INSTITUTO SANTOS DUMONT
ENSINO E PESQUISA

PROCESSO SELETIVO
Edital nº 001/2027

Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

Fisioterapia

Leia estas instruções:

1	Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado.
2	Este Caderno contém **50 questões** de múltipla escolha, dispostas da seguinte maneira: **01 a 30** ›Eixo Comum do Programa RESPCD; **31 a 50** ›Questões Específicas de Fisioterapia.
3	Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
4	Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
5	Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos Fiscais.
6	O candidato deverá utilizar, **exclusivamente**, **caneta** esferográfica de tinta **preta**, fabricada em material transparente, sendo passível de **eliminação** caso utilize qualquer outro tipo de instrumento de escrita.
7	Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
8	Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
9	Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões e preencher a Folha de Respostas.
10	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
11	Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas**.
12	O candidato só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

Eixo Comum do Programa RESPCD — 01 a 30

01. Uma equipe de Saúde da Família está realizando o planejamento territorial e a busca ativa de pessoas com deficiência em sua Unidade Básica de Saúde. Para alinhar o cadastramento local aos critérios do Censo Demográfico 2022 do IBGE e às diretrizes internacionais do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, os profissionais revisam os parâmetros conceituais utilizados no levantamento censitário nacional. Analisando a metodologia aplicada à população de 2 anos ou mais de idade no Censo 2022, a equipe constatou que é classificada como pessoa com deficiência a que declara

A) alguma dificuldade permanente registrada, simultaneamente, em dois ou mais dos cinco domínios funcionais investigados.

B) muita dificuldade ou incapacidade total de realizar atividade em, pelo menos, um dos cinco domínios funcionais pesquisados.

C) qualquer nível de limitação em, ao menos, um domínio funcional, sem o uso de aparelhos de auxílio ou próteses físicas.

D) qualquer diagnóstico médico prévio e formalizado de impedimento irreversível em, pelo menos, um dos domínios pesquisados.

02. Durante uma reunião de planejamento da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), profissionais de fisioterapia, de terapia ocupacional e de fonoaudiologia discutem a alocação de recursos e equipamentos de tecnologia assistiva. Para embasar a priorização das ações com base em dados epidemiológicos populacionais do Censo Demográfico 2022 do IBGE, a equipe analisa o contingente de pessoas com limitações nos diferentes domínios funcionais, no Brasil. Com base nos resultados preliminares da amostra do Censo 2022 para a população de 2 anos ou mais de idade, o domínio funcional que registrou o maior volume absoluto de pessoas com deficiência no país é a dificuldade permanente para

A) enxergar, mesmo utilizando óculos ou lentes de contato.

B) andar ou subir degraus, mesmo usando aparelhos de auxílio.

C) ouvir, mesmo fazendo o uso contínuo de aparelhos auditivos.

D) manusear pequenos objetos, mesmo com uso de órtese de mão.

03. Em um hospital geral, uma equipe multiprofissional de saúde atende um paciente de 74 anos, consciente, orientado e no pleno domínio de suas faculdades mentais, com uma condição clínica grave para a qual a equipe recomenda um procedimento cirúrgico como opção terapêutica mais favorável. O paciente, entretanto, recusa a cirurgia e opta por um tratamento conservador, mesmo após ser informado sobre as possíveis consequências clínicas de sua decisão. A família do paciente, contudo, exige que o procedimento seja realizado. De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, quanto à tomada de decisão sobre o tratamento de saúde, a conduta correta da equipe de saúde deve ser

A) realizar o procedimento cirúrgico indicado, prevalecendo a conduta médica soberana sobre a vontade do paciente em situações de maior gravidade.

B) acatar a exigência dos familiares responsáveis, considerando que a gravidade da condição clínica justifica a transferência da decisão terapêutica à família.

C) submeter o caso à apreciação sumária do curador judicial da instituição, suspendendo qualquer intervenção até a emissão de parecer legal e formal.

D) respeitar a opção do paciente pelo tratamento conservador, visto ser assegurado o seu direito de escolha quando em domínio de suas faculdades mentais.

04. Em um serviço de pronto atendimento da rede pública de saúde, quatro pessoas idosas, após passarem pelo acolhimento e pela classificação de risco, encontram-se na área de observação, aguardando a continuidade do atendimento e a realização de exames diagnósticos. Todas apresentam condições clínicas que não caracterizam situação de emergência. Entre os usuários cadastrados no acolhimento, encontra-se uma senhora de 80 anos acompanhada de sua filha, que solicita prioridade no atendimento e a permanência contínua de acompanhante na unidade, justificando que é a mais idosa dentre as demais. Tendo em vista as normas do Estatuto da Pessoa Idosa relativas ao direito à saúde e à organização dos serviços, a equipe de atendimento deve reconhecer a

A) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço.

B) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições da unidade.

C) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço e as condições da unidade.

D) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições estabelecidas para a pessoa idosa em observação.

05. Uma mulher de 24 anos procura a emergência de um hospital público de referência 12 horas após ter sido vítima de violência sexual. Ao ser acolhida pela equipe multiprofissional da unidade, a usuária relata que não registrou Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia por medo e vergonha, solicitando, expressamente, que nenhum órgão de segurança pública seja acionado no momento. Com base na Norma Técnica do Ministério da Saúde para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual, a conduta imediata e adequada da equipe de saúde consiste em

A) iniciar o atendimento de saúde e orientar sobre o registro policial, deixando a coleta de vestígios para momento posterior, após a usuária manifestar sua intenção de registrar o BO.

B) prestar atendimento profilático e integral de saúde, respeitando a decisão da usuária, sem prejuízo das notificações compulsórias previstas em lei.

C) prestar o atendimento clínico e realizar os procedimentos profiláticos indicados, encaminhando a usuária à autoridade policial para formalização do registro da ocorrência.

D) realizar o acolhimento e os cuidados de saúde, encaminhando a usuária ao serviço médico-legal para avaliação pericial antes da coleta de vestígios na unidade.

06. Durante o atendimento a uma pessoa em situação de violência sexual, em um hospital habilitado do SUS, o médico realiza a coleta de amostras de secreção vaginal utilizando *swabs* esterilizados para pesquisa de espermatozoides e futura análise de perfil genético (DNA), após a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Concluída a coleta no consultório, a equipe organiza o manuseio, a secagem e a embalagem dos vestígios para preservação e, em seguida, envia para a cadeia de custódia. De acordo com os procedimentos técnicos de acondicionamento e conservação de amostras descritos na Norma Técnica "Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios" do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015, a conduta correta para o manuseio inicial desses *swabs* é

A) secá-los à temperatura ambiente e acondicioná-los em envelopes de papel ou recipientes secos e identificados.

B) colocá-los, ainda úmidos, diretamente em sacos plásticos lacrados hermeticamente para evitar o ressecamento do DNA.

C) congelá-los, ainda úmidos, sem etapa prévia de secagem, para conter a proliferação de bactérias na amostra.

