$ mmHg associada a um período de hiperventilação.

74. Luiza, 65 anos, foi diagnosticada com osteoporose nos quadris e na coluna lombar, após realizar um *check up*. Foi orientada a realizar uma avaliação com o fisioterapeuta. Este, após a avaliação, propôs um plano de tratamento que envolveu exercícios resistidos e caminhada pelo menos três vezes por semana.

O objetivo dessa proposta terapêutica é:

- (A) aprimorar o equilíbrio, devido ao aumento do trofismo muscular.
- (B) ganhar amplitude de movimento, devido ao ganho de força muscular.
- (C) reduzir o risco de fratura, devido ao aumento da massa óssea.
- (D) melhorar a capacidade aeróbia, devido à carga.
- (E) aprimorar o controle motor, devido ao ganho de força.

75. Mulher, 68 anos, há 5 anos realizou reconstrução mamária após mastectomia total à esquerda. Há 3 semanas, fraturou o úmero direito. Devido ao tipo de fratura, o ortopedista optou por tratamento conservador. Após retirada da imobilização, foi iniciada a fisioterapia.

Para auxiliar na consolidação da fratura, o fisioterapeuta deve optar por quais recursos terapêuticos?

- (A) Laser de alta intensidade e ondas curtas.
- (B) Laser de alta intensidade e ultrassom.
- (C) Ondas curtas e ultrassom.
- (D) Laser de baixa intensidade e ultrassom.
- (E) Laser de baixa intensidade e ondas curtas.

76. Criança, 5 anos, com quadro de paralisia cerebral espástica quadriparética, classificada no nível III pelo *Gross Motor Function Classification System*, apresenta falha na estabilidade dinâmica da cintura escapular.

No caso dessa criança, há fixação das escápulas em

- (A) abdução e posição inclinada anteriormente.
- (B) adução e posição inclinada posteriormente.
- (C) rotação inferior ou medial e posição neutra.
- (D) rotação inferior ou medial e posição inclinada posteriormente.
- (E) rotação inferior ou medial e posição inclinada anteriormente.

77. Mulher, 58 anos, obesa, hipertensa e diabética, ao acordar na manhã de sábado apresentou fraqueza muscular e dificuldade de movimento no hemicorpo esquerdo. Seu marido levou-a rapidamente ao hospital, e foi diagnosticada com acidente vascular cerebral à esquerda. Após 15 dias de internação, recebeu alta e foi encaminhada para a fisioterapia e para a terapia ocupacional para dar continuidade ao processo de reabilitação.

A fisioterapeuta, pelo fato de a paciente ser diabética e hipertensa, incluiu, no programa de tratamento, exercícios

- (A) resistidos combinados com treino aeróbio.
- (B) resistidos combinados com treino de equilíbrio.
- (C) de alongamento combinados com treino aeróbio.
- (D) de alongamento combinados com exercícios resistidos.
- (E) de equilíbrio combinados com treino aeróbio.

78. A identificação da paralisia facial como de origem central ou periférica é fundamental para o diagnóstico etiológico e também no planejamento terapêutico.

A característica da paralisia facial central é

- (A) o vazamento de saliva pelo ângulo da boca do lado lesionado, que pode causar queilite angular.
- (B) a paralisia facial unilateral de todos os músculos da expressão facial.
- (C) a lesão do trato corticobulbar de um lado, com completa paralisia da musculatura da mímica da metade inferior da face do lado oposto, mas, na metade superior, os movimentos são mantidos pelas fibras homolaterais intactas.
- (D) que a testa fica desprovida de sulcos, e o fechamento ocular também é comprometido, lacrimejamento involuntário e contínuo pode ocorrer, o ângulo da boca apresenta queda, com desvio da comissura labial para o lado normal, e a rima nasolabial fica apagada.
- (E) que as fibras corticobulbares que vão para os núcleos motores do núcleo do facial que inervam os músculos da metade superior da face são homolaterais, ou seja, terminam no núcleo do seu próprio lado e no do lado oposto.

79. A técnica expiratória forçada, utilizada em crianças com doenças pulmonares, consiste em:

- (A) 1 *huff* (expiração forçada), de volume pulmonar médio a baixo, seguida de um período de respiração diafragmática controlada e relaxada.
- (B) 1 a 2 *huffs* (expirações forçadas), de volume pulmonar médio a baixo, seguidas de um período de respiração diafragmática controlada e relaxada.
- (C) 2 a 3 *huffs* (expirações forçadas), de volume pulmonar médio a baixo, seguidas de um período de respiração diafragmática controlada e relaxada.
- (D) 3 a 4 *huffs* (expirações forçadas), de volume pulmonar médio a baixo, seguidas de um período de respiração diafragmática controlada e relaxada.
- (E) 4 a 5 *huffs* (expirações forçadas), de volume pulmonar médio a baixo, seguidas de um período de respiração diafragmática controlada e relaxada.

80. A bronquiolite é a infecção respiratória mais frequente até os 2 anos de vida.

Nesses casos, ao auscultar crianças, os ruídos adventícios encontrados são:

- (A) sibilos intermitentes durante a fase de expiração e estertores crepitantes finos.
- (B) sibilos intermitentes durante a fase de inspiração e estertores crepitantes finos.
- (C) sibilos intermitentes durante a fase de inspiração e roncos difusos.
- (D) roncos difusos e estertores crepitantes.
- (E) sibilos intermitentes durante a fase de expiração e roncos difusos.

