PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARABIRA

NÍVEL SUPERIOR

Fisioterapeuta

EXAME GRAFOTÉCNICO:
(Transcreva a frase abaixo no local indicado na sua Folha de Respostas)

Teu povo é forte! Tua história foi escrita com bravura!

INSTRUÇÕES:

1. Verifique se este caderno de provas contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, sendo Língua Portuguesa de 01 a 15, Raciocínio Lógico de 16 a 25 e Conhecimentos Específicos de 26 a 40.

2. Observe se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Caso existam, comunique imediatamente ao Fiscal de Sala.

3. Confira seus dados na Folha de Respostas com os dados do Cartão de Inscrição.

4. Esta Prova tem duração de 4 (quatro) horas. Não é permitida a saída do candidato antes de transcorridas 2 (duas) horas completas, sob pena de eliminação.

5. É vedado, durante a prova, o intercâmbio ou empréstimo de material de qualquer natureza entre os candidatos, bem como o uso de celulares, calculadoras e/ou qualquer outro tipo de equipamento eletrônico. A fraude, ou tentativa, a indisciplina e o desrespeito às autoridades encarregadas dos trabalhos são faltas que eliminam o candidato.

6. Certifique-se de que assinou a lista de presença e que preencheu adequadamente todos os espaços da Folha de Respostas.

7. Ao finalizar a prova, entregue ao fiscal o Caderno de Prova e a Folha de Respostas, sob pena de eliminação.

PORTUGUÊS

Leia o Texto I para responder às questões de 01 a 06.

Texto I

Especialistas alertam sobre os impactos dos distúrbios do sono na saúde mental

O alerta é reforçado no Dia Mundial do Sono, celebrado nesta sexta-feira, 13 de março

Problemas relacionados ao sono podem ter impactos diretos na saúde mental. Por essa razão, ter uma boa noite de sono é fundamental para o equilíbrio emocional e para o funcionamento adequado do organismo. Dormir mal pode provocar dificuldades de memória, falta de concentração, irritabilidade, desânimo e até tristeza, além de aumentar o risco de ansiedade e depressão. É o que explica o neurologista do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), complexo hospitalar vinculado ao Governo do Estado e administrado pelas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), Renato Leal. O alerta é reforçado no Dia Mundial do Sono, celebrado em 13 de março, data que chama atenção para a importância de uma boa noite de descanso.

De acordo com o especialista, diversos distúrbios podem comprometer a qualidade do sono. Entre os principais estão a insônia, caracterizada pela dificuldade para iniciar ou manter o sono; a hipersonia, marcada pelo excesso de sono durante o dia; e as parassonias, que incluem comportamentos anormais durante o sono, como sonambulismo, pesadelos e terror noturno. Também fazem parte desse grupo os distúrbios do ritmo circadiano, quando o relógio biológico fica desregulado, a síndrome das pernas inquietas e os distúrbios respiratórios do sono, como a apneia. "Muitas pessoas acreditam que dormir mal é normal ou que basta dormir mais no fim de semana para compensar noites ruins. No entanto, distúrbios do sono são condições médicas que podem e devem ser tratados", explica o neurologista.

Segundo o psiquiatra do HRJ, Ricardo Nogueira, a saúde mental está diretamente ligada aos distúrbios do sono. O profissional esclarece que ter boas noites de sono, com tempo e qualidade preservados, é considerado um fator de neuroproteção para o cérebro, reduzindo a incidência de transtornos mentais e sintomas psíquicos de uma forma geral. "Os distúrbios do sono podem precipitar sintomas psiquiátricos e favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais, mas o inverso também é verdadeiro: os transtornos mentais frequentemente produzem alterações importantes no sono. Trata-se, portanto, de uma relação bidirecional, ou seja, é uma via de mão dupla," explica o especialista.

Ainda de acordo com o psiquiatra, diversos mecanismos ajudam a explicar como a má qualidade do sono prejudica a saúde mental. "A privação de sono pode causar desregulação emocional, alterações em neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina, e aumento do cortisol, intensificando a resposta ao estresse. Como consequência, há maior irritabilidade, ansiedade, prejuízos de memória e atenção, elevando a vulnerabilidade à depressão e outros transtornos mentais," conclui.

Os profissionais de saúde orientam que, em caso de problemas relacionados ao sono, é importante buscar ajuda médica e evitar automedicação.

Fonte: https://www.saude.ba.gov.br/2026/03/16/especialistas-alertam-sobre-os-impactos-dos-disturbios-do-sono-na-saude-mental/. Acesso em: 21 de abr. 2026.

1ª QUESTÃO

O Texto I estabelece uma relação entre distúrbios do sono e saúde mental. Assinale a alternativa que expressa CORRETAMENTE essa relação.

a) Os distúrbios do sono são consequência exclusiva de fatores ambientais.
b) Trata-se de uma relação unilateral, em que apenas o sono influencia a saúde mental.
c) É uma relação bidirecional, na qual sono e saúde mental se influenciam mutuamente.
d) A saúde mental interfere no sono apenas em casos extremos.
e) Não há relação comprovada entre sono e saúde mental, apenas estudos inconclusivos.

2ª QUESTÃO

Quanto ao gênero textual e à função sociocomunicativa, o Texto I pode ser classificado como texto:

a) de divulgação científica, com predominância dissertativa e base em fontes especializadas.
b) jornalístico de divulgação científica, com função informativa e linguagem acessível ao público geral.
c) jornalístico de caráter injuntivo, com inserção de elementos meramente opinativos de especialistas.
d) expositivo-injuntivo, com defesa explícita de um ponto de vista sobre saúde pública.
e) instrucional, com orientações indiretas para a melhoria da qualidade do sono.

3ª QUESTÃO

No trecho do Texto I "Os distúrbios do sono podem precipitar sintomas psiquiátricos [...] mas o inverso também é verdadeiro", o conectivo "mas" desempenha papel fundamental na organização argumentativa do enunciado.

Considerando seu valor semântico-discursivo no contexto, assinale a alternativa CORRETA.

a) Expressa uma relação conclusiva, sintetizando logicamente a informação apresentada no segmento anterior.
b) Estabelece uma relação explicativa, esclarecendo a causa dos sintomas psiquiátricos mencionados anteriormente.
c) Introduz uma relação de adição, ampliando a informação anterior com um dado complementar de mesma orientação argumentativa.
d) Indica uma relação condicional implícita, sugerindo que o segundo enunciado depende da veracidade do primeiro.
e) Marca uma relação de oposição/contraste, reorganizando a orientação argumentativa ao introduzir uma ideia que relativiza a anterior.

4ª QUESTÃO
Observe as assertivas a seguir construídas a partir do Texto I.

I- O termo "diversos", em "diversos distúrbios" (2º parágrafo), funciona como pronome indefinido.
II- O termo "que", em "que chama atenção" (1º parágrafo), atua como pronome relativo.
III- O termo "como", em "como sonambulismo" (2º parágrafo), exerce função de conjunção subordinativa.

É CORRETO o que se afirma em:

a) I e II, apenas.
b) III, apenas.
c) I, apenas.
d) II e III, apenas.
e) I, II e III.

5ª QUESTÃO
A partir das palavras retiradas do Texto I, analise as assertivas a seguir.

I- A palavra "neuroproteção" é formada por composição.
II- A palavra "irritabilidade" apresenta formação por derivação sufixal.
III- A palavra "desregulação" apresenta prefixação e sufixação.

É CORRETO o que se afirma em:

a) II e III, apenas.
b) I, II e III.
c) I e III, apenas.
d) I, apenas.
e) II, apenas.

6ª QUESTÃO
Sobre o Texto I, analise as assertivas a seguir.

