



**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA
SEÇÃO RONDÔNIA**

PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA – PSR 2026

PROFISSÃO: FISIOTERAPIA

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem esse certame.

1. ATENTE-SE AOS AVISOS CONTIDOS NO QUADRO DA SALA E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES E INICIAR A PROVA.

2. Seus pertences deverão estar armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal, permanecendo em sua posse somente caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta preferencialmente preta, lanche e água, se houver. A UTILIZAÇÃO DE QUALQUER MATERIAL NÃO PERMITIDO EM EDITAL É EXPRESSAMENTE PROIBIDA, ACARRETANDO A SUA IMEDIATA EXCLUSÃO DO CERTAME.

3. APÓS A AUTORIZAÇÃO, CERTIFIQUE-SE DE QUE:

- ESTE CADERNO DE QUESTÕES CONTÉM 45 QUESTÕES LEGÍVEIS;
- ESTE CADERNO DE QUESTÕES REFERE-SE À PROFISSÃO PARA A QUAL REALIZOU A INSCRIÇÃO;
- OS FISCAIS INFORMARAM CORRETAMENTE O TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE PROVA DE 04 HORAS.

4. Esta prova Teórico-Objetiva é composta por questões de múltipla escolha, com 04 (quatro) alternativas (A, B, C e D) e 1 (uma) única resposta correta.

5. O CANDIDATO DEVE ASSINAR LISTA DE PRESENCAS, SOB PENA DE ELIMINAÇÃO.

6. O candidato só poderá retirar-se do local de aplicação das provas após 2 (duas) horas do horário previsto para o início das mesmas e constante do presente Edital, **devendo entregar ao Fiscal da Sala o caderno de questões e respectiva folha de respostas.**

7. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo.

8. No caderno de questões, você poderá rabiscar e riscar.

9. A folha de respostas deve ser preenchida em todo o espaço reservado em caneta azul ou preta. A segunda folha você pode usar para conferir o gabarito posteriormente.

10. Os gabaritos preliminares e os cadernos de provas serão divulgados em **08 de fevereiro de 2026**, após as 20h, nos links **GABARITO** e **PROVAS** no endereço eletrônico <https://abo-ro.org.br/programa-de-residencia/>.

Humanização, Saúde Coletiva; Legislação, Política e Organização do SUS

1. Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (arts. 196 a 200), durante uma audiência pública, um gestor afirma que "saúde é uma prestação administrativa que pode ser interrompida quando houver restrição financeira". Considerando o texto constitucional, qual alternativa interpreta corretamente o dever estatal e o modo de garantia do direito à saúde?

- A) O direito à saúde depende de disponibilidade orçamentária local e pode ser restringido por decisão administrativa.
- B) A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada por políticas sociais e econômicas que visem reduzir riscos e garantir acesso universal e igualitário.
- C) A saúde é responsabilidade predominante do setor privado, cabendo ao Estado papel subsidiário.
- D) A saúde é dever exclusivo da União, cabendo aos municípios atuação complementar.

2. Uma secretaria municipal está revisando seus atos normativos e precisa registrar, no preâmbulo do regulamento interno, o objeto central da lei orgânica da saúde. Qual alternativa melhor expressa o que a Lei nº 8.080/1990 dispõe?

- A) Trata exclusivamente do controle social e da estrutura dos Conselhos de Saúde.
- B) Regulamenta unicamente as transferências intergovernamentais fundo a fundo.
- C) Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- D) Define, como foco principal, a organização da assistência médico-hospitalar privada contratada.

3. Um município pretende reformular a participação social no SUS substituindo instâncias colegiadas por consultas informais à população. À luz da lei, qual alternativa corresponde ao arranjo institucional previsto para participação da comunidade na gestão do SUS?

- A) A participação ocorre por meio de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, com funções e regras definidas em lei.
- B) A participação se limita a ouvidorias e pesquisas de satisfação conduzidas pelo gestor.
- C) A participação é restrita às entidades prestadoras de serviço contratadas pelo SUS.
- D) A participação depende de autorização discricionária do chefe do Poder Executivo.

4. Uma região busca padronizar o encaminhamento de usuários entre municípios e definir os limites territoriais de articulação de ações e serviços. Qual conceito do decreto responde diretamente à necessidade de organizar o SUS em um espaço regional de pactuação?