D) submetê-los ao calor de estufa cirúrgica para acelerar a evaporação da umidade antes de realizar o envio pericial.

07. Durante uma reunião de matriciamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Centro Especializado em Reabilitação (CER), discute-se a linha de cuidado e o fluxo de concessão, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) para pacientes acompanhados no território. A equipe necessita compreender a estrutura formal e a articulação institucional do serviço responsável pela oferta dessa tecnologia assistiva no SUS. Ao consultar a Cartilha Orientativa do Novo Viver sem Limite, a equipe constatou que, conforme explicitado nesse documento, a Oficina Ortopédica configura-se como um serviço que deve estar formalmente vinculado e articulado a

A) um hospital geral público habilitado para atendimentos de alta complexidade ortopédica.

B) uma unidade básica de saúde de referência territorial ou a um centro comunitário do SUS.

C) um estabelecimento de reabilitação física ou a um Centro Especializado em Reabilitação.

D) uma unidade pública de acolhimento institucional de longa permanência.

08. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (eMulti) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) realiza o planejamento de cuidados para adultos com deficiência em situação de dependência funcional cujos vínculos familiares se encontram rompidos. A equipe precisa diferenciar as modalidades de acolhimento institucional para efetuar o encaminhamento adequado. Analisando a caracterização dos serviços socioassistenciais apresentada no plano Novo Viver sem Limite, a equipe constata que a unidade de acolhimento adaptada, que funciona como moradia protegida para jovens e adultos com deficiência nessa condição, é

A) o Abrigo Institucional Provisório, mantendo caráter temporário para internação continuada.

B) o Centro-Dia de Referência, ofertando atendimento público especializado apenas no turno diurno.

C) a Residência Inclusiva, constituindo unidade de moradia protegida inserida na comunidade.

D) a Casa-Lar Comunitária, fornecendo abrigo temporário sob a tutela de casal educador residente.

09. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional de saúde está estruturando a linha de cuidado para a atenção à pessoa com deficiência na sua região de saúde. Para organizar a rede assistencial no SUS, segundo as diretrizes da Portaria MS nº 793/2012, os profissionais mapeiam os componentes fundamentais que constituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com a referida portaria, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência organiza-se, estruturalmente, nos componentes da

A) Reabilitação Comunitária, da Atenção Socioassistencial Integrada e do Pronto Atendimento de Emergências.

B) Atenção Primária à Saúde, da Atenção Ambulatorial Especializada e da Atenção Terciária de Média Complexidade.

C) Vigilância em Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial Territorial e dos Serviços de Assistência Especializada.

D) Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

10. Em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), uma equipe multiprofissional de reabilitação acolhe uma usuária de 35 anos com sequelas motoras e sensoriais decorrentes de um acidente vascular cerebral. Para planejar o cuidado continuado e promover a autonomia e a independência da paciente na comunidade, a equipe organiza a elaboração do instrumento central de planejamento assistencial previsto na Portaria MS nº 793/2012. De acordo com as diretrizes da referida portaria para o componente de Atenção Especializada em Reabilitação, esse planejamento deve estruturar-se por meio do

A) Prontuário Médico Unificado, preenchido pela equipe multiprofissional do hospital de referência após a consulta primária.

B) Projeto Terapêutico Singular, elaborado em conjunto com a usuária e os familiares bem como baseado em avaliações multidisciplinares.

C) Plano Diretor de Regionalização, pactuado na comissão intergestores para organizar a regulação na média complexidade.

D) Protocolo Clínico de Acolhimento, definido pela Secretaria de Saúde para a triagem padronizada na atenção primária.

11. Uma equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde realiza a acolhida de uma pessoa de 30 anos com limitação motora, decorrente de sequela neurológica, visando avaliar suas necessidades funcionais, de reabilitação e de inserção social na comunidade. Essa avaliação deve considerar o que determina a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Segundo a lei, a avaliação da deficiência, quando necessária, deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerar

A) as alterações corporais, os fatores socioeconômicos, a capacidade para atividades profissionais e o grau de dependência funcional.

B) as alterações nas funções e estruturas do corpo, a condição clínica, a capacidade laboral e o grau de comprometimento funcional identificado.

C) os impedimentos nas funções e estruturas do corpo, os fatores socioambientais, a limitação de atividades e a restrição de participação.

D) os impedimentos corporais, as condições clínicas associadas, as limitações para o trabalho e as necessidades de apoio identificadas no contexto familiar.

12. Em uma unidade hospitalar, um profissional de saúde presta atendimento a uma pessoa adulta com deficiência intelectual em situação de curatela. O paciente necessita realizar um procedimento terapêutico eletivo de saúde e, após comunicação acessível, realizada pela equipe multiprofissional, o paciente demonstra compreender a natureza, os benefícios, os riscos e as alternativas do procedimento bem como consegue expressar sua decisão. De acordo com as disposições da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) relativas ao direito à saúde e à capacidade legal, a conduta adequada do profissional, nesse caso, é

A) obter o consentimento do próprio paciente, assegurando sua participação no processo decisório, visto que a curatela não afeta o direito à saúde.

B) considerar a manifestação do paciente durante o processo de consentimento, solicitando também a participação do curador na formalização do procedimento terapêutico.

C) considerar a manifestação do paciente e encaminhar o caso ao responsável legal para definição quanto ao consentimento necessário ao procedimento terapêutico.

D) realizar o procedimento mediante consentimento do curador, considerando a situação de curatela e a participação do paciente nas orientações sobre o tratamento.

13. Durante o atendimento prestado a um jovem com deficiência física, em um serviço de urgência, um profissional de saúde identifica lesões corporais e relatos sugestivos de sofrimento físico e negligência decorrentes de violência praticada no ambiente doméstico. Nos termos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), diante da suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa com deficiência nos serviços de saúde, a medida obrigatória a ser adotada pelo profissional de saúde é a

A) comunicação obrigatória do caso à direção do serviço de saúde e aos responsáveis pela assistência ao usuário.

B) notificação compulsória à autoridade policial, ao Ministério Público e aos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

C) orientação formal à pessoa atendida quanto aos mecanismos disponíveis para denúncia da situação de violência.

D) realização, no prontuário, de registro detalhado sobre as circunstâncias relacionadas à situação de violência identificada.

14. A história da dança inclusiva no Rio Grande do Norte apresenta experiências que contribuíram para ampliar a presença de pessoas com deficiência no cenário artístico brasileiro. Entre essas iniciativas, destaca-se a Roda Viva Cia. de Dança, criada em 1995, no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, reconhecida por seu pioneirismo na aproximação entre dança e pessoas com deficiência física. Considerando o significado dessa experiência para a representatividade da pessoa com deficiência na sociedade, o que representa a dimensão da transformação das representações sociais sobre a deficiência é a

A) valorização de grupos de dança inclusiva como espaços de convivência e formação artística, focados na aproximação com os padrões de desempenho dos bailarinos sem deficiência.

