



SIMULADO ESPECIAL

ENARE

Residências Multiprofissionais -

Fisioterapia - Pós-Edital

Simulado

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia)

Nome: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O SIMULADO

- 1 - Este simulado conta com questões focadas no concurso **ENARE**, cargo de **Residências Multiprofissionais - Fisioterapia**;
- 2 - A prova contém itens que abordam conhecimentos cobrados no edital do concurso;
- 3 - As questões são inéditas e foram elaboradas pelos nossos professores com base no perfil da banca organizadora;
- 4 - Os participantes têm das **8:00h às 13:30h** para responder às questões e preencher o Gabarito Eletrônico;
- 5 - O link para preencher o formulário com seu gabarito está localizado logo após estas instruções;

PREENCHA SEU GABARITO

Clique no link, ou copie e cole no seu navegador, para preencher seu gabarito.

<https://forms.gle/uXZixQNz9U25oh5NA>

01 - A B C D E	21 - A B C D E	41 - A B C D E	61 - A B C D E	81 - A B C D E
02 - A B C D E	22 - A B C D E	42 - A B C D E	62 - A B C D E	82 - A B C D E
03 - A B C D E	23 - A B C D E	43 - A B C D E	63 - A B C D E	83 - A B C D E
04 - A B C D E	24 - A B C D E	44 - A B C D E	64 - A B C D E	84 - A B C D E
05 - A B C D E	25 - A B C D E	45 - A B C D E	65 - A B C D E	85 - A B C D E
06 - A B C D E	26 - A B C D E	46 - A B C D E	66 - A B C D E	86 - A B C D E
07 - A B C D E	27 - A B C D E	47 - A B C D E	67 - A B C D E	87 - A B C D E
08 - A B C D E	28 - A B C D E	48 - A B C D E	68 - A B C D E	88 - A B C D E
09 - A B C D E	29 - A B C D E	49 - A B C D E	69 - A B C D E	89 - A B C D E
10 - A B C D E	30 - A B C D E	50 - A B C D E	70 - A B C D E	90 - A B C D E
11 - A B C D E	31 - A B C D E	51 - A B C D E	71 - A B C D E	91 - A B C D E
12 - A B C D E	32 - A B C D E	52 - A B C D E	72 - A B C D E	92 - A B C D E
13 - A B C D E	33 - A B C D E	53 - A B C D E	73 - A B C D E	93 - A B C D E
14 - A B C D E	34 - A B C D E	54 - A B C D E	74 - A B C D E	94 - A B C D E
15 - A B C D E	35 - A B C D E	55 - A B C D E	75 - A B C D E	95 - A B C D E
16 - A B C D E	36 - A B C D E	56 - A B C D E	76 - A B C D E	96 - A B C D E
17 - A B C D E	37 - A B C D E	57 - A B C D E	77 - A B C D E	97 - A B C D E
18 - A B C D E	38 - A B C D E	58 - A B C D E	78 - A B C D E	98 - A B C D E
19 - A B C D E	39 - A B C D E	59 - A B C D E	79 - A B C D E	99 - A B C D E
20 - A B C D E	40 - A B C D E	60 - A B C D E	80 - A B C D E	100 - A B C D E

CONHECIMENTOS BÁSICOS**SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE***Lígia Carvalheiro*

1. Cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais, sendo um deles:

- a) Atenção básica como prioridade no atendimento.
- b) A saúde como dever do Estado e direito do cidadão.
- c) Financiamento federal centralizado.
- d) Reformulação do Sistema Previdenciário.
- e) A saúde como direito do Estado e dever do cidadão.

2. Conforme a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, assinale a alternativa incorreta:

- a) As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum.
- b) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é um dos objetivos do SUS.
- c) À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde.

d) Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

e) As Comissões Intergestoras têm por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. É um dos princípios do SUS e da Rede de Atenção em Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- a) Equidade.
- b) Regionalização e Hierarquização.
- c) População Adscrita.
- d) Territorialização.
- e) Cuidado Centrado na Pessoa.

4. Segundo a Norma Regulamentadora nº 32, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, assinale a alternativa quanto ao que o empregador deve vedar:

- a) a utilização de pias de trabalho para o fim a qual foi prevista.
- b) a cultura de segurança entre os profissionais de saúde.
- c) o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho.
- d) a guarda de alimentos na copa.
- e) o uso de calçados fechados.