- A) Distrito sanitário, como unidade administrativa exclusiva do estado.
- B) Mapa da saúde, como instrumento que substitui a regionalização.
- C) Colegiado gestor, como instância única de comando regional.
- D) Região de Saúde, como espaço geográfico para integração da organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde.

5. Uma equipe intersetorial discute a criação de barreiras administrativas para acesso a serviços públicos, como exigência de comprovante de residência para cadastramento e acompanhamento. Qual alternativa está mais compatível com o sentido da política instituída?

- A) Priorizar o atendimento por ordem de chegada e negar acompanhamento longitudinal por inviabilidade cadastral.
 - B) Estruturar ações e serviços de forma a reconhecer especificidades e promover acesso, articulando políticas e reduzindo barreiras incompatíveis com a condição de rua.
 - C) Direcionar a demanda exclusivamente para assistência social, sem corresponsabilidade da saúde.
 - D) Limitar a atenção à população em situação de rua a atendimentos de urgência e emergência.
-

6. Uma UBS planeja reorganizar seu processo de trabalho para melhorar acesso e resposta às demandas. Entre as opções abaixo, qual diretriz é mais alinhada à lógica de organização do cuidado na Atenção Básica prevista na PNAB?

- A) Substituir a coordenação do cuidado por atendimento fragmentado, sem articulação com outros pontos da rede.
 - B) Centralizar o acolhimento em um profissional, restringindo a atuação da equipe.
 - C) Estruturar o acesso por meio de acolhimento e organização do processo de trabalho, com responsabilização e coordenação do cuidado no território.
 - D) Remover ações de promoção e prevenção do escopo da Atenção Básica, concentrando-as em programas paralelos.
-

7. Uma equipe da gestão estadual deseja justificar, em nota técnica interna, por que utiliza uma portaria consolidada como referência. Qual alternativa descreve adequadamente a função de uma portaria de consolidação?

- A) Reunir e organizar normas sobre temas, sistematizando atos para facilitar consulta e aplicação administrativa.
 - B) Revogar automaticamente toda regulamentação anterior e substituir leis federais.
 - C) Criar regras opinativas sem caráter normativo, destinadas a capacitação.
 - D) Aplicar-se apenas a estabelecimentos federais, sem impacto na gestão do SUS.
-

8. Conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017, uma gestão municipal pretende restringir promoção da saúde a campanhas educativas pontuais, sem articulação com outros setores. Qual alternativa expressa melhor a orientação geral da PNPS?

- A) Focar exclusivamente em mensagens educativas individuais, sem considerar determinantes sociais.
 - B) Operar com abordagem intersectorial e estratégias que incidam sobre determinantes e condições de vida, integrando ações e políticas no território.
 - C) Substituir ações assistenciais por iniciativas comunitárias autogeridas, sem participação do SUS.
 - D) Vincular promoção da saúde a ações exclusivas da esfera federal, sem execução local.
-

9. Considerando que uma direção hospitalar decide “humanizar” apenas com melhorias estéticas no ambiente, mantendo os mesmos processos de trabalho e comunicação com usuários, qual alternativa está mais alinhada ao enfoque da PNH?

- A) Humanização é sinônimo de reforma física e conforto ambiental, sendo suficiente para qualificar o cuidado.
 - B) Humanização corresponde à ampliação de campanhas de satisfação do usuário, sem revisão de fluxos assistenciais.
 - C) Humanização envolve mudanças nos modos de gerir e cuidar, valorizando relações, corresponsabilização e práticas de acolhimento e participação.
 - D) Humanização substitui protocolos assistenciais por decisões individuais de cada profissional.
-

10. Uma UBS pretende reorganizar espaços para garantir privacidade, melhorar fluxos e favorecer encontros entre trabalhadores e usuários. Qual alternativa representa melhor o entendimento de “ambiência” nesse contexto?

- A) Ambiência é definida por decoração e identidade visual, sem conexão com práticas de cuidado.
 - B) Ambiência se restringe a requisitos técnicos de ventilação e climatização.
 - C) Ambiência é tema exclusivo de arquitetura predial, sem participação das equipes.
 - D) Ambiência considera o espaço como componente do cuidado e do trabalho, influenciando relações, privacidade e circulação.
-

11. Para entender o controle social na saúde, um conselheiro relata pressão para apenas “referendar decisões” sem debate ou deliberação. Qual alternativa traduz melhor o papel do controle social no SUS?