B) utilização da dança como recurso terapêutico para pessoas com deficiência, pois considera os ganhos funcionais e a expressão artística como um resultado secundário da intervenção.

C) participação de pessoas com deficiência em apresentações artísticas, com foco na reprodução de coreografias convencionais como referência para sua integração ao cenário da dança.

D) presença de pessoas com deficiência, como artistas, pois contribui para ampliar seu protagonismo cultural e questionar concepções que restringem sua participação social a espaços de reabilitação.

15. O Programa VENCER pelo Esporte, instituído pela Portaria MESP nº 15/2026, foi desenvolvido em articulação entre os Ministérios do Esporte, da Saúde e da Educação. O programa prevê a aproximação do paradesporto com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) do SUS. Considerando essa proposta e o Acordo de Cooperação Técnica firmado entre os Ministérios do Esporte e da Saúde, trata-se de uma diretriz dessa iniciativa:

A) a integração do paradesporto ao processo de reabilitação, articulando sua utilização ao Projeto Terapêutico Singular e às ações desenvolvidas no cuidado às pessoas com deficiência.

B) o repasse da responsabilidade pela identificação, seleção e treinamento de atletas, destinados às competições oficiais do paradesporto brasileiro, para os CER.

C) a incorporação das atividades paradesportivas ao Projeto Terapêutico Singular como estratégia prioritária de reabilitação, substituindo intervenções terapêuticas convencionais por práticas esportivas.

D) o direcionamento das práticas paradesportivas nos CER aos usuários que apresentem interesse e potencial para participação em competições esportivas de âmbito regional ou nacional.

16. Um homem de 32 anos sofreu lesão medular traumática há oito meses, resultando em paraplegia. Apresenta dificuldades nas transferências e no autocuidado, utiliza cadeira de rodas e deseja retornar ao trabalho bem como participar de atividades esportivas. Reside em uma casa com acesso por escadas, enfrenta dificuldades no transporte público e relata que a família realiza algumas atividades por ele. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) também identifica barreiras de acessibilidade no ambiente de trabalho. Considerando o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua aplicação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a equipe deve

A) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar após a recuperação funcional bem como estabelecer metas com a família, priorizando as atividades consideradas mais seguras.

B) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando a recuperação das funções corporais.

C) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando sua participação social.

D) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar quando interferirem nas técnicas terapêuticas bem como estabelecer metas pela equipe, priorizando as limitações identificadas na avaliação clínica.

17. Uma criança de 10 anos, com baixa visão bilateral, apresenta dificuldades para acessar materiais, acompanhar atividades e se deslocar com autonomia na escola. A família relata redução da participação escolar. A professora solicita apoio ao Centro Especializado em Reabilitação (CER), mas a escola e a família apresentam diferentes percepções sobre as necessidades da criança. Considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a intersetorialidade, a melhor conduta seria articular

A) saúde, educação e assistência social a partir das necessidades identificadas pela equipe, priorizando recursos especializados e adaptações individuais. A família participa das orientações, enquanto a escola organiza sua implementação e comunica os resultados ao serviço de reabilitação.

B) saúde e educação para definir estratégias terapêuticas e recursos de acessibilidade, mantendo cada setor responsável por suas intervenções. A família deve ser consultada durante o planejamento, enquanto a equipe do CER monitora, posteriormente, a adaptação escolar.

C) saúde, educação e assistência social para ampliar os recursos disponíveis, mantendo o CER como responsável pela definição das estratégias. A escola executa as adaptações pactuadas, enquanto a família e os demais setores informam dificuldades observadas durante o acompanhamento conjunto.

D) saúde e educação para identificar barreiras à participação, pactuar estratégias de acessibilidade no cotidiano escolar e definir responsabilidades compartilhadas. A família deve participar do planejamento, enquanto os setores acompanham, conjuntamente, os efeitos das ações sobre a participação escolar.

Para responder às questões 18 e 19, analise o caso clínico abaixo.

Lucas, 16 anos, apresenta epilepsia farmacorresistente e deficiência intelectual. Frequenta uma escola regular, porém, nas atividades escolares, sua participação é limitada. Apresenta episódios de crise que interferem em sua rotina e fazem com que a família restrinja algumas atividades por receio de novas ocorrências. Na escola, os profissionais relatam dificuldade para identificar estratégias que favoreçam sua participação e autonomia. A mãe refere que as decisões relacionadas ao adolescente costumam ser tomadas pelos adultos, pois considera que Lucas tem dificuldade para expressar suas preferências. Apesar disso, ele demonstra interesse em participar de atividades esportivas e em realizar algumas tarefas de forma independente. A família também relata dificuldades para organizar uma rotina que contemple escola, cuidados, lazer e convivência social. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) inicia a construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação do adolescente, da família, da escola e dos profissionais envolvidos.

18. Considerando o caso apresentado e os princípios do PTS, a conduta que representa, adequadamente, o primeiro momento de construção do PTS é realizar diagnóstico

A) situacional, identificando necessidades, potencialidades, barreiras e facilitadores nos diferentes contextos de vida. A equipe deve considerar a perspectiva de Lucas e da família para compreender demandas relacionadas à funcionalidade e participação.

B) clínico ampliado, priorizando controle das crises e limitações decorrentes da deficiência intelectual. A equipe deve considerar as demandas escolares e sociais, após estabelecer as principais necessidades terapêuticas relacionadas à condição de saúde.

C) funcional, concentrando-se nas limitações apresentadas por Lucas durante atividades terapêuticas. A equipe deve considerar as informações familiares e escolares para complementar a avaliação bem como definir as intervenções consideradas necessárias pela equipe.

D) multiprofissional, reunindo avaliações individuais dos diferentes profissionais responsáveis pelo acompanhamento. A equipe deve considerar a integração dessas informações para estabelecer prioridades terapêuticas, considerando as demandas familiares e escolares identificadas durante o atendimento.

19. A partir da avaliação inicial, Lucas, sua família e os profissionais identificam, como prioridades, ampliar sua participação na escola e em atividades de lazer, além de favorecer maior autonomia nas tarefas da rotina. Considerando a continuidade do PTS, a estratégia mais adequada será estabelecer metas

A) familiares relacionadas à organização da rotina e à adesão aos cuidados, definindo orientações para escola e serviços envolvidos. A equipe deverá acompanhar, posteriormente, a participação de Lucas, priorizando, inicialmente, os resultados clínicos alcançados durante o tratamento.

B) relacionadas à redução das limitações funcionais, definidas principalmente pela equipe, distribuindo intervenções entre os profissionais responsáveis. A participação escolar e social deverá ser acompanhada posteriormente, conforme evolução clínica apresentada durante o acompanhamento.

C) terapêuticas específicas para cada profissional, considerando suas respectivas áreas de atuação. A equipe deverá integrar os resultados periodicamente e realizar ajustes nas intervenções, conforme mudanças observadas no desempenho funcional de Lucas.