I- Em "Dormir mal pode provocar dificuldades de memória", o sujeito é uma oração subordinada substantiva.
II- Em "os distúrbios do sono são condições médicas", há concordância nominal e verbal adequada.
III- O trecho em destaque em "Também fazem parte desse grupo os distúrbios do ritmo circadiano, quando o relógio biológico fica desregulado, a síndrome das pernas inquietas e os distúrbios respiratórios do sono, como a apneia." expressa uma oração subordinada adverbial temporal.

É CORRETO o que se afirma em:

a) II e III, apenas.
b) II, apenas.
c) I, apenas.
d) I e III, apenas.
e) I, II e III.

Leia o texto II para responder às questões de 07 a 11.

Texto II

Insônia
(Capital Inicial)

Meus olhos podem ver você, mas eles não enxergam
Perdido no relógio, um segundo que não quer passar
O travesseiro acorda e ri enquanto eu conto os dedos
E os cabelos que arranquei de tanto desejar
Dormir como uma pedra
Ter sonhos no chão
Eternamente ao som do mar azul e céu profundo
Morfeu deitou, adormeceu e esqueceu de mim
Metade do planeta no escuro abandona o dia
E eu aqui anoiteci querendo ser assim
Dormir como uma pedra
Ter sonhos no chão
No quarto as paredes em silêncio me observam
Jogado pelos cantos como os livros que eu já li
Será que eu devo levantar e dirigir sem rumo
Será que o sono chega se eu fingir que não estou aqui

Fonte: CAPITAL INICIAL. Insônia. Compositores: Arnaldo Jose Lima Santos, Fernando de Ouro Preto. [S. l.]: Abril Music; Warner, 2022. 1 gravação sonora. Disponível em: https://www.vagalume.com.br/capital-inicial/insonia.html. Acesso em: 20 abr. 2026.

7ª QUESTÃO
No verso "O travesseiro acorda e ri enquanto eu conto os dedos", observa-se o uso de um recurso expressivo que contribui para a construção do estado psicológico do eu lírico. Quanto ao uso de figuras de linguagem e a função da linguagem apresentada, há:

a) ironia e função fática, com manutenção do canal comunicativo.
b) metáfora e função referencial, pois há substituição objetiva de sentidos.
c) hipérbole e função conativa, com exagero voltado ao interlocutor.
d) personificação (prosopopeia) e função emotiva, evidenciando subjetividade.
e) eufemismo e função metalinguística, suavizando uma expressão técnica.

8ª QUESTÃO
No trecho "Metade do planeta no escuro abandona o dia / E eu aqui anoiteci querendo ser assim", o efeito de sentido é construído por meio de:

a) pleonasmo e eufemismo, reforçando e suavizando sentidos.
b) metonímia e ironia, indicando substituição e crítica social.
c) catacrese e hipérbato, reorganizando a ordem sintática.
d) antítese e comparação implícita, evidenciando contraste entre coletivo e individual.
e) paradoxo e gradação, intensificando progressivamente o conflito.

9ª QUESTÃO
No verso do Texto II "Meus olhos podem ver você, mas eles não enxergam", o efeito de sentido decorre de:

a) sinonímia perfeita entre "ver" e "enxergar", reforçando a ideia central.
b) antonomásia, ao substituir termos por equivalentes simbólicos.
c) polissemia e contraste semântico, diferenciando percepção física e compreensão.
d) paronímia, com aproximação sonora entre palavras distintas.
e) ambiguidade estrutural sem resolução contextual.

10ª QUESTÃO
A partir da leitura global do Texto II, é possível afirmar que o eu lírico:

a) descreve cientificamente os efeitos da privação de sono.
b) relata objetivamente hábitos cotidianos relacionados ao sono.
c) celebra o silêncio noturno como momento de tranquilidade plena.
d) defende a necessidade de disciplina para melhorar a qualidade do sono.
e) expressa angústia diante da insônia, utilizando imagens subjetivas e simbólicas.

11ª QUESTÃO
Considerando o Texto II, analise as assertivas a seguir quanto ao funcionamento das classes de palavras no texto.

I- No verso "Meus olhos podem ver você", o termo "meus" atua como pronome possessivo, estabelecendo relação de posse e contribuindo para a marca de subjetividade do eu lírico.
II- No trecho "E eu aqui anoiteci querendo ser assim", o termo "aqui" funciona como advérbio de lugar, reforçando a localização espacial e o isolamento do eu lírico.
III- No verso "O travesseiro acorda e ri", o termo "e" atua como conjunção coordenativa aditiva, conectando ações atribuídas ao mesmo sujeito.

É CORRETO o que se afirma em:

a) I e II, apenas.
b) II, apenas.
c) I, II e III.
d) III, apenas.
e) I, apenas.

Leia o Texto III para responder às questões de 12 a 15.

Texto III - Dona Anésia



Fonte: http://www.willtirando.com.br/anesia-324/ .Acesso em: 21 abr. 2026.

12ª QUESTÃO
A construção do humor na tirinha decorre principalmente de:

a) uma sequência narrativa estruturada com progressão temática previsível.
b) uma confluência comunicativa marcado por plena falha de compreensão entre interlocutores.
c) uma crítica implícita a comportamentos linguísticos no cotidiano.
d) um jogo entre correção gramatical e quebra de expectativa discursiva.
e) uma exposição didática de regras associadas ao uso da norma culta.

13ª QUESTÃO
Quanto ao gênero textual e à situação sociocomunicativa, a tirinha caracteriza-se como:

a) texto expositivo científico com base em regras gramaticais.
b) texto narrativo ficcional com foco em enredo contínuo.
c) texto instrucional com finalidade normativa explícita.
d) texto argumentativo formal voltado à defesa da norma culta.
e) texto multimodal humorístico, com crítica implícita.

14ª QUESTÃO
No trecho "acreditar em mim mesmo" / "acreditar em mim mesma", o efeito de sentido central decorre de:

a) ocorrência de polissemia no uso do verbo "acreditar" no contexto.
b) ambiguidade associada à correção gramatical quanto ao gênero do falante.
c) relação de sinonímia entre formas pronominais empregadas no enunciado.
d) emprego de antonomásia na construção identitária do sujeito enunciador.
e) aproximação paronímica entre as formas "mesmo" e "mesma".

15ª QUESTÃO
No trecho "Não acredito em você. Só em mim, mesmo.", a construção sintática evidencia:

a) coordenação assindética com elipse do verbo na segunda oração.
b) período composto por subordinação causal.
c) subordinação adjetiva explicativa.
d) coordenação sindética conclusiva.
e) período simples com predicado nominal.

RACIOCÍNIO LÓGICO

16ª QUESTÃO
Considere que cada proposição P, Q, R e S assume exatamente um valor lógico: verdadeiro (V) ou falso (F). Considere, ainda, os seguintes conectivos lógicos:

· ¬: negação;
· ∧: conjunção;
· ∨: disjunção;
· →: implicação.

Com base nessas informações, analise as afirmativas.

I- Se as proposições P e Q são verdadeiras, então a proposição ¬ ((¬P)∨(¬Q)) é falsa.
II- Se a proposição R é falsa e a proposição S é verdadeira, então a proposição R→¬S é verdadeira.
III- Se as proposições P e Q são verdadeiras e a proposição R é falsa, então a proposição (¬P∧Q)→(¬R) é verdadeira.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) II e III.
b) I.
c) II.
d) I e II.
e) III.

17ª QUESTÃO
João e Anna participaram de um concurso organizado pela CPCon. Ao término da prova, enquanto conversavam sobre a preparação para o certame, o seguinte diálogo aconteceu:

João: Eu estudei Raciocínio Lógico durante toda a semana ou você resolveu todas as provas anteriores da CPCon.

Anna respondeu imediatamente:
Anna: Isso não é verdade.