- A) Atuar como instância participativa e deliberativa, acompanhando políticas, planejamento e execução, com funcionamento colegiado.
 - B) Assumir a gestão direta de serviços e substituir o gestor em decisões administrativas.
 - C) Restringir a atuação a temas clínicos, evitando discutir orçamento e planejamento.
 - D) Limitar-se à certificação de presença em reuniões para fins formais.
-

12. Um município busca qualificar sua prestação de contas e apuração de despesas em saúde para cumprimento dos mínimos constitucionais. Qual alternativa corresponde ao efeito central da LC 141 no financiamento e na transparência da saúde?

- A) Autorizar contabilização irrestrita de despesas administrativas gerais como gasto em saúde.
 - B) Delegar a definição do que conta como despesa em saúde a cada município, por decreto local.
 - C) Estabelecer critérios para apuração e controle das despesas em ações e serviços públicos de saúde, com regras de transparência e fiscalização.
 - D) Transferir integralmente a responsabilidade do financiamento da saúde para a União.
-

13. Segundo CARVALHO; PINHO; GARCIA (2017), quando uma equipe quer comparar a frequência de um agravo entre territórios e monitorar variações ao longo do tempo com base em medidas padronizadas, qual alternativa descreve corretamente o uso de indicadores epidemiológicos na gestão?

- A) Indicadores permitem descrever, comparar e monitorar eventos de saúde, apoiando planejamento e avaliação de ações no SUS.
 - B) Indicadores são úteis apenas para pesquisa acadêmica e não se aplicam ao planejamento de serviços.
 - C) Indicadores substituem a necessidade de diagnóstico situacional e territorialização.
 - D) Indicadores são ferramentas voltadas exclusivamente para a vigilância sanitária.
-

14. Considerando a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, um gestor municipal solicita orientação sobre a alteração do cofinanciamento federal da APS e seus impactos no planejamento. Qual alternativa descreve corretamente o núcleo do ato normativo?

- A) Revogar o cofinanciamento federal da APS e extinguir transferências regulares.
 - B) Criar uma nova política nacional de humanização da APS, com foco em ambiência.
 - C) Alterar a PNAB, redefinindo atribuições das equipes e a carteira de serviços.
 - D) Instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no SUS, por alteração de portaria de consolidação pertinente.
-

15. Segundo CONASEMS; CONASS; SAPS/MS (2024) — Nota técnica conjunta tripartite (orientação de aplicação de recursos do financiamento da APS no contexto da Portaria GM/MS nº 3.493/2024), uma coordenação municipal precisa operacionalizar o uso dos recursos conforme entendimento pactuado. Qual alternativa melhor caracteriza a finalidade de uma nota técnica tripartite nesse contexto?

- A) Criar obrigações novas não previstas em norma, substituindo o texto da portaria.
 - B) Orientar tecnicamente a interpretação e aplicação operacional do financiamento, alinhando entendimentos entre as instâncias gestoras.
 - C) Centralizar a execução financeira no nível federal, anulando decisões locais.
 - D) Suspender instrumentos de planejamento local para adoção de um modelo único nacional.
-

Conhecimentos específicos da profissão

16. Durante um plantão em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o fisioterapeuta recebe um paciente com quadro de dispneia moderada, uso de musculatura acessória e queda de saturação ao decúbito. Considerando as diretrizes de atuação em urgência e emergência, a conduta inicial mais coerente é:

- A) Focar em orientações educativas e agendar reavaliação ambulatorial após 48–72 horas.
- B) Priorizar reabilitação motora global para reduzir dispneia e postergar intervenções respiratórias.
- C) Realizar avaliação rápida, iniciar medidas de suporte ventilatório/oxigenação conforme necessidade e monitorar resposta clínica.
- D) Solicitar exames complementares antes de qualquer intervenção fisioterapêutica imediata.

17. Ao realizar a admissão de um paciente crítico na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o profissional deve configurar a ventilação mecânica invasiva. De acordo com as Diretrizes Brasileiras vigentes, a seleção dos parâmetros iniciais deve priorizar:

- A) Estratégias de proteção pulmonar, análise de mecânica respiratória e adequação ao quadro clínico, com monitorização contínua.
- B) Preferência por volumes correntes mais elevados para reduzir o trabalho respiratório na maior parte dos pacientes.
- C) Ajuste baseado exclusivamente no conforto subjetivo, com menor ênfase na mecânica ventilatória.
- D) Ajuste guiado predominantemente por gasometria arterial isolada, independentemente da sincronia.