D) centradas na participação, pactuadas com Lucas e sua família, definindo responsabilidades compartilhadas entre os envolvidos. A equipe deverá utilizar indicadores objetivos para acompanhar os resultados e realizar ajustes durante a reavaliação.

20. Um serviço especializado do SUS, vinculado a uma instituição de ensino, pesquisa e inovação, acompanha crianças com deficiência e suas famílias. A equipe identifica três problemas recorrentes: dificuldades de articulação com a Atenção Primária, baixa participação das famílias na construção do cuidado e barreiras de acessibilidade nos processos de comunicação. Para enfrentar a situação, propõe um plano que articule residentes, profissionais da Atenção Primária à Saúde, equipe especializada, famílias e representantes de outros setores, utilizando casos reais do território para reorganizar fluxos, qualificar o cuidado e revisar os processos formativos. Considerando conjuntamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), a estratégia apresentada é caracterizada como

A) fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência mediante transferência progressiva das responsabilidades.

B) processo integrado de transformação das práticas de maneira intersetorial e atenta à acessibilidade.

C) estratégia de educação em saúde na qual os profissionais constroem ações interdependentes.

D) modelo de descentralização do cuidado, pautado na participação comunitária como validação das decisões.

21. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte identifica aumento da demanda de crianças com deficiência para serviços especializados. O gestor municipal propõe concentrar o atendimento no Centro Especializado em Reabilitação, considerando que esse serviço dispõe de equipe multiprofissional especializada e recursos tecnológicos específicos. Entretanto, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) argumenta que parte das necessidades poderia ser acompanhada no território, desde que houvesse apoio matricial e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a proposta que melhor expressa a lógica do Sistema Único de Saúde é

A) restringir ao serviço especializado os casos de maior complexidade clínica e transferir para a APS a responsabilidade integral das pessoas com deficiência.

B) concentrar o cuidado no serviço especializado diante da complexidade das necessidades da pessoa com deficiência, exigindo acompanhamento prioritariamente especializado.

C) organizar o cuidado de forma territorial e articulada em rede, mantendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

D) estabelecer fluxos independentes entre APS e atenção especializada, permitindo que cada ponto da rede organize autonomamente seus planos terapêuticos.

22. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte pretende organizar, de forma integrada entre saúde, educação e assistência social, a identificação e a priorização de crianças na primeira infância para ações de promoção do desenvolvimento integral. Para isso, propõe utilizar informações relativas ao território de residência, às condições socioeconômicas das famílias, à presença de deficiência e a outras situações de vulnerabilidade. Durante a discussão do plano municipal, um dos gestores defende que a priorização deve considerar critérios clínicos e a confirmação diagnóstica de deficiência. Outro gestor argumenta que a análise deve considerar as diferentes condições sociais e territoriais que podem produzir desigualdades no acesso às políticas públicas. Considerando as diretrizes da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), instituída pelo Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025, a estratégia municipal mais adequada, nesse caso, é

A) utilizar a confirmação diagnóstica de deficiência como principal critério de priorização, independentemente das condições socioeconômicas, territoriais e familiares, garantindo que os recursos sejam direcionados, prioritariamente, às crianças com deficiência e necessidades clínicas identificadas.

B) estabelecer critérios integrados de priorização que considerem a diversidade da primeira infância, as interseccionalidades socioeconômicas, territoriais e de deficiência, priorizando ações destinadas às crianças com deficiência e àquelas cujas famílias estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social.

C) utilizar a renda familiar como critério predominante de priorização, uma vez que a condição socioeconômica constitui o principal determinante do acesso às políticas públicas na primeira infância, deixando a deficiência para avaliação posterior pelos serviços especializados.

D) estabelecer uma classificação única de prioridade baseada na gravidade clínica e na presença de deficiência, mantendo critérios homogêneos para todos os territórios, de modo a assegurar igualdade na distribuição dos serviços públicos.

23. Em um programa de residência multiprofissional vinculado a um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os residentes identificam que usuários encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) chegam ao serviço sem informações suficientes sobre seu contexto familiar, social e territorial. Diante dessa situação, a equipe propõe encontros conjuntos entre profissionais da APS, residentes, equipe especializada, usuários e familiares, com o objetivo de analisar casos, compreender os fatores que produzem as dificuldades identificadas e reorganizar os fluxos e as práticas de cuidado. Considerando os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a iniciativa descrita caracteriza-se como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, porque

A) aproxima ensino e assistência ao inserir residentes na discussão dos casos e na reorganização dos fluxos, caracterizando um processo formativo institucional que foi conduzido para qualificar a atuação da Rede.

B) utiliza situações reais do serviço como recurso pedagógico para complementar a formação dos residentes, mantendo a organização dos processos de trabalho sob responsabilidade da equipe especializada.

C) promove a integração entre profissionais da rede e residentes por meio da discussão de casos, tendo como finalidade principal ampliar a capacitação técnica dos trabalhadores para a aplicação dos protocolos.

D) parte de um problema concreto identificado no processo de trabalho e promove a análise coletiva da realidade bem como utiliza a aprendizagem como instrumento para transformar práticas, relações e processos de cuidado.

24. Um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pretende elaborar um plano de atuação e, para isso, está revisando seus ambientes, equipamentos e processos de atendimento com o objetivo de ampliar a acessibilidade e a participação dos usuários. Durante a elaboração do plano, um profissional afirma que, uma vez incorporados os princípios do Desenho Universal aos ambientes e serviços, a utilização de tecnologias assistivas deixaria de ser necessária, pois os recursos passariam a atender indistintamente todas as pessoas. Considerando os conceitos de acessibilidade, de Desenho Universal e de tecnologia assistiva previstos na legislação brasileira, a afirmação do profissional está

A) incorreta, pois o Desenho Universal busca conceber ambientes, produtos, serviços e processos para utilização pelo maior número possível de pessoas, enquanto a tecnologia assistiva pode oferecer recursos específicos para ampliar a funcionalidade, a autonomia, a independência e a participação de determinadas pessoas.

B) correta, pois a aplicação do Desenho Universal pressupõe que ambientes, produtos e serviços sejam concebidos para atender às diferentes necessidades humanas, tornando desnecessária a utilização posterior de recursos ou estratégias individualizadas.

C) incorreta, pois a tecnologia assistiva constitui uma modalidade de adaptação arquitetônica destinada a pessoas que não conseguem utilizar ambientes ou equipamentos concebidos segundo os princípios de acessibilidade.

D) correta, pois a utilização de tecnologias assistivas deve ocorrer quando não for possível implementar soluções de acessibilidade universais, sendo sua aplicação incompatível com ambientes planejados segundo os princípios do Desenho Universal.