Sabendo que Anna falou a verdade, é CORRETO concluir que:

a) João estudou Raciocínio Lógico durante toda a semana e Anna não resolveu todas as provas anteriores da CPCon.
b) João estudou Raciocínio Lógico durante toda a semana e Anna resolveu todas as provas anteriores da CPCon.
c) João não estudou Raciocínio Lógico durante toda a semana e Anna não resolveu todas as provas anteriores da CPCon.
d) João não estudou Raciocínio Lógico durante toda a semana e Anna resolveu todas as provas anteriores da CPCon.
e) João estudou Raciocínio Lógico durante toda a semana ou Anna não resolveu todas as provas anteriores da CPCon.

18ª QUESTÃO
Considere as seguintes formas de inferência da lógica proposicional:

1. Modus Ponens.
2. Modus Tollens.
3. Silogismo Disjuntivo.
4. Princípio da Explosão.

Analise as situações apresentadas a seguir.

I- Ou Carlos estudou matemática ou estudou Raciocínio Lógico.
Carlos não estudou matemática.
Logo, Carlos estudou Raciocínio Lógico.
II- Se Anna compareceu à prova, então assinou a lista de presença.
Anna não assinou a lista de presença.
Logo, Anna não compareceu à prova.
III- Se João foi aprovado no concurso, então será convocado.
João foi aprovado.
Logo, João será convocado.
IV- Pedro compareceu à prova e Pedro não compareceu à prova.
Logo, qualquer proposição pode ser considerada verdadeira.

É CORRETO afirmar que a sequência é:

a) I- (2) – II- (4) – III- (1) – IV- (3).
b) I- (2) – II- (1) – III- (3) – IV- (4).
c) I- (3) – II- (1) – III- (4) – IV- (2).
d) I- (3) – II- (2) – III- (1) – IV- (4).
e) I- (1) – II- (2) – III- (3) – IV- (4).

19ª QUESTÃO

Negar uma proposição significa determinar exatamente as situações em que ela é falsa. A partir desse princípio, o matemático inglês Augustus De Morgan (1806–1871) estabeleceu importantes equivalências lógicas, conhecidas como Leis de De Morgan, que permitem negar proposições compostas de forma equivalente.

Durante uma aula de Raciocínio Lógico, quatro estudantes discutiam sobre a negação de proposições compostas.

João afirmou: a negação da proposição "P e Q" ocorre quando P é falsa, ou Q é falsa, ou ambas são falsas.
Anna disse: a negação da proposição "P ou Q" ocorre quando pelo menos uma das proposições é falsa.
Carlos comentou: a negação da proposição "Se P, então Q" ocorre quando P é verdadeira e Q é falsa.
Marina concluiu: a negação da proposição "P se e somente se Q" ocorre quando P e Q possuem o mesmo valor lógico.

Com base nas Leis de De Morgan e nas regras de negação das proposições compostas, é CORRETO afirmar que apenas:

a) João e Marina falaram a verdade.
b) João e Anna falaram a verdade.
c) Carlos e Marina falaram a verdade.
d) João, Carlos e Marina falaram a verdade.
e) João e Carlos falaram a verdade.

20ª QUESTÃO

O Paradoxo do Mentiroso é um dos paradoxos mais conhecidos da lógica e da filosofia. Ele surge quando uma proposição faz referência ao próprio valor de verdade, produzindo uma situação em que não é possível atribuir-lhe, de maneira consistente, apenas um dos valores lógicos "verdadeiro" ou "falso". Esse paradoxo motivou importantes estudos sobre lógica, linguagem e teoria da verdade (OLIVEIRA, 2022).

Fonte: OLIVEIRA, José Carlos de. O paradoxo do mentiroso: algumas reflexões sobre verdade e autorreferência. Cognitio-Estudos: Revista Eletrônica de Filosofia, São Paulo, v. 19, n. 2, 2022. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/cognitiofilosofia/article/view/61444/47002. Acesso em: 27 jun. 2026.

Durante uma aula de Raciocínio Lógico, o professor apresentou quatro diálogos independentes e solicitou aos alunos qual deles representa corretamente um exemplo do Paradoxo do Mentiroso.

DIÁLOGO I
João: Anna faltou à aula.
Anna: João está mentindo.

DIÁLOGO II
Carlos: Todas as afirmações que faço nesta conversa são verdadeiras.
Marina: Carlos está dizendo a verdade.

DIÁLOGO III
Pedro: Lucas foi aprovado.
Lucas: Pedro está dizendo a verdade.

DIÁLOGO IV
Pedro: Sofia, qual foi a frase que você escreveu?
Sofia: Escrevi apenas isto: esta frase é falsa.

Com base na lógica clássica, é CORRETO afirmar que o diálogo que representa o Paradoxo do Mentiroso é apenas:

a) o Diálogo I.
b) o Diálogo IV.
c) o Diálogo II.
d) o Diálogo III.
e) os Diálogos III e IV.

21ª QUESTÃO
O Maior São João do Mundo, realizado no Parque do Povo, em Campina Grande, reúne programação, espaços de festa e venda de ingressos para diferentes setores e experiências, como camarotes e eventos associados ao período junino.
Em uma excursão para uma das noites da festa, 120 amigos decidiram comprar pulseiras com benefícios opcionais. Cada pessoa poderia escolher uma ou mais das seguintes vantagens:

C: acesso ao camarote.
B: serviço de bebidas.
R: possibilidade de sair e retornar ao evento na mesma noite.

Após a compra, verificou-se que:

· 63 compraram acesso ao camarote.
· 50 compraram serviço de bebidas.
· 40 compraram direito de saída e retorno.
· 25 compraram camarote e bebidas.
· 20 compraram camarote e saída/retorno.
· 18 compraram bebidas e saída/retorno.
· 10 compraram os três benefícios.
· 20 não compraram nenhum dos três benefícios.

Com base nessas informações, é CORRETO afirmar que, a quantidade de amigos que compraram exatamente dois desses benefícios é:

a) 35
b) 33
c) 43
d) 53
e) 73

22ª QUESTÃO
Durante a Copa do Mundo, dois amigos decidiram fazer apostas simbólicas antes de algumas partidas.

· João adotou a seguinte estratégia: na primeira aposta, colocou R$ 25,00 e, em cada nova aposta, aumentou R$ 15,00 em relação ao valor anterior.
· Anna adotou outra estratégia: na primeira aposta, colocou R$ 10,00 e, em cada nova aposta, dobrou o valor em relação ao valor anterior.
· Carlos observou os valores apostados pelos dois amigos e decidiu registrar apenas os valores que apareceram em ambas as estratégias, ainda que em apostas de ordens diferentes.

Considerando as apostas feitas até que Anna alcançasse o valor de R$ 320,00, e que João realizasse exatamente 10 apostas, é CORRETO afirmar que a soma dos valores registrados por Carlos foi:

a) R$ 200,00.
b) R$ 120,00.
c) R$ 160,00.
d) R$ 280,00.
e) R$ 240,00.

23ª QUESTÃO
Durante uma atividade de orientação, um agente partiu do Marco Zero olhando inicialmente para o norte. Em seguida, executou exatamente os comandos abaixo:

· caminhou 20m em frente.
· girou 90° no sentido horário e caminhou 15m.
· girou 90° no sentido horário e caminhou 8m.
· girou 90° no sentido anti-horário e caminhou 6m.
· girou 180° e caminhou 12m.
· girou 90° no sentido horário e caminhou 5m.
· girou 180° e caminhou 5m.