18. No contexto da UTI, o fisioterapeuta avalia um paciente sob ventilação mecânica, sedação leve e uso de droga vasoativa estável em baixa dose. Ao considerar a mobilização precoce baseada nos critérios de segurança, a melhor conduta é:

- A) Iniciar mobilização fora do leito sem checar parâmetros hemodinâmicos e respiratórios.
- B) Aguardar a retirada completa da sedação e o desmame ventilatório antes de qualquer mobilização.
- C) Restringir a mobilização a apenas mudanças de decúbito passivas até a alta da UTI.
- D) Avaliar critérios de segurança (hemodinâmica, respiratório, neurológico e dispositivos) e iniciar mobilização progressiva se estável.

19. Em uma reunião de equipe multiprofissional em ambiente de terapia intensiva, discute-se o escopo de prática do fisioterapeuta intensivista. Segundo a literatura sobre a prática multiprofissional, a atuação desse profissional diferencia-se por:

- A) Atuação integrada à equipe multiprofissional, com foco em ventilação, mobilidade e funcionalidade.
- B) Ênfase exclusiva em treino resistido pesado, com reavaliações em intervalos semanais.
- C) Atuação centrada em reabilitação ambulatorial pós-alta, com menor interface com suporte ventilatório.
- D) Condução autônoma de decisões farmacológicas sistêmicas como parte rotineira do cuidado.

20. Um paciente com COVID-19 em estado crítico apresenta fraqueza adquirida na UTI e limitação severa para a realização de exercícios ativos. Diante deste cenário, a indicação de Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) fundamenta-se na necessidade de:

- A) Considerar EENM como recurso para manutenção muscular quando o exercício ativo está limitado, com critérios de segurança.
- B) Reservar a EENM para a fase pós-alta, quando o paciente retoma o treino ativo completo.
- C) Priorizar a EENM como substituto absoluto de qualquer mobilização ativa no leito.
- D) Indicar EENM apenas quando houver dor intensa como o sintoma clínico predominante.

21. Ao organizar a rotina de cuidados em uma UTI, o fisioterapeuta deve estabelecer prioridades assistenciais. Segundo a hierarquia típica de condutas no ambiente crítico, o plano terapêutico deve seguir a seguinte ordem:

- A) Alta hospitalar como objetivo imediato, com baixa relevância para as metas funcionais intra-hospitalares.
 - B) Reabilitação motora intensiva de membros inferiores como primeira medida, antes da estabilização respiratória.
 - C) Estabilização/segurança clínica e suporte de funções vitais, associando reabilitação precoce conforme tolerância.
 - D) Intervenção fisioterapêutica concentrada exclusivamente após a retirada completa de todo o suporte ventilatório.
-

22. No setor de pronto-socorro, o fisioterapeuta identifica um paciente em crise de broncoespasmo, evoluindo com fadiga ventilatória e sinais de falência respiratória iminente. De acordo com o manual prático de intervenção, a ação inicial prioritária deve ser:

- A) Encaminhar para fisioterapia ambulatorial externa para treinamento respiratório programado.
 - B) Manter apenas observação clínica passiva e reavaliar após 12 horas da medicação.
 - C) Implementar suporte ventilatório/oxigênio conforme indicação, técnicas respiratórias e reavaliação seriada.
 - D) Priorizar treino de marcha assistida imediata para melhorar o condicionamento cardiovascular.
-

23. Durante auditoria técnica de prontuários, discute-se a importância da personalização do cuidado em fisioterapia intensiva. A diferenciação entre uma intervenção meramente padronizada e um plano terapêutico individualizado reside no fato de que:

- A) A intervenção padronizada substitui a avaliação clínica para aumentar a rapidez do serviço.
 - B) O plano terapêutico deriva de avaliação e metas; protocolos orientam, mas exigem ajuste ao quadro clínico.
 - C) O plano terapêutico individualizado é útil apenas em enfermarias de baixa complexidade.
 - D) Protocolos e planos terapêuticos são equivalentes e devem ser aplicados sem reavaliação.
-

24. Um paciente crítico apresenta hipersecreção brônquica espessa e tosse ineficaz, manifestando episódios de dessaturação durante manobras de higiene brônquica intensas. Diante da baixa tolerância, a melhor abordagem fisioterapêutica é:

- A) Selecionar técnicas de remoção de secreção com monitorização, ajustando conforme a tolerância.
 - B) Intensificar manobras mecânicas para acelerar a limpeza brônquica, ignorando a dessaturação transitória.
 - C) Suspender todas as técnicas de higiene brônquica e focar apenas em exercícios de membros superiores.
 - D) Priorizar nebulização simples e postergar a fisioterapia para um momento de estabilidade absoluta.
-

25. Ao planejar o atendimento de fisioterapia motora para um novo usuário na UTI, o profissional deve seguir uma sequência metodológica consistente. Para garantir a efetividade da assistência, o fluxo correto é:

- A) Definir exercícios padrão para o setor e manter por 72 horas antes de qualquer reavaliação.
 - B) Priorizar a amplitude de movimento passiva como o foco único e exclusivo das primeiras semanas.
 - C) Avaliar/diagnosticar funcionalmente, definir objetivos, selecionar estratégias e reavaliar a resposta.
 - D) Intervir primeiro conforme a demanda do serviço e documentar a avaliação após a alta funcional.
-

26. Para fortalecer os atributos de longitudinalidade e coordenação do cuidado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a gestão local deve adotar a seguinte estratégia institucional baseada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

- A) Adotar exclusivamente a demanda espontânea, eliminando a programação de ações territoriais.
 - B) Organizar a adscrição, o planejamento territorial, a coordenação do cuidado e a integração em rede.
 - C) Manter agendas isoladas por categoria profissional para evitar a construção conjunta de planos.
 - D) Centralizar todas as ações em encaminhamentos burocráticos para especialistas focais.
-

27. Durante o processo de territorialização em uma nova área de abrangência, a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) deve reafirmar seus princípios organizativos. No SUS, a ESF caracteriza-se fundamentalmente por:

- A) Organização centrada em especialidades médicas e procedimentos técnicos isolados.
 - B) Atendimento episódico sem território definido e sem adscrição de clientela.
 - C) Ênfase exclusiva em ações de urgência, com o encaminhamento sendo o eixo do cuidado.
 - D) Territorialização, adscrição, vínculo, trabalho em equipe e acompanhamento continuado.
-

28. Um fisioterapeuta integrante do apoio matricial na Atenção Primária busca qualificar a interface com as equipes de referência. Para fortalecer esse arranjo, o processo de trabalho deve envolver obrigatoriamente:

- A) Substituir integralmente a equipe de referência nos atendimentos individuais de rotina.
 - B) Discussão de casos, ações compartilhadas e pactuação de projetos terapêuticos singulares.
 - C) Atuar prioritariamente em atendimentos isolados, com baixa interlocução com os demais profissionais.
 - D) Direcionar a atuação apenas para serviços hospitalares de referência municipal.
-

29. Ao analisar a distribuição de postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas no sistema público de saúde, a literatura aponta desafios estruturais de inserção na rede básica. Uma leitura coerente desses dados indica que:

- A) A distribuição de postos pode desfavorecer a APS, sugerindo desafios estruturais de inserção.
 - B) A APS concentra atualmente a maior parte dos vínculos empregatícios de fisioterapia no SUS.
 - C) A fisioterapia possui atuação restrita à alta complexidade, sem interface técnica com a APS.
 - D) A Atenção Primária é irrelevante para o cuidado fisioterapêutico em condições crônicas.
-

30. Em um fórum sobre envelhecimento populacional e cronicidade, discute-se a inserção da fisioterapia na Atenção Primária. O argumento técnico mais consistente para justificar a presença desse profissional no território é:

- A) A APS deve limitar-se a agravos agudos, sem papel em funcionalidade e prevenção.
 - B) Envelhecimento e cronicidade ampliam a necessidade de ações em funcionalidade e prevenção.
 - C) O cuidado fisioterapêutico é efetivo apenas quando restrito a hospitais especializados.
 - D) A fisioterapia na APS deve atuar exclusivamente em reabilitação pós-cirúrgica complexa.
-

31. No planejamento da desospitalização de um paciente com dependência funcional, a equipe hospitalar organiza a transição para o domicílio. Para garantir a segurança assistencial, esse processo exige:

- A) Alta hospitalar sem contrarreferência, com retorno apenas em caso de intercorrência.
 - B) Centralização absoluta do cuidado no serviço especializado, com baixa participação da APS.
 - C) Padronização de um único plano de cuidados genérico para todos os usuários acamados.
 - D) Planejamento, critérios de elegibilidade e definição de responsabilidades entre equipe e família.
-