25. Um Centro Especializado em Reabilitação identifica que parte dos usuários abandona o acompanhamento, porque encontra dificuldades para chegar ao serviço, compreender as orientações profissionais e participar das decisões sobre seu próprio cuidado. A equipe decide revisar não apenas a estrutura física mas também os meios de comunicação, os fluxos de atendimento e as estratégias de participação dos usuários. Essa decisão é coerente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, porque a acessibilidade

A) constitui a dimensão do cuidado integral, devendo promover acesso, autonomia, participação e inclusão social das pessoas com deficiência.

B) compreende a adequação dos espaços físicos e dos recursos de comunicação para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

C) assegura as dimensões de participação e inclusão social, fundamentais para as pessoas com deficiência e para o trabalho igualitário dos profissionais de saúde.

D) depende da meta terapêutica de reabilitação, responsável por orientar o desenho universal dos recursos e tecnologias da Rede de Atenção à Saúde.

26. Uma equipe de reabilitação dispõe de número limitado de vagas para acompanhamento multiprofissional. Ao revisar o processo de acesso, identifica que pessoas com deficiências mais complexas necessitam de maior tempo de consulta, de tecnologias assistivas e de apoio à comunicação. Alguns profissionais propõem oferecer o mesmo número de atendimentos e o mesmo tempo de consulta a todos os usuários, enquanto outros defendem adequações segundo as necessidades apresentadas. À luz da Bioética aplicada à organização do cuidado, a conduta mais adequada consiste em

A) priorizar os usuários com deficiência que tenham maior possibilidade de alcançar independência funcional, direcionando a eles os recursos de maior complexidade e o tempo mais alongado.

B) estabelecer a mesma quantidade de recursos e o mesmo tempo assistencial para todos os usuários como forma de garantir tratamento equivalente no cuidado em saúde, como preconiza o SUS.

C) distribuir os recursos considerando as necessidades e barreiras enfrentadas pelos usuários, realizando adequações que possibilitem condições efetivas de acesso e cuidado em saúde.

D) organizar o acesso segundo a ordem de chegada ao serviço, utilizando esse critério como referência principal para distribuição, já que no Centro especializado todos são prioridade.

27. Uma equipe pretende avaliar os resultados de um programa de atividade física, como ferramenta de reabilitação, para pessoas com deficiência. Para isso, os pesquisadores desejam comparar os resultados obtidos antes e após 12 semanas de intervenção. As medidas a serem avaliadas são a mobilidade e a participação social bem como, simultaneamente, a compreensão de como os participantes percebem as mudanças produzidas pelo programa em sua vida cotidiana. Para atender aos objetivos propostos, o delineamento metodológico deverá

A) utilizar abordagem quantitativa para mensurar os desfechos e interpretar, a partir dos resultados numéricos, as experiências subjetivas dos participantes.

B) integrar estratégias quantitativas para analisar as mudanças mensuráveis e estratégias qualitativas para compreender as experiências e percepções dos participantes.

C) utilizar abordagem qualitativa documental para compreender as experiências e converter os relatos dos participantes em medidas equivalentes e comparativas aos testes funcionais aplicados.

D) integrar abordagem quantitativa documental para reunir registros assistenciais das escalas aplicadas e evoluções e, assim, mensurar os desfechos e a investigação das experiências.

28. Uma rede municipal pretende estimar a quantidade de profissionais, insumos e consultas necessárias para o acompanhamento de pessoas com deficiência que apresentam bexiga neurogênica. Para isso, necessita identificar quantas pessoas da população apresentam essa condição em determinado período, incluindo as diagnosticadas anteriormente e as recentemente. .A medida epidemiológica que fornece a informação necessária ao planejamento é a

A) letalidade, pois relaciona os casos existentes à população e permite estimar o volume de recursos assistenciais necessários.

B) incidência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a duração do agravo na população.

C) taxa de ataque, pois incorpora casos antigos e novos bem como permite estimar a demanda assistencial decorrente de doenças crônicas.

D) prevalência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a carga do agravo na população.

29. Uma criança com deficiência múltipla residente em município de pequeno porte necessita de acompanhamento especializado, mas este encontra-se indisponível localmente. A equipe da atenção primária realiza o encaminhamento para um serviço especializado de referência em outro município da região, mantém a coordenação do cuidado e recebe as informações necessárias à continuidade do acompanhamento no território. Essa situação expressa a organização do SUS, baseada na

A) descentralização administrativa, com transferência da responsabilidade assistencial do município de origem para o que oferece o serviço especializado.

B) universalidade da assistência, com concentração do acompanhamento nos serviços especializados que dispõem de maior densidade tecnológica.

C) regionalização e hierarquização da rede, com articulação entre diferentes pontos de atenção segundo a complexidade e as necessidades do usuário.

D) participação da comunidade, com compartilhamento da responsabilidade assistencial entre os serviços dos diferentes municípios da região.

30. Uma mulher indígena com deficiência física inicia acompanhamento em um serviço de reabilitação. Durante a consulta, relata que sua comunidade utiliza práticas tradicionais de cuidado que considera importantes para sua saúde e manifesta o desejo de conciliá-las com o tratamento proposto pela equipe. O profissional informa que o serviço trabalha exclusivamente com o protocolo institucional e orienta a suspensão dessas práticas, sem discutir seus significados ou possíveis formas de integração ao plano terapêutico. Considerando a competência cultural nas práticas em saúde, a condução adequada do caso requer

A) compreender o significado das práticas para a usuária, avaliar conjuntamente sua relação com o tratamento e construir um plano de cuidados compartilhado que respeite suas crenças e necessidades.

B) explicar à usuária que o protocolo institucional deve prevalecer sobre práticas culturais, pois a padronização das condutas favorece segurança assistencial mais efetiva e eficaz no cuidado.

C) permitir que a usuária mantenha suas práticas culturais fora do serviço, preservando o tratamento profissional sem interferência desses conhecimentos no plano terapêutico.

D) solicitar aos familiares informações sobre as práticas culturais da comunidade e utilizar essas informações para definir a conduta considerada mais adequada pela equipe.

Questões Específicas de Fisioterapia 31 a 50

31. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) (BRASIL, 2015) reconhece as Tecnologias Assistivas como recursos, estratégias, metodologias, produtos e serviços destinados a promover funcionalidade, autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida. Entre esses recursos, encontram-se os dispositivos auxiliares de mobilidade, como andadores, muletas e bengalas. Considerando a prescrição de dispositivos de mobilidade,

A) o andador deve estar nivelado com o trocânter maior do fêmur, e o indivíduo deve estar com 20-30º de flexão de cotovelo.

B) a muleta deve ser utilizada no lado ipsilateral à lesão, a fim de promover maior estabilidade durante a marcha do indivíduo.

C) o andador deve estar nivelado abaixo do trocânter maior do fêmur, e o indivíduo deve estar com o cotovelo estendido.

D) a muleta deve ser utilizada no lado contralateral à lesão, a fim de reduzir a dissociação das cinturas e a sobrecarga do membro lesionado.