Desprezando irregularidades do terreno, ou seja, terreno plano, é CORRETO afirmar que a distância em linha reta entre a posição final do agente e o Marco Zero é:

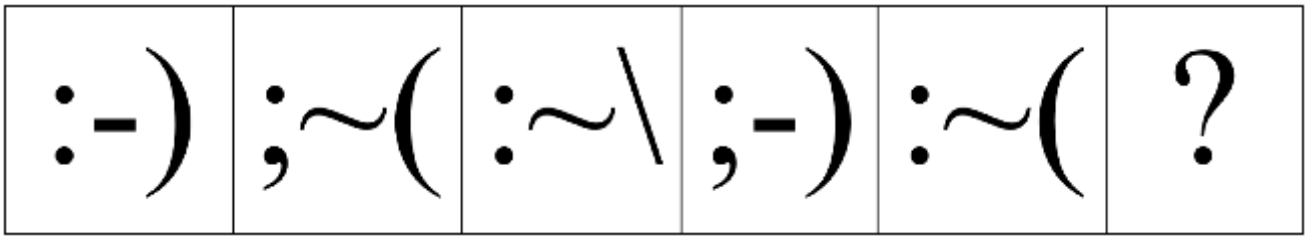
a) 19m.
b) 13m.
c) 16m.
d) 17m.
e) 15m.

24ª QUESTÃO

Em 19 de setembro de 1982, o cientista da computação Scott E. Fahlman, da Universidade Carnegie Mellon (EUA), propôs o uso das sequências :-) e :-(para indicar, respectivamente, mensagens em tom de brincadeira e mensagens sérias em fóruns eletrônicos. Observados de lado, esses caracteres representam expressões faciais simplificadas e ficaram conhecidos como emoticons, tornando-se um marco na comunicação digital e popularizando o uso de representações textuais de emoções em mensagens eletrônicas (Fahlman, 2021).

Fonte: FAHLMAN, Scott E. Smiley Lore :-). Pittsburgh: Carnegie Mellon University, 2021. Disponível em: https://www.cs.cmu.edu/~sef/Smiley2021.pdf. Acesso em: 29 jun. 2026.

Considere a sequência lógica de *emoticons* representada na figura a seguir.



Sabendo que a sequência segue um padrão lógico, é CORRETO afirmar que o símbolo que substitui corretamente a interrogação é:

a) ;~(
b) :-(
c) ;-)
d) ;~\
e) :~\

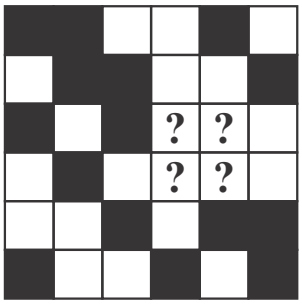
25ª QUESTÃO

O QR Code foi desenvolvido em 1994 pela empresa japonesa DENSO WAVE, inicialmente para tornar mais eficiente à identificação de informações em processos industriais. A sigla QR vem de Quick Response, isto é, "resposta rápida", em referência à leitura ágil do código. Embora um QR Code real utilize regras matemáticas mais complexas, considere, nesta questão, um código simplificado formado apenas por quadrados pretos e brancos.

Considere: ■ = quadrado preto; □ = quadrado branco

O código simplificado abaixo deve obedecer simultaneamente às seguintes regras:

I. Cada linha deve possuir exatamente 3 quadrados pretos.
II. Cada coluna deve possuir exatamente 3 quadrados pretos.



O bloco 2×2 que substitui CORRETAMENTE os quatro pontos de interrogação é:

a) 

b) 

c) 

d) 

e) 

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26ª QUESTÃO
A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88), em seu Art. 196, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estruturaram o Sistema Único de Saúde (SUS) sob a diretriz da seguridade social de caráter universal. Na prática e na literatura sanitária, o SUS é fundamentado por princípios como universalidade, igualdade/equidade e integralidade. Contudo, a efetivação concreta desse sistema enfrenta entraves econômicos, sociais e de gestão.

Considerando o arcabouço normativo do SUS e os gargalos estruturais de sua implementação, analise as assertivas a seguir:

I- A alocação de recursos financeiros para o SUS acompanha plenamente a expansão das demandas demográficas e epidemiológicas, garantindo investimentos suficientes para a modernização tecnológica e a fixação de profissionais em áreas de difícil acesso.
II- Há entraves significativos na transição entre a Atenção Básica (postos de saúde) e a Atenção Secundária/Terciária. A oferta insuficiente de consultas especializadas, exames de média e alta complexidade e cirurgias eletivas gera longas filas de espera, comprometendo o princípio da integralidade.
III- O SUS superou as dificuldades de provimento médico em áreas remotas, resultando na eliminação da disparidade regional e na desconcentração dos serviços de alta complexidade em relação aos grandes centros urbanos.
IV- Por ser um sistema descentralizado (compartilhado entre União, Estados e Municípios), o SUS frequentemente sofre com falhas de coordenação intergovernamental, sobreposição de funções, desperdício de insumos e vulnerabilidade à interferência político-partidária na gestão local de hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS).
V- Diante da impossibilidade de cobertura pública exclusiva em todas as regiões, o SUS utiliza a participação complementar da rede privada e filantrópica (conforme prevê o Art. 199 da CF/88), o que pode gerar desafios na regulação estatal, custos elevados de contratualização e assimetrias na distribuição regional de leitos.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) II, IV e V.
b) I e IV.
c) III e V.
d) I, II e V.
e) II, III e IV.

27ª QUESTÃO
Nos termos da Lei nº 8.080/1990, art. 19-Q e alterações posteriores, a incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), é de atribuição do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

Considerando as regras de composição, regimento e avaliação da Conitec, é CORRETO afirmar que:

a) os indicadores e parâmetros de custo-efetividade adotados nas avaliações econômicas da Conitec têm caráter confidencial, dispensando divulgação pública regulamentada.
b) a decisão final sobre a incorporação ou exclusão de novas tecnologias é de competência deliberativa da própria Conitec, sendo o Ministério da Saúde um órgão meramente homologatório.
c) a Conitec é composta exclusivamente por representantes indicados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo vedada a participação de organizações da sociedade civil nas votações.
d) o relatório da Conitec deve obrigatoriamente considerar as evidências científicas de eficácia, efetividade e segurança, além da avaliação econômica comparativa de custos e benefícios em relação às tecnologias já existentes.
e) o representante de organização da sociedade civil possui vaga fixa e permanente na Conitec, independentemente da especialidade ou condição de saúde em análise.

28ª QUESTÃO
Durante o governo Geisel, foi promulgada pelo Presidente da República e referendada pelo então Ministro do Trabalho, Arnaldo da Costa Prieto, a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A criação dos conselhos representou a consolidação da autonomia profissional e da regulação do exercício da fisioterapia e da terapia ocupacional no Brasil.

Com base nas disposições expressas da Lei nº 6.316/1975, é CORRETO afirmar que:

a) o pagamento da anuidade ao Conselho Regional deve ser efetuado obrigatoriamente até o dia 31 de abril de cada ano, sob pena de suspensão automática do registro profissional.
b) o Conselho Federal é composto por 9 membros efetivos e suplentes, eleitos por voto direto, pessoal e secreto de todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais do país.
c) a renda do Conselho Federal é constituída prioritariamente por 80% (oitenta por cento) do produto da arrecadação de anuidades, taxas e multas efetuada pelos Conselhos Regionais.
d) o exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional exige a apresentação de diploma de nível superior, sendo o registro no Conselho Regional de caráter meramente facultativo.
e) os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional constituem, em seu conjunto, uma autarquia federal, com autonomia administrativa e financeira, destinada a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das respectivas profissões, tendo o Conselho Federal sede no Distrito Federal e jurisdição em todo o território nacional.

29ª QUESTÃO

Dra. Fulana, fisioterapeuta atuante em uma clínica privada de reabilitação neuropediátrica, adotou uma série de condutas durante sua rotina de atendimento que passaram a ser objeto de apuração pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Dentre as condutas e práticas observadas no local, destacam-se o fato de delegar integralmente a aplicação de protocolos de cinesioterapia complexa e eletroterapia a um estudante de graduação do 3º período de Fisioterapia, sem qualquer supervisão direta no ambiente da clínica durante o atendimento dos pacientes. Também, negou expressamente ao responsável legal de uma criança assistida o acesso à cópia do prontuário fisioterapêutico, alegando se tratar de um documento de propriedade confidencial e exclusiva do estabelecimento. Ainda, durante a avaliação de um paciente adulto acometido por dor lombar crônica, determinou a interrupção imediata dos medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios prescritos pelo médico assistente, alegando que "a medicação química anula os efeitos do tratamento fisioterapêutico", e por último, assinou e carimbou fichas de avaliação e laudos de evolução fisioterapêutica relativos a pacientes assistidos por outros profissionais da clínica sem ter realizado a avaliação direta ou participado da assistência a esses indivíduos.