32. Ao elaborar o plano de reabilitação para uma pessoa que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o fisioterapeuta deve alinhar as condutas aos marcos nacionais de cuidado. O eixo terapêutico mais compatível com essas diretrizes é:

- A) Prevenção de complicações, metas funcionais, progressão terapêutica e orientação ao cuidador.
 - B) Ênfase exclusiva em força máxima como indicador central, sem priorizar o treino funcional.
 - C) Foco apenas em analgesia e repouso absoluto até a estabilização de todos os déficits.
 - D) Intervenção restrita ao ambiente hospitalar, sem continuidade assistencial após a alta.
-

33. Com o objetivo de reduzir atrasos e falhas na coordenação do atendimento ao AVC na rede de urgência, o serviço de saúde deve implementar a padronização de rotinas assistenciais, visando prioritariamente:

- A) Ampliar a variabilidade de condutas para atender preferências individuais dos profissionais.
 - B) Substituir a avaliação clínica por um roteiro fixo, eliminando o julgamento profissional.
 - C) Garantir fluxo assistencial consistente e reduzir atrasos e falhas de coordenação no atendimento.
 - D) Concentrar o cuidado em um único ponto isolado da rede para reduzir a contrarreferência.
-

34. Um paciente com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) necessita de um plano de cuidados que considere a complexidade da lesão. De acordo com as diretrizes nacionais de reabilitação, a abordagem fisioterapêutica deve:

- A) Planejar intervenção focada no componente motor, evitando a fadiga da avaliação cognitiva.
 - B) Priorizar repouso prolongado e postergar a reabilitação para evitar exacerbação de sintomas.
 - C) Direcionar o cuidado apenas para o controle da dor, com pouca ênfase na participação social.
 - D) Desenvolver plano multiprofissional com metas funcionais, segurança e atenção à cognição.
-

35. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências e da rede básica, o cuidado integral à pessoa idosa exige uma organização específica. Essa atenção implica obrigatoriamente:

- A) Atenção centrada em episódios agudos isolados, com foco apenas no encaminhamento.
 - B) Rede articulada, estratificação de necessidades e integração de pontos de atenção.
 - C) Organização do cuidado prioritariamente hospitalar, reduzindo o papel da rede básica.
 - D) Ações baseadas apenas na queixa-conduta imediata, sem planejamento longitudinal.
-

36. Diante de situações de recusa ou dificuldade de acesso prioritário para usuários idosos em serviços do SUS, o profissional deve pautar sua conduta nos direitos previstos legalmente. Segundo o Estatuto do Idoso, a interpretação correta é:

- A) A proteção de direitos orienta a prioridade, exigindo que o serviço garanta o acesso e o cuidado.
 - B) A prioridade pode ser aplicada conforme a conveniência, desde que haja orientação de retorno.
 - C) A prioridade restringe-se aos serviços privados, tendo menor alcance legal dentro do SUS.
 - D) O Estatuto trata principalmente de benefícios previdenciários, sem interface com o acesso.
-

37. Ao realizar a Avaliação Gerontológica Ampla (AGA) de um paciente nonagenário, o fisioterapeuta foca em aspectos que diferenciam a abordagem geriátrica da clínica convencional. Essa técnica enfatiza primordialmente:

- A) Diagnóstico por sistemas orgânicos isolados, com baixa ênfase na funcionalidade real.
 - B) Condutas centradas exclusivamente na farmacoterapia isolada como base do plano.
 - C) Priorização da alta complexidade hospitalar como o único cenário relevante de cuidado.
 - D) Avaliação global: funcionalidade, cognição, comorbidades, polifarmácia e suporte social.
-

38. Uma paciente idosa frágil apresenta histórico recorrente de quedas e medo de novas ocorrências. Ao planejar a intervenção em gerontologia clínica, a estratégia mais compatível com a redução de riscos é:

- A) Treino de alta intensidade como ponto de partida, com progressão acelerada e baixa adaptação.
 - B) Utilização de um protocolo único padronizado, independentemente da avaliação inicial individual.
 - C) Priorização de medidas puramente passivas, mantendo baixo estímulo para reduzir riscos.
 - D) Intervenção com foco em funcionalidade, equilíbrio, força e progressão individualizada.
-