32. Na avaliação inicial, um homem de 47 anos de idade, com diagnóstico de Esclerose Múltipla, apresenta, como queixa principal, a dificuldade para realizar a transferência da posição sentada para a em pé. Para compreender os fatores que interferem no desempenho funcional, o fisioterapeuta utiliza o Modelo de Hedman, analisando sistematicamente os componentes da tarefa nas fases de preparação, início, meio e término do movimento. A partir da observação do desempenho desse paciente, o fisioterapeuta deve

A) priorizar a aplicação de uma intervenção direcionada ao aumento da velocidade da transferência, uma vez que a redução do tempo necessário para concluir a tarefa se configura como um indicador de melhora funcional.

B) definir, inicialmente, o diagnóstico fisioterapêutico com base na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) para padronizar o diagnóstico, a partir da análise das fases da tarefa.

C) elaborar hipóteses sobre os fatores que estão contribuindo para a dificuldade apresentada e, posteriormente, selecionar testes e medidas capazes de confirmar ou refutar essas hipóteses.

D) fornecer assistência física durante toda a tarefa, reduzindo a necessidade de compensações e garantindo a segurança e execução do movimento conforme o padrão biomecânico considerado ideal.

O caso clínico a seguir serve de referência para as questões 33 e 34.

> A gestante, J.A.M, 35 anos, G2P1A0, 28 semanas, foi encaminhada pela unidade básica do seu território para o Centro de Reabilitação Anita Garibaldi, após o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG). J.A.M foi acolhida pelos profissionais do pré-natal de alto risco, participa, no momento, do grupo de educação em saúde maternar, está em acompanhamento com a obstetra e nutricionista do serviço e foi encaminhada para o setor de Fisioterapia. Na avaliação fisioterapêutica, o profissional identificou ganho ponderal de 7kg, sem histórico de prática de atividade física, não havendo outra condição de saúde associada. A gestante relata ter feito o controle dos índices glicêmicos e está seguindo as orientações nutricionais.

33. Reconhece-se que o manejo do diabetes mellitus gestacional é multifacetado e contempla diversas estratégias que incluem a modificação do estilo de vida, como a prática regular de caminhada de forma supervisionada. A meta mínima semanal a ser alcançada com a caminhada supervisionada corresponde a

A) 90 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa, distribuídos ao longo da semana.

B) 90 minutos de atividade aeróbica de intensidade leve, distribuídos ao longo da semana.

C) 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa, distribuídos ao longo da semana.

D) 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada, distribuídos ao longo da semana.

34. Embora os exercícios ofereçam diversos benefícios à gestação, é importante que o profissional fique atento a sinais que indiquem a necessidade de suspensão dessa prática. Assim, durante uma sessão de exercícios supervisionados, o fisioterapeuta deve interromper a prática e encaminhar a gestante para avaliação quando forem identificados

A) metrossístoles regulares e dolorosas associada à frequência cardíaca entre 50% e 70% da FC máxima.

B) contrações de Braxton Hicks regulares e dolorosas associadas à frequência cardíaca entre 50% e 70% da FC máxima.

C) metrossístoles intensas, susentadas e regulares com frequência cardíaca entre 60% e 80% da FC máxima.

D) contrações de Braxton Hicks intensas, susentadas e regulares com frequência cardíaca entre 60% e 80% da FC máxima.

35. A paciente RDS, 23 anos, casada, heterossexual, portadora de mielomeningocele, procura atendimento de fisioterapia pélvica relatando ausência de sensibilidade na região genital, dificuldade para atingir o orgasmo e insatisfação com sua vida sexual. Durante a anamnese, relatou que “gostaria de conseguir sentir prazer, porque sinto que isso é importante para o meu casamento”. Ao longo da consulta, realizada sem a presença do marido, a paciente relata que ele costuma pressioná-la para manter relações sexuais, mesmo quando ela manifesta não estar com vontade. Afirma ainda que, algumas vezes, ela concorda por acreditar que essa seria sua obrigação como esposa, além de ter medo que ele fique irritado e a abandone. A paciente demonstra constrangimento ao falar sobre o assunto e pede que o fisioterapeuta não converse com o marido sobre o que foi relatado. Considerando a situação apresentada e os princípios da atenção integral à saúde da mulher com deficiência, o fisioterapeuta deve

A) orientar a paciente e o marido, conjuntamente, sobre estratégias para melhorar a atividade sexual, buscando identificar as dificuldades que interferem na relação do casal.

B) acolher a paciente, respeitar sua autonomia, registrar as informações pertinentes e seguir os fluxos de notificação e encaminhamento previstos para a situação.

C) direcionar a intervenção para a melhora da sensibilidade e da resposta sexual, considerando a satisfação sexual do casal como o objetivo terapêutico.

D) priorizar a avaliação da função sexual e, caso a paciente apresente sinais persistentes de sofrimento emocional, encaminhá-la, posteriormente, para acompanhamento psicológico.

36. Em 2026, os critérios de Roma foram atualizados, dando origem ao ROMA V. Essa atualização envolveu não apenas a mudança de alguns critérios mas também uma evolução conceitual importante na forma de entender e classificar os distúrbios gastrointestinais funcionais, que agora são definidos por Distúrbios da Interação Intestino-Cérebro. Neste contexto, a avaliação e o manejo desses distúrbios requerem um modelo biopsicossocial que considere

A) os fatores psicológicos e sociais, principalmente, excluindo-se alterações da motilidade, da sensibilidade intestinal e da microbiota que têm papel secundário.

B) os fatores biológicos, psicológicos e sociais, embora a fisiologia intestinal permaneça como principal determinante da manifestação dos sintomas.

C) a abordagem dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, acatada após a exclusão de alterações orgânicas por meio de exames complementares.

D) a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais podem influenciar a função intestinal e a manifestação dos sintomas.

37. Mulher, 78 anos, com diagnóstico de osteoporose (escore-T de -3,0 no colo do fêmur), tem histórico de duas quedas nos últimos seis meses, sem fraturas associadas. A avaliação funcional evidencia velocidade de marcha reduzida (0,7 m/s) e desempenho alterado no teste Timed Up and Go (16 segundos). Faz uso de suplementação de cálcio e vitamina D, prescrita pela equipe médica. Com base no risco de quedas e na fragilidade óssea apresentados, o programa de intervenção fisioterapêutica mais indicado para essa paciente deve incluir

A) caminhadas diárias, como estratégia principal, por ser uma modalidade de treinamento aeróbico segura e de fácil adesão para a prevenção de perda da massa óssea.

B) exercícios multicomponentes, combinando treino de força muscular, equilíbrio dinâmico e treino de marcha, com progressão de acordo com a tolerância individual.

C) exercícios de impacto (saltos) multidirecionais desde a 4ª semana de treinamento, com média de 50 saltos por sessão e 4 vezes por semana para estimular a formação óssea.