Com base nas disposições expressas do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013), analise as afirmativas a seguir e identifique quais condutas da profissional configuram infrações éticas.

I- Permitir que terceiros não habilitados (como acadêmicos sem a devida supervisão estágio-curricular) executem atividades privativas da profissão de fisioterapeuta.
II- Negar ao cliente/paciente, ou a seu responsável legal, o acesso ao prontuário ou deixar de fornecer cópia quando formalmente solicitada.
III- Intervir na conduta terapêutica do médico assistente ao prescrever a suspensão de fármacos de forma unilateral e desautorizar o tratamento nosológico do médico assistente.
IV- Apor assinatura e carimbo profissional em prontuários, laudos ou relatórios de atendimento prestado por outrem sem a devida participação no ato assistencial.
V- Prestar assistência fisioterapêutica com valor reduzido ou sem cobrança de honorários quando motivada por relevante valor social e comprovada hipossuficiência econômica do paciente.

É CORRETO o que se afirma em:

a) I, II, III e IV, apenas.
b) I, II e III, apenas.
c) I, III e V, apenas.
d) II, IV e V, apenas.
e) I, II, III, IV e V.

30ª QUESTÃO

O paciente Sicrano, 58 anos, com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico em território de artéria cerebral média esquerda ocorrido há 6 meses, busca atendimento fisioterapêutico neurofuncional com queixa principal de incapacidade para deambular de forma independente e dificuldade de uso do membro superior direito nas atividades do dia a dia. Na anamnese, o paciente relata episódios de quedas frequentes e dependência parcial para o vestuário e higiene pessoal. No exame físico-funcional, nota-se hipertonia espástica em padrão flexor no membro superior direito e extensor no membro inferior direito, hiperreflexia miotática ipsilaterais, ausência de seletividade de movimento distal na mão direita, déficit de controle postural em ortostatismo e marcha ceifante (ou hemiplégica) com assimetria de descarga de peso.

Com base na Resolução nº 610, de 26 de fevereiro de 2025, que dispõe sobre a Primeira Atualização da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF-1), é CORRETO afirmar que:

a) com base na CBDF-1, a identificação de Deficiência do Controle de Movimentos Voluntários, Espasticidade e Prejuízo da Deambulação e Marcha, constitui parte do diagnóstico fisioterapêutico funcional, devendo ser codificada conforme os domínios das funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento.
b) o diagnóstico fisioterapêutico deve focar exclusivamente na lesão encefálica de base (AVC), sendo desnecessária a codificação de deficiências funcionais do tônus e do controle motor se o diagnóstico médico nosológico já estiver estabelecido.
c) a CBDF-1 desobriga o fisioterapeuta de realizar a consulta e o diagnóstico funcional em pacientes sequelados crônicos, permitindo que o plano terapêutico seja baseado apenas na prescrição de outros profissionais da saúde.
d) os termos contidos na CBDF-1 são idênticos aos da CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), não havendo distinção entre o diagnóstico da doença cerebrovascular e o diagnóstico das alterações físico-funcionais.
e) a resolução determina que o diagnóstico fisioterapêutico tem caráter meramente consultivo e não precisa constar formalmente no prontuário do paciente para fins de fiscalização pelo CREFITO.

31ª QUESTÃO
O Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF) constitui o arcabouço normativo do COFFITO concebido para sistematizar a taxonomia dos atos fisioterapêuticos no Brasil e orientar a valoração justa da assistência. Para além de uma taxonomia técnica codificada, o RBPF atua como parâmetro ético-remuneratório de piso e instrumento estratégico de fundamentação em negociações assistenciais junto ao mercado suplementar de saúde.

Com base nas diretrizes organizacionais, codificações e critérios de enquadramento estabelecidos na Resolução COFFITO nº 618/2025 (Anexo RBPF), analise as afirmativas a seguir.

I- O RBPF destina-se a orientar a descrição e a codificação dos atos fisioterapêuticos no Sistema de Saúde Brasileiro, abrangendo desde a Consulta Fisioterapêutica (ambulatorial, hospitalar e domiciliar) até exames funcionais, intervenções, métodos, procedimentos e modalidades de Telessaúde.
II- O RBPF é um instrumento paramétrico para a caracterização dos atos fisioterapêuticos e para a valoração honorária mínima profissional, sendo a associação do procedimento ao Diagnóstico Fisioterapêutico (CBDF-1) obrigatória nos registros de prontuário do paciente.
III- Por ter sido homologado pelo Conselho Federal, o RBPF possui caráter estritamente coercitivo e fixador de preços, determinando que o descumprimento dos valores numéricos exatos de cobrança estabelecidos na tabela gera penalidade ética automática por concorrência desleal.
IV- A atualização promovida pela Resolução COFFITO nº 618/2025 estabeleceu que atendimentos na modalidade de Telessaúde (como Teleconsulta e Telemonitoramento) são isentos de codificação própria e devem obrigatoriamente utilizar os mesmos códigos numéricos dos procedimentos presenciais equivalentes.
V- A valoração do plantão do fisioterapeuta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por paciente a cada 12 horas engloba de forma cumulativa e automática a cobrança das consultas fisioterapêuticas, exames funcionais e condutas de eletrotermofototerapia realizadas no mesmo turno assistencial.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) II, IV e V.
b) I e III.
c) I e II.
d) III e V.
e) I, II e IV.

32ª QUESTÃO
Dra. Fulana é uma fisioterapeuta que atua no acompanhamento remoto de pacientes em reabilitação pós-cirúrgica ortopédica. Para estruturar sua prática, ela adota a seguinte rotina: realiza sessões individuais semanais por videoconferência em tempo real para avaliar a amplitude de movimento e orientar correções biomecânicas instantâneas. Também, orienta que, nos dias sem sessão ao vivo, os pacientes enviem relatórios semanais com dúvidas para que ela responda e ajuste o plano terapêutico em até 48 horas. Por último, utiliza uma plataforma com criptografia de ponta a ponta para o tráfego de dados e armazena os dados dos atendimentos em nuvem que atende aos padrões de segurança e privacidade vigentes.

Considerando os preceitos e diretrizes estabelecidos pela Resolução COFFITO nº 619, de 28 de maio de 2025 sobre a prestação de serviços não presenciais, assinale a alternativa CORRETA.

a) O envio de relatórios respondidos em até 48 horas caracteriza a modalidade síncrona de comunicação, pois refere-se a um mesmo ciclo terapêutico semanal, dispensando o uso de ferramentas de criptografia.
b) As sessões por videoconferência em tempo real correspondem à comunicação síncrona, enquanto a resposta aos relatórios semanais em até 48 horas configura comunicação assíncrona; além disso, o uso de recursos tecnológicos de segurança e o cumprimento das normas do COFFITO e da legislação de proteção de dados são obrigatórios para a manutenção do sigilo profissional.
c) A realização de atendimentos não presenciais desobriga a profissional de manter registro dos atendimentos em prontuário físico ou eletrônico, uma vez que o histórico do aplicativo de mensagens funciona como prontuário automático suficiente.
d) As sessões ao vivo em tempo real configuram comunicação assíncrona devido ao meio digital utilizado, ficando a garantia de sigilo e manuseio de dados sob responsabilidade exclusiva da empresa fornecedora da plataforma de videoconferência.
e) A prestação de serviços de fisioterapia na modalidade assíncrona é vedada pela Resolução COFFITO nº 619/2025, sendo permitida apenas a comunicação síncrona mediante autorização expressa do conselho regional.