39. No contexto da saúde cardiovascular, o fisioterapeuta atua em programas estruturados de reabilitação. Do ponto de vista técnico e normativo, a reabilitação cardiovascular é definida como:

- A) Orientação geral de atividade física doméstica sem necessidade de avaliação ou monitoração.
 - B) Programa estruturado com estratificação de risco, prescrição, monitorização e educação.
 - C) Programa centrado em educação teórica, com baixa ênfase na prescrição de exercícios.
 - D) Intervenção limitada estritamente ao período hospitalar agudo, sem continuidade.
-

40. Um paciente com insuficiência cardíaca avançada em cuidados paliativos necessita de um plano de cuidados focado na qualidade de vida. O direcionamento mais coerente para a assistência, segundo os protocolos clínicos, é:

- A) Priorizar alívio de sintomas, comunicação clara e alinhamento aos valores do paciente.
 - B) Priorizar intervenções curativas heroicas e postergar o manejo de sintomas até o óbito.
 - C) Manter o foco técnico exclusivo em exames laboratoriais, com baixa relevância para o sofrimento.
 - D) Evitar a tomada de decisão compartilhada para mitigar conflitos emocionais com a família.
-

41. Ao prescrever exercícios terapêuticos para um paciente com disfunção musculoesquelética, o fisioterapeuta deve seguir princípios fundamentais da cinesioterapia. A prescrição clínica mais consistente baseia-se em:

- A) Priorizar o alongamento passivo como recurso único para todas as disfunções musculoesqueléticas.
 - B) Utilizar exatamente o mesmo protocolo para diferentes diagnósticos, variando apenas o tempo.
 - C) Evitar qualquer tipo de progressão para reduzir o desconforto e manter a estabilidade do plano.
 - D) Basear-se em avaliação, objetivos, dose (intensidade/volume) e progressão conforme resposta.
-

42. Um paciente apresenta dor crônica no ombro associada a compensações escapulares evidentes. Para orientar a reeducação motora de forma eficaz, o raciocínio clínico baseado na cinesiologia do aparelho musculoesquelético deve envolver:

- A) Focar apenas no fortalecimento global sem realizar análise minuciosa do padrão de movimento.
 - B) Priorizar o repouso absoluto prolongado até o desaparecimento completo e espontâneo da dor.
 - C) Avaliar biomecânica, cadeia cinética e padrão escapulo umeral para orientar a reeducação.
 - D) Tratar apenas com recursos analgésicos passivos, adiando a reeducação motora indefinidamente.
-

43. No cotidiano assistencial, o fisioterapeuta utiliza guias técnicos para apoiar o raciocínio e a tomada de decisão em condições clínicas comuns. O objetivo central de obras como o "Guia de Sobrevivência do Fisioterapeuta" é:

- A) Discussão teórica densa concentrada em pesquisa básica sem aplicação clínica imediata.
 - B) Apoiar o manejo clínico prático de condições comuns, com raciocínio e tomada de decisão.
 - C) Revisão puramente normativa e legal do exercício profissional sem interface assistencial.
 - D) Manual focado exclusivamente em terapia intensiva e suporte de ventilação mecânica.
-

44. Ao atender um paciente oncológico em fase de tratamento quimioterápico, o fisioterapeuta deve elaborar uma linha de cuidado segura. A conduta mais compatível com a segurança oncológica é:

- A) Prescrever treino padronizado de alta intensidade como eixo único, com baixa adaptação.
 - B) Concentrar a atuação apenas em técnicas passivas, evitando exercícios durante a quimio.
 - C) Abordar funcionalidade, fadiga e dor, respeitando a segurança clínica do tratamento.
 - D) Direcionar intervenção reabilitadora apenas após o encerramento total de todas as terapias.
-

45. Na assistência hospitalar pediátrica e neonatal, a tomada de decisão clínica do fisioterapeuta deve ser pautada em critérios rigorosos. De acordo com os guias de atendimento neonatal, as condutas devem:

- A) Adotar parâmetros e metas do adulto como referência principal para a prescrição infantil.
 - B) Considerar particularidades fisiológicas, segurança, monitorização e metas adequadas à idade.
 - C) Priorizar intervenções o mais tardio possível para reduzir o risco de manipulação excessiva.
 - D) Planejar condutas com foco exclusivo no desempenho esportivo futuro como eixo do cuidado.
-