D) treino de equilíbrio, 3 horas por semana, sem exercícios resistidos nessa fase, até a melhora dos parâmetros do exame de densitometria óssea.

38. Mulher, 42 anos, diagnosticada com fibromialgia há oito meses, conforme os critérios do American College of Rheumatology (2016), apresenta dor musculoesquelética difusa há mais de três meses, fadiga persistente e sono não reparador. Realiza tratamento medicamentoso, mas mantém limitação funcional para as atividades laborais e domésticas. Considerando o quadro clínico apresentado e as evidências científicas disponíveis, a abordagem fisioterapêutica mais indicada para essa paciente é

A) combinar exercícios de fortalecimento com exercícios aeróbicos de alta intensidade no início do programa, a fim de promover maior efeito analgésico.

B) aplicar eletroterapia analgésica e realizar terapia manual nas regiões mais dolorosas, como modalidades principais, associadas à educação em dor.

C) priorizar exercícios aeróbicos em intensidade leve e carga constante, a fim de evitar a exacerbação dos sintomas.

D) iniciar treinamento aeróbico e resistido em intensidade tolerável, com progressão individualizada, associado a ações educativas sobre a dor.

39. A marcha humana é um padrão motor de locomoção bípede no qual o corpo se desloca para a frente por meio de movimentos alternados e cíclicos dos membros inferiores. O ciclo da marcha é a unidade básica utilizada para caracterizar a locomoção e corresponde ao intervalo entre dois contatos iniciais consecutivos do mesmo membro. Esse ciclo é dividido em duas fases principais: apoio e balanço. Considerando a divisão temporal do ciclo da marcha e suas respectivas subdivisões, a fase de apoio corresponde a

A) 60% do ciclo da marcha, subdividida em 5 subfases.

B) 40% do ciclo da marcha, subdividida em 4 subfases.

C) 40% do ciclo da marcha, subdividida em 5 subfases.

D) 60% do ciclo da marcha, subdividida em 4 subfases.

40. Durante o acompanhamento de usuários de uma unidade da Atenção Primária à Saúde, a equipe multiprofissional (eMulti) identificou uma demanda frequente relacionada à dor musculoesquelética e às dificuldades para a realização de atividades cotidianas. A equipe decidiu desenvolver uma ação coletiva voltada ao cuidado e à promoção da saúde, considerando as características e necessidades identificadas no território. O fisioterapeuta propôs incluir uma Prática Integrativa e Complementar como parte da ação. Tendo em vista as possibilidades de atuação profissional e a regulamentação das Práticas Integrativas e Complementares pelo COFFITO, o fisioterapeuta pode

A) utilizar práticas integrativas como recurso complementar ao atendimento, desde que sua indicação esteja relacionada aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o usuário e realizada no contexto do cuidado multiprofissional.

B) utilizar práticas integrativas como recurso complementar ao atendimento, desde que a prática seja reconhecida pelo Ministério da Saúde e realizada no contexto do cuidado multiprofissional.

C) incorporar práticas integrativas ao cuidado fisioterapêutico, desde que possua a certificação de conhecimento exigida e sua utilização esteja relacionada às necessidades de saúde dos usuários.

D) incorporar práticas integrativas ao cuidado fisioterapêutico quando houver indicação clínica, considerando que a regulamentação profissional permite sua utilização sem estabelecer requisitos relacionados à formação do fisioterapeuta.

41. A lesão medular é um dano à medula espinhal que resulta em perda parcial ou total das funções motoras, sensitivas e autonômicas. Nesse sentido, as Zonas de Preservação Parcial (ZPP) são segmentos de dermátomos e de miótomos localizados

A) acima do nível neurológico da lesão com ausência total da função motora e preservação sensorial nos segmentos sacrais S4-S5.

B) abaixo do nível neurológico com preservação parcial da função motora e/ou sensorial, incluindo a preservação da função nos segmentos sacrais S4-S5.

C) abaixo de nível neurológico da lesão, os quais apresentam alguma preservação de função sensorial ou motora, evidenciando a presença de vias íntegras passíveis de recuperar a função.

D) acima do nível neurológico da lesão, os quais apresentam preservação parcial das funções sensitiva e motora, indicando comprometimento incompleto da medula espinhal e do SNC.

42. A. B. S. graduou-se em Fisioterapia em 2024 e, em março de 2025, iniciou curso de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência. Durante o programa, passou a realizar atividades práticas próprias da profissão de fisioterapeuta e participou de reunião com profissionais de diferentes áreas para discutir o acompanhamento de uma pessoa com deficiência. Durante a discussão do caso, apresentou dados obtidos na avaliação fisioterapêutica e considerou as informações fornecidas pelos demais profissionais para o planejamento da assistência. Considerando a situação apresentada e as disposições do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, a atuação de A. B. S., na equipe multiprofissional, caracteriza-se por

A) transferir a responsabilidade pela assistência fisioterapêutica aos demais integrantes da equipe.

B) atuar, de forma integrada, no cuidado à saúde, respeitando as competências profissionais e contribuindo para a assistência ao paciente.

C) exercer atribuições próprias de outras profissões durante a discussão do caso clínico.

D) subordinar a definição da conduta fisioterapêutica às decisões dos demais integrantes da equipe.

43. Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou diretrizes com recomendações sobre a prática de atividade física para diferentes grupos populacionais, incluindo pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e pessoas com deficiência. De acordo com as recomendações apresentadas pela OMS, adultos com doenças crônicas não transmissíveis devem realizar, semanalmente,

A) 250 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, ou ainda uma combinação equivalente entre diferentes intensidades.

B) 250 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade leve ou 100 a 150 minutos de intensidade moderada, ou ainda uma combinação equivalente entre diferentes intensidades.

C) 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, ou ainda uma combinação equivalente entre diferentes intensidades.

D) 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade leve ou 100 a 150 minutos de intensidade moderada, ou ainda uma combinação equivalente entre diferentes intensidades.

44. A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde disponibilizada na moradia do paciente e caracterizada pelo conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado, sendo integrada à Rede de Atenção à Saúde. No SUS, está organizada em três modalidades (AD1, AD2 e AD3). Em relação à atuação desempenhada pelo fisioterapeuta nas modalidades de atenção domiciliar, avalie as afirmativas abaixo.

I	Atua na modalidade AD1, de forma reduzida, e seu atendimento se destina a usuários sem dificuldade de locomoção, mas que possuem problemas de saúde crônicos e controlados e necessitam de cuidados de menor intensidade.
II	Atua na avaliação do ambiente domiciliar e fornece orientações aos cuidadores na modalidade AD2, visto que seu atendimento se destina a usuários que apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde com baixa frequência do cuidado.
III	Atua na avaliação e intervenção musculoesquelética, neurofuncional e cardiorrespiratória na modalidade AD3, visto que, seu atendimento se destina a usuários que necessitam de cuidados intensivos e de uso de equipamentos específicos.
IV	Atua na promoção de saúde e reabilitação em domicílio na modalidade AD2, visto que seu atendimento se destina a usuários com distúrbios cinético-funcionais ou crônico-degenerativos, necessitando de reabilitação multiprofissional

Das afirmações, estão corretas

A) III e IV.