33ª QUESTÃO
No contexto do processo de atendimento fisioterapêutico, a prática profissional envolve uma sequência sistemática de tomada de decisão clínica que integra avaliação, diagnóstico, prognóstico, intervenção, reavaliação e alta. Considerando os fundamentos teóricos e práticos do processo de atendimento em Fisioterapia, é CORRETO afirmar que:

a) o diagnóstico fisioterapêutico confunde-se estruturalmente com o diagnóstico nosológico, visto que ambos descrevem a mesma condição clínica para justificar o plano de tratamento.
b) o prognóstico fisioterapêutico restringe-se à estimativa do tempo total de reabilitação, sendo vedada a definição de objetivos terapêuticos antes da fase de reavaliação.
c) a reavaliação é um momento pontual que ocorre exclusivamente ao término do plano de tratamento para fundamentar a emissão do parecer de alta fisioterapêutica.
d) a determinação do diagnóstico e do prognóstico fisioterapêuticos fundamenta a elaboração do plano de intervenção, sendo o diagnóstico voltado à identificação e caracterização das alterações cinético-funcionais e de suas repercussões sobre a funcionalidade do indivíduo.
e) a alta fisioterapêutica somente pode ocorrer após o restabelecimento anatômico completo da estrutura lesada, sendo vedado o encaminhamento do paciente a outro profissional antes desse desfecho.

34ª QUESTÃO

Sicrano, 28 anos, atleta profissional de basquetebol, sofreu um trauma indireto em torção com hiperextensão do joelho esquerdo ao tentar aterrissar de um rebote ostensivo. O exame clínico e os exames de imagem confirmaram uma lesão complexa do canto póstero-lateral associada à ruptura do Ligamento Cruzado Anterior (LCA). Atualmente, na avaliação físico-funcional, a semiologia cinético-funcional revela: Dor grave e incapacitante no compartimento póstero-lateral do joelho ao tentar a descarga de peso e ao teste de estresse em varo (graduada como 3); Limitação grave da mobilidade articular com bloqueio terminal da extensão e flexão do joelho (graduada como 3); Redução moderada do desempenho e da força muscular do grupo extensor e estabilizadores dinâmicos rotacionais (graduada como 2). Diante da investigação semiológica, o fisioterapeuta assistente estruturou o Diagnóstico Fisioterapêutico segundo as normas e taxonomias da Primeira Atualização da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF-1 – Resolução COFFITO nº 610/2025), registrando o diagnóstico codificado: D03.01.3.3.2.3, associado aos termos funcionais M04.01.3.4.3.4 e P05.01.4.4.4.4.

Com base na estrutura de codificação, na lógica dos qualificadores e no sistema taxonômico da CBDF-1, é CORRETO afirmar que:

a) a codificação D03.01.3.3.2.3 indica que o acometimento cinético-funcional do atleta está restrito às funções neuromusculares do tronco superior e coluna cervical, dado que o último dígito (3) identifica obrigatoriamente a região axial-superior no Bloco C.
b) o qualificador M04.01.3.4.3.4 apresenta inconsistência formal no Sistema CBDF-1, pois a avaliação da mobilidade articular e da locomoção básica em ambiente plano é categorizada privativamente na dimensão do Bloco C (Topografia Específica), não devendo possuir prefixo alfabético de Mobilidade (M).
c) o numeral 4 posicionado ao final da codificação P05.01.4.4.4.4 traduz que o atleta atinge a máxima independência e performance esportiva sem restrições sociais ou funcionais, afastando a necessidade de reabilitação cinético-funcional.
d) de acordo com os qualificadores de extensão e severidade da CBDF-1, os numerais 3 e 2 presentes na cadeia do Bloco B codificam, respectivamente, um grau leve de dor (3), mobilidade articular preservada (3) e uma limitação funcional total/incurável (2).
e) o código diagnóstico principal D03.01.3.3.2.3 representa uma Deficiência Cinético-Funcional Musculoesquelética (D03), cujo status funcional inicial confirma a presença de alteração estrutural/funcional (01), seguido pelos qualificadores do Bloco B que indicam, respectivamente, dor grave (3), limitação grave de mobilidade articular (3), alteração moderada das funções musculares (2) e acometimento em segmento de um membro ou parte específica do corpo (3).

35ª QUESTÃO

Fulano, 25 anos, atleta de voleibol, deu entrada na clínica de Fisioterapia Traumatológica 4 semanas após sofrer trauma torcional complexo em varo, hiperextensão e rotação tibial externa durante aterrissagem de um salto. O exame de ressonância magnética (RM) confirmou ruptura completa do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) associada à lesão estrutural do Canto Póstero-Lateral (CPL) do joelho direito — envolvendo o ligamento colateral lateral (LCL), o tendão do músculo poplíteo e o ligamento poplíteofibular. Durante o exame físico-funcional e a avaliação semiológica cinético-funcional, o fisioterapeuta registrou as seguintes constatações: Ao realizar o *Dial Test* (teste da rotação externa da tíbia) a 30˚ de flexão do joelho, observou-se um aumento da rotação externa tibial superior a 10˚ em relação ao lado contralateral não acometido; ao repetir o teste a 90˚ de flexão do joelho, a assimetria na rotação externa tibial persistiu aumentada em relação ao lado sadio. Na avaliação da translação sagital e do estresse dinâmico, o teste de Lachman e o teste de *Pivot-Shift* revelaram instabilidade rotatória proeminente; contudo, durante a mobilização passiva terminal em extensão, a tíbia demonstrou tendência a subluxar posterolateralmente em relação ao côndilo femoral lateral.

Com base na anatomia, biomecânica, testes semiológicos e na conduta fisioterapêutica para a lesão combinada do LCA e do Canto Póstero-Lateral (CPL), analise as afirmativas a seguir.

I- O resultado do *Dial Test* positivo tanto a 30˚ quanto a 90˚ de flexão do joelho confirma o comprometimento isolado do Ligamento Colateral Lateral (LCL), uma vez que a rotação externa tibial a 90˚ de flexão é controlada exclusivamente pelas fibras primárias do LCA.
II- A presença concomitante da lesão do CPL e do LCA aumenta significativamente as forças de cisalhamento sobre o enxerto do LCA se a instabilidade póstero-lateral não for identificada e corrigida, elevando a taxa de falha primária da reconstrução ligamentar do cruzado anterior.
III- No exame semiológico cinético-funcional, a lesão combinada do CPL com o LCA acentua a instabilidade rotatória e a subluxação posterior do platô tibial lateral em relação ao côndilo femoral lateral, sendo o *Reverse Pivot-Shift Test* (que reproduz a redução da subluxação póstero-lateral ao estender o joelho a partir de uma posição fletida a 90°, com estresse em valgo e rotação externa).
IV- Na fase inicial da reabilitação conservadora ou pós-operatória de lesões do CPL, o fortalecimento em Cadeia Cinética Aberta (CCA) dos músculos isquiotibiais em ângulos de flexão superiores a 60˚ deve ser incentivado precocemente, pois o vetor de tração do músculo bíceps femoral atua reduzindo o estresse de translação póstero-lateral e estabilizando o platô tibial lateral.
V- O músculo poplíteo atua como um estabilizador dinâmico secundário do joelho, promovendo a rotação externa da tíbia sobre o fêmur durante o início da flexão a partir da extensão total, de modo que sua lesão aumenta o mecanismo de *screw-home* (bloqueio terminal) do joelho.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) III e IV.
b) I e II.
c) II e III.
d) I e V.
e) IV e V.