B) I e II.

C) II e III.

D) I e IV.

O caso clínico a seguir serve de referência para responder às questões 45 e 46.

> Recém-nascido com idade gestacional de 30 semanas, peso de 1500g, e 7 dias de vida apresentou Apgar 5/8, sendo necessária reanimação na sala de parto e intubação orotraqueal. No momento da avaliação, apresenta-se em regular estado geral, sob ventilação mecânica invasiva, hipoativo, porém reativo ao manuseio, acianótico, anictérico, sem deformidade de caixa torácica. Observa-se padrão respiratório misto, de predomínio abdominal, com tiragens intercostal e subdiafragmática, bem como com discretos batimentos de asa nasal. Apresenta Frequência respiratória: 65 irpm, Frequência cardíaca: 135 bpm; PA: 70 x 40 mmHg, SpO2:89%. À ausculta pulmonar, constata-se som pulmonar presente bilateralmente, diminuído em ambas as bases pulmonares, com estertores crepitantes e roncos esparsos em ambos os hemitórax.

45. Os objetivos fisioterapêuticos com esse recém-nascido são

A) favorecer a adequação da mecânica respiratória e estimular o aumento do trabalho respiratório.

B) reduzir oxigenação e aumentar a ventilação pulmonar bem como promover reexpansão pulmonar para adequada ventilação.

C) promover desobstrução de vias aéreas e prevenir complicações pulmonares decorrentes de ventilação mecânica e da oxigenoterapia.

D) prevenir alterações posturais e deformidades a longo prazo bem como corrigir hiperoxemia pelo manejo da oxigenoterapia.

46. Nesse paciente, o fisioterapeuta deve utilizar técnicas de remoção de secreção das vias aéreas

A) proximais, posicionamento adequado no leito com uso de coxim, sem alternância dos decúbitos.

B) distais, ajustes ventilatórios e progressão para descontinuação da ventilação mecânica e extubação.

C) proximais, alterando os decúbitos laterais de modo a favorecer a ventilação apical.

D) distais, incluindo a drenagem rinofaríngea retrógrada como recurso auxiliar.

47. Criança de 4 anos, sexo feminino, com diagnóstico de atraso global do desenvolvimento, em acompanhamento ambulatorial de reabilitação, apresenta dificuldade para aprender novas habilidades motoras, como subir e descer escadas, chutar bola e pedalar triciclo, necessitando de muita ajuda física e repetições para executar os movimentos. Na avaliação, observa-se variabilidade reduzida nos padrões de movimento, tendência a usar estratégias rígidas e pouca exploração de diferentes soluções motoras em novas tarefas. A criança demonstra interesse por brincadeiras, mas desiste rapidamente quando a tarefa exige tentativa e erro ou ajuste do movimento. Levando em consideração os princípios de aprendizagem motora e neurodesenvolvimento, a estratégia de intervenção mais indicada para favorecer a aquisição de novas habilidades motoras nessa criança é

A) o controle da prática a tarefas muito simples e sempre bem-sucedidas, evitando desafios e erros, com o objetivo de preservar a autoestima e reduzir a frustração durante as sessões.

B) a prática constante da mesma tarefa, sempre nas mesmas condições, com correção imediata de cada erro e uso exclusivo de *feedback* corretivo sobre a forma do movimento em todas as tentativas.

C) o treino passivo dos movimentos, realizado pelo terapeuta, sem participação ativa da criança, para garantir a execução correta do padrão motor antes de qualquer tentativa independente.

D) a prática variada de tarefas funcionais em contexto lúdico, com mudança de superfícies, distâncias e alvos, associada a *feedback* sobre o resultado e sobre a forma de executar o movimento.

48. Paciente S.G.S., sexo masculino, de 68 anos, procura atendimento devido à presença de tremor de repouso, lentidão dos movimentos e rigidez muscular, sintomas que vêm progredindo gradualmente, nos últimos anos. Durante a avaliação, observa-se também dificuldade para iniciar movimentos e redução da expressão facial. Esses sinais são característicos da Doença de Parkinson, que é neurodegenerativa e progressiva, não tem cura, mas é possível tratar. Considerando a fisiopatologia, a Doença de Parkinson está relacionada a degradação dos neurônios

A) dopaminérgicos da substância negra, levando ao aumento da dopamina nos circuitos dos gânglios da base.

B) dopaminérgicos da substância negra, levando à redução da dopamina nos circuitos dos gânglios da base.

C) motores do córtex cerebral, levando ao aumento da dopamina nos circuitos dos gânglios da base.

D) motores do córtex cerebral, levando à redução da dopamina nos circuitos dos gânglios da base.

49. A bexiga neurogênica é uma condição clínica que pode envolver alterações do padrão miccional, tanto na fase de enchimento quanto na de esvaziamento vesical, sendo o estudo urodinâmico uma ferramenta para investigá-la. O exame urodinâmico permite uma análise funcional do trato urinário inferior que consiste em avaliar

A) a capacidade vesical, a complacência, a sensibilidade da bexiga e a atividade detrusora na etapa de cistometria, por meio do registro da pressão intravesical, durante a infusão de soro fisiológico via sonda uretral, em temperatura ambiente.

B) o fluxo urinário máximo (Qmáx) e médio (Qave), o volume urinado (VU) e o aspecto da curva na etapa de cistometria, por meio do registro do fluxo urinário quando o indivíduo manifestar vontade de urinar.

C) a capacidade cistométrica máxima (CCM) e a pressão de perda urinária durante o enchimento vesical, na etapa do estudo pressão/fluxo, por meio do registro da pressão intravesical, durante administração de soro fisiológico aquecido com uso da sonda uretral.

D) o controle da pressão abdominal e vesical, simultaneamente, e do fluxo de urina durante a fase de enchimento vesical, na etapa do estudo pressão/fluxo, por meio da quantidade de soro fisiológico infundido com uso de sonda uretral.

50. Gestante de 29 anos, com 20 semanas de gestação, em pré-natal de risco habitual, sem contraindicações obstétricas ao exercício, queixa-se de dor lombar leve e é encaminhada à fisioterapia. Considerando as adaptações fisiológicas da gestação, a conduta fisioterapêutica indicada é

A) prescrever exercícios de alongamento e fortalecimento em intensidade leve a moderada, associados à orientação postural, para reduzir a queixa álgica.

B) aplicar manipulação articular de alta velocidade e baixa amplitude na coluna lombar, para corrigir a hipermobilidade fisiológica.

C) prescrever exercícios aeróbicos de alta intensidade, para controlar, rapidamente, o ganho de peso gestacional.

D) restringir os exercícios resistidos a partir da 28ª semana, para evitar que picos hipertensivos sejam evitados.