36ª QUESTÃO

Beltrana, 71 anos, hipertensa, encontra-se internada há 48 horas em enfermaria clínica com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), acometendo o lobo inferior do pulmão esquerdo, atualmente em fase de hepatização vermelha. À ausculta pulmonar, evidenciam-se estertores finos localizados e murmúrio vesicular reduzido na base esquerda, sem ruídos adventícios sugestivos de secreção mobilizável nas vias aéreas de maior calibre e sem relato de expectoração purulenta ou volumosa. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável, orientada, colaborativa, deambulando com auxílio até o banheiro, sem sinais de instabilidade respiratória em repouso (SpO_2 93% em ar ambiente). O fisioterapeuta responsável foi acionado para definir a conduta cinesioterapêutica respiratória mais adequada para as primeiras 24-48 horas de assistência, considerando os princípios do transporte mucociliar, as indicações formais das Técnicas de Higiene Brônquica (THB) e as evidências científicas sobre mobilização precoce em pacientes com pneumonia.

Com base nos fundamentos fisiológicos do transporte mucociliar, nos critérios de indicação da THB e nas evidências sobre a conduta fisioterapêutica em pneumonias, analise as afirmativas a seguir.

I- O transporte mucociliar ocorre por meio da interação entre a camada de muco e a camada periciliar que recobre o epitélio respiratório, permitindo que o batimento coordenado dos cílios impulsione o muco em direção à faringe. Em condições fisiológicas, a frequência de batimento ciliar das vias aéreas situa-se aproximadamente entre 10 e 20 Hz.

II- Diante do quadro descrito – pneumonia em fase de hepatização, ausculta sem evidência de secreção mobilizável em vias aéreas centrais e ausência de expectoração significativa – a aplicação rotineira e agressiva de percussão e vibração torácica manual, associada à drenagem postural, está indicada como conduta fisioterapêutica de primeira escolha, devendo ser priorizada em relação à mobilização precoce, uma vez que toda consolidação pulmonar pressupõe retenção secretora subjacente passível de remoção mecânica.

III- A ELTGOL (Expiração Lenta Total com a Glote aberta em infralateral) é uma técnica de higiene brônquica destinada à mobilização de secreções de vias aéreas periféricas e mediais, que utiliza expirações lentas e prolongadas, partindo da capacidade residual funcional em direção ao volume residual, com o paciente posicionado em decúbito lateral (pulmão a ser tratado voltado para baixo) e a glote mantida aberta, visando mobilizar secreções de vias aéreas mais distais/periféricas em direção às vias aéreas centrais, sem a necessidade de manobras de percussão manual associadas.

IV- O Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR) exige, por definição taxonômica, a utilização obrigatória de dispositivos mecânicos de percussão torácica externa (percussores pneumáticos) associados às fases de controle respiratório e de expansão torácica, não podendo ser executado de forma exclusivamente ativa e autônoma pelo paciente, sem uso de equipamentos.

V- A mobilização precoce constitui intervenção fisioterapêutica relevante no manejo da PAC em pacientes hemodinamicamente estáveis, associando-se à prevenção de complicações como atelectasias, descondicionamento muscular e perda funcional decorrente do repouso prolongado no leito, havendo, adicionalmente, evidências que não sustentam benefício consistente do uso rotineiro de fisioterapia respiratória convencional (percussão/vibração) em pacientes com pneumonia sem hipersecreção evidente, podendo tais manobras, inclusive, cursar com efeitos adversos como dessaturação transitória e desconforto torácico.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) I, II e V.
b) II e IV.
c) I, II e III.
d) III, IV e V.
e) I, III e V.

37ª QUESTÃO

Menor com 14 anos foi diagnosticada com Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA) de padrão torácico direito principal. À avaliação cinesiológica e morfológica, apresenta ângulo de *Cobb* de 32° (mensurado por radiografia em ortostatismo), rotação vertebral com gibosidade torácica à direita (12° no escoliômetro de *Bunnell*) e assimetria de triângulo do talhe. Segundo a CBDF-1 (Resolução COFFITO nº 610/2025), a alteração foi codificada na categoria D03 (Deficiência Cinético-Funcional Musculoesquelética) com a cadeia D03.02.0.3.2.1, assim descrita: D03.02 — Deficiência Cinético-funcional Musculoesquelética com lesão estrutural crônica (compatível com deformidade estrutural progressiva da coluna vertebral); Bloco B (Qualificadores Musculoesqueléticos): 3º subcódigo (Dor) = ausente (0); 4º subcódigo (Mobilidade articular) = alteração/limitação grave (3), compatível com a rigidez estrutural e a gibosidade observada; 5º subcódigo (Funções musculares) = redução moderada (2), compatível com a diminuição de força/resistência da musculatura do tronco; Bloco C (Segmento/Estrutura do corpo): 6º subcódigo = 1 (Afetando Coluna, subtópico Torácica).

Considerando a biomecânica da escoliose idiopática, os métodos de avaliação de imagem e cinesiológica, a codificação pela CBDF-1 (Resolução COFFITO nº 610/2025) e o tratamento fisioterapêutico baseado em Exercícios Terapêuticos Específicos para Escoliose (PSSE), é CORRETO afirmar que:

a) o ângulo de *Cobb* é mensurado em radiografias simples determinando-se a intersecção das linhas traçadas na margem superior da vértebra limite superior e na margem inferior da vértebra limite inferior da curva; valores entre 10° e 25° em pacientes com alta imaturidade óssea (*Risser* 0-2) possuem indicação absoluta de intervenção cirúrgica de fusão posterior.

b) nos Exercícios Terapêuticos Específicos para Escoliose (PSSE), a autocorreção tridimensional visa desrotacionar a coluna vertebral e expandir a concavidade torácica mediante a aplicação de um padrão ventilatório rotacional direcionado (respiração rotacional direcionada, com expansão seletiva das zonas colapsadas) associado à ativação muscular estabilizadora.

c) na escoliose idiopática torácica direita, a rotação do corpo vertebral ocorre para o lado da concavidade da curva, o que projeta os processos espinhosos e as costelas para a convexidade, originando a gibosidade posterior observada no teste de *Adams*.

d) o capítulo D03 da CBDF-1 (Deficiência Musculoesquelética) proíbe o uso do 6º subcódigo (Bloco C - Topográfico), visto que o alinhamento postural e as cadeias cinéticas musculares devem ser codificados exclusivamente como alterações sistêmicas e não segmentares.

e) a presença do sinal de *Risser* grau 5 na radiografia de bacia indica que a cartilagem de crescimento apofisária ilíaca está completamente aberta, representando o período de maior risco de progressão rápida da curva escoliótica e contraindicando o tratamento conservador fisioterapêutico.

38ª QUESTÃO

Sicrano, 24 anos, sofreu trauma cervical em acidente automobilístico e apresenta diagnóstico neurológico previamente estabelecido de lesão medular traumática completa (AIS A), em nível neurológico C6, encontrando-se 48 horas após o trauma. Encontra-se com tetraplegia flácida, arreflexia dos reflexos profundos abaixo do nível da lesão, ausência do reflexo bulbocavernoso e priapismo. Nível de consciência e funções cognitivas preservados. Após avaliação fisioterapêutica padronizada, foram registrados os seguintes qualificadores da CBDF-1: sem alteração das funções mentais (0), completa redução no controle do movimento (4), completa alteração na força (4) e acometimento de membros, subtópico "Todos" (3), resultando na codificação D02.01.0.4.4.3.

Considerando os achados clínicos descritos, os princípios neurofisiológicos do choque medular e os critérios de codificação expressamente informados da CBDF-1 (Resolução COFFITO nº 610/2025), analise as afirmativas:

I- O quadro descrito é compatível com choque medular, fenômeno fisiológico transitório pós-lesão medular aguda, caracterizado, na fase inicial, por redução ou ausência de reflexos, flacidez e hipotonia abaixo do nível da lesão, associado à perda abrupta da influência facilitatória descendente supraespinal e a alterações da excitabilidade dos circuitos neuronais medulares.

II- A lesão medular cervical em nível neurológico C6 compromete o trato corticoespinhal e as vias sensitivas ascendentes (coluna posterior e trato espinotalâmico) subjacentes à lesão, explicando a tetraplegia e os déficits sensitivos associados, enquanto as funções correspondentes aos segmentos metaméricos preservados (como C5 para flexão de cotovelo e C6 para extensão de punho) permanecem funcionais.

III- Considerando os qualificadores de avaliação fisioterapêutica expressamente fornecidos no enunciado, a codificação D02.01.0.4.4.3 está de acordo com a estrutura da CBDF-1 (Resolução COFFITO nº 610/2025): D02.01 corresponde à Deficiência Cinético-Funcional Neurocentral Hipotônica; os qualificadores 0, 4 e 4 correspondem, respectivamente, a sem alteração das funções mentais, completa redução no controle do movimento e completa alteração na força; e o qualificador 3 do Bloco C corresponde a "Afetando Membros", subtópico "Todos".

IV- As manifestações motoras e a perda do movimento voluntário na lesão medular cervical decorrem primariamente do comprometimento do trato rubroespinhal, considerado, no ser humano, a principal via descendente responsável pelo controle motor voluntário dos membros.

V- A presença de choque medular e arreflexia constitui contraindicação absoluta à intervenção fisioterapêutica, determinando que qualquer mobilização ou conduta no leito seja iniciada obrigatoriamente apenas após a resolução completa da fase de choque.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) II, IV e V.
b) I, III e IV.
c) I, II e III.
d) I, II e V.
e) III, IV e V.

39ª QUESTÃO

Paciente do sexo masculino, 48 anos, diagnosticado com Polineuropatia Periférica e em acompanhamento diário em um centro de reabilitação neurofuncional. Ao exame cinesiofuncional, apresenta paresia simétrica com predomínio distal em membros inferiores e superiores, hiporreflexia patelar e aquileu, além de déficits de propriocepção consciente e sensibilidade tátil em padrão de "luva e meia". O paciente relata extrema dificuldade na dorsiflexão e eversão dos pés durante a fase de balanço da marcha (marcha escarvante) e perda do controle motor fino para preensão manual, impactando diretamente suas atividades de vida diária (AVDs). Considerando o quadro clínico e a aplicação das técnicas de reabilitação neurofuncional (Conceito Bobath, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva - FNP, Terapia de Restrição e Indução do Movimento - TRIM/CIMT e Treinamento Orientado à Tarefa - TOT), analise as afirmativas a seguir:

I- A técnica de FNP com o padrão diagonal D1 de flexão de membro inferior (composta por flexão, adução e rotação externa de quadril, associada à dorsiflexão e inversão do tornozelo) e o uso do princípio de irradiação motor podem ser explorados para facilitar a ativação dos flexores e dorsiflexores no membro parético.

II- O Treinamento Orientado à Tarefa (TOT) deve ser estruturado com prática intensiva, variada e focada em metas funcionais reais (como treinar o alcance e a preensão manual com objetos de diferentes texturas e o treino de marcha com transposição de obstáculos), estimulando a neuroplasticidade e o aprendizado motor.

III- O Conceito Bobath orienta que o manuseio deve priorizar a inibição de padrões reflexos espásticos de origem central mediante o uso rigoroso de Pontos Chave de Controle, visto que a limitação motora na polineuropatia decorre primariamente da perda do controle inibitório corticospinal.

IV- A Terapia de Restrição e Indução do Movimento (TRIM/CIMT) é a abordagem eletiva priorizada para este paciente, devendo-se restringir o membro inferior não afetado durante 90% das horas acordadas para forçar o uso exclusivo do membro parético distal durante a marcha.

V- O princípio da somação temporal na FNP estabelece que o estiramento rápido aplicado isoladamente a uma única terminação proprioceptiva intramuscular produz um potencial de ação sustentado de longa duração, dispensando a aplicação repetida de estímulos em curto intervalo de tempo.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) II e IV.
b) I e II.
c) I e III.
d) III e V.
e) II, IV e V.

40ª QUESTÃO

Homem, 34 anos, é admitido, em estado grave, em leito de isolamento de enfermaria hospitalar com diagnóstico confirmado por PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) para Mpox (Monkeypox), apresentando lesões cutâneas vesicopustulosas disseminadas em face, tronco e membros, em diferentes estágios evolutivos, associadas à linfadenopatia cervical e febre baixa. Conforme registrado em prontuário pela equipe de Controle de Infecção Hospitalar (CIH), a transmissão do agente no caso em questão ocorre predominantemente por contato direto com lesões e fluidos corporais, e secundariamente por gotículas respiratórias em contato próximo e prolongado, mantendo-se a transmissibilidade enquanto houver lesões cutâneas ativas, até sua completa resolução (formação de crosta, queda da crosta e reepitelização subjacente). O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem indicação de procedimentos geradores de aerossóis, e foi encaminhado para avaliação fisioterapêutica motora devido à restrição ao leito e ao risco de descondicionamento.

Considerando os princípios de biossegurança e controle de infecção hospitalar aplicáveis ao atendimento fisioterapêutico deste paciente, analise as afirmativas a seguir:

I- Com base no mecanismo de transmissão (contato e gotículas) e no critério de resolução da fonte infectante informados, o atendimento fisioterapêutico a este paciente sob isolamento deve ser realizado sob precauções-padrão associadas às precauções de contato e de gotículas, exigindo o uso de avental, luvas, proteção respiratória apropriada/máscara, higienização rigorosa das mãos antes e após o contato e alocação em quarto privativo, mantidos enquanto persistir a condição de transmissibilidade ativa descrita.

II- Um dos modelos adotados em biossegurança hospitalar organiza as medidas de controle de risco biológico em ordem decrescente de efetividade: primeiro as medidas que eliminam ou substituem o risco na origem; em seguida, as medidas de engenharia (barreiras físicas, ventilação, estrutura do ambiente); depois, as medidas administrativas (fluxos, triagem, sinalização, capacitação); e, por último, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), por depender diretamente do comportamento humano na sua utilização correta. Com base nesse modelo, o EPI constitui a medida de controle mais efetiva neste atendimento, devendo ser priorizado em relação às medidas administrativas e de engenharia, uma vez que atua diretamente na barreira entre o profissional e o agente infeccioso.

III- A sequência correta de paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) neste atendimento prevê, na etapa de desparamentação, a retirada da máscara como o primeiro item a ser removido, antes mesmo das luvas e do avental, a fim de reduzir precocemente o risco de autocontaminação da via respiratória do profissional.

IV- O período de isolamento hospitalar do paciente com Mpox confirmada deve corresponder estritamente ao período máximo de incubação da doença (aproximadamente 21 dias), contado a partir da data de internação, independentemente do estágio evolutivo das lesões cutâneas, já que o período de incubação define objetivamente o tempo de transmissibilidade em casos confirmados.

V- Segundo um modelo de classificação amplamente adotado em controle de infecção hospitalar, os artigos e instrumentos utilizados na assistência à saúde são classificados conforme o risco de transmissão de infecção associado ao seu uso: artigos críticos (contato com tecidos estéreis ou sistema vascular, exigindo esterilização), artigos semicríticos (contato com mucosas ou pele não íntegra, exigindo desinfecção de alto nível) e artigos não críticos (contato exclusivo com pele íntegra, exigindo, no mínimo, limpeza seguida de desinfecção de baixo nível). Considerando essa classificação, por se tratar de um artigo não crítico (contato exclusivo com pele íntegra do paciente), o goniômetro utilizado na avaliação cinesiofuncional deste paciente pode ser processado apenas com limpeza mecânica (água e sabão), sendo dispensável qualquer etapa de desinfecção antes do uso em outro paciente.

É CORRETO o que se afirma apenas em:

a) III, IV e V.
b) I e IV.
c) II e IV.
d) I.
e) II, III e V.