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia) - 09/08/2025

5. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de saúde, através da aprendizagem no trabalho e da articulação entre ensino e intervenção na realidade. São seus objetivos, exceto:
- a) Qualificar a atenção à saúde e os processos formativos nos serviços de saúde.
 - b) Promover a integração entre o ensino, o trabalho e as práticas de saúde.
 - c) Desenvolver dependência entre os profissionais de saúde.
 - d) Incentivar a participação e o controle social nas ações de saúde.
 - e) Melhorar a qualidade da atenção à saúde e a satisfação dos usuários.
8. À luz da Lei nº 8.080/1990, no que se refere aos serviços privados de assistência à saúde, assinale a alternativa correta:
- a) É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde no caso de serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.
 - b) O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.
 - c) A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito privado.
 - d) Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, aprovados pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - e) Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, o Conselho Nacional de Saúde deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Breno Caldas

6. A Política Nacional de Humanização (PNH) baseia-se em orientações clínicas, éticas e políticas, expressas por meio de diferentes arranjos de trabalho. Nesse sentido, é orientada por um conjunto de diretrizes. Assinale a alternativa que apresenta uma dessas diretrizes:
- a) Acolhimento com classificação de risco
 - b) Indissociabilidade entre atenção e gestão
 - c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos
 - d) Transversalidade
 - e) Gestão Participativa e cogestão
7. A Lei nº 8.080/1990 prevê a instituição de Comissões Intersetoriais, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de:
- a) Definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia) - 09/08/2025

9. Com base na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços de saúde, assinale a alternativa correta sobre o direito das mulheres ao acompanhamento nesses serviços:

- a) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde do sexo feminino.
- b) Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.
- c) O acompanhante será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de um profissional de saúde, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.
- d) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente familiar do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente.
- e) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, somente na ausência do acompanhante requerido.

10. Conforme o disposto na Lei nº 8.080/1990, assinale a alternativa correta:

- a) A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Conselho Nacional de Saúde.
- b) Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante contrato, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.
- c) Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- d) Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito público na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- e) As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum

SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE*Thaysa Vianna*

11. De acordo com o Art. 3º da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A PNVS comprehende a articulação de saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária.
- b) As ações da PNVS devem estar alinhadas às demais políticas de saúde do SUS, respeitando a integralidade do cuidado.
- c) A vigilância em saúde, segundo a PNVS, atua de forma isolada das demais políticas públicas, com foco exclusivo na detecção precoce de agravos.
- d) A PNVS reconhece a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre os determinantes do processo saúde-doença.
- e) A composição da PNVS considera a interrelação entre diferentes áreas da vigilância para promover a integralidade das ações em saúde.

12. Sobre as definições encontradas no Art. 6º da PNVS, julgue os itens abaixo e marque a alternativa correta:

- a) Ações laboratoriais: ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde.
- b) Ações de promoção da saúde: um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- c) Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em

resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

d) Modelo de Atenção à Saúde: conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades.

e) Integralidade da atenção: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

13. Os eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança organizam as ações e serviços de saúde voltados ao público infantil, garantindo o cuidado integral desde o nascimento até os primeiros anos de vida.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta que apresenta um dos eixos estratégicos previstos na política:

- a) Redução da mortalidade infantil exclusivamente por meio da ampliação de leitos de UTI neonatal.
- b) Monitoramento da aprendizagem escolar como principal indicador de desenvolvimento infantil.
- c) Diagnóstico precoce e isolamento de doenças infectocontagiosas em ambientes escolares.
- d) Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas.
- e) Campanhas sazonais de vacinação restritas a crianças de até 1 ano de idade.

14. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta um conjunto amplo de objetivos e estratégias que abrangem múltiplas dimensões da saúde feminina, considerando aspectos clínicos, sociais, culturais e populacionais.

Considerando as diretrizes dessa política, assinale a alternativa que melhor expressa uma das suas estratégias específicas:

a) Integração das ações de atenção clínica ginecológica com foco na qualificação da atenção a mulheres vivendo com HIV e outras DST, fortalecendo a rede básica e especializada.

b) Concentração das ações de planejamento familiar exclusivamente na população feminina adulta, com menor prioridade para homens e adolescentes.

c) Desenvolvimento de redes regionais de atenção obstétrica e neonatal, que garantam atendimento integral, humanizado e qualificado, incluindo o suporte à gestante de alto risco, situações de urgência e cuidado ao abortamento.

d) Foco prioritário na assistência especializada para câncer de mama e colo uterino, com recursos direcionados principalmente para atendimento hospitalar de alta complexidade.

e) Direcionamento da política para mulheres em idade reprodutiva, com ações pontuais para saúde no climatério e terceira idade, sem incorporar especificidades relacionadas a grupos vulneráveis.

15. Analise as descrições abaixo e assinale a alternativa que apresenta a **definição correta** de um tipo específico de vigilância em saúde:

a) Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde relacionados ao ambiente, à produção e circulação de bens e à prestação de serviços, controlando todas as etapas desde a produção ao descarte.

b) Vigilância sanitária: ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com o objetivo de prevenir e controlar doenças transmissíveis e não transmissíveis.

c) Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que visam promover a saúde do trabalhador por meio da prevenção da morbimortalidade e redução dos riscos decorrentes dos processos produtivos.

d) Vigilância em saúde do trabalhador: conjunto de ações que promovem o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores ambientais que interferem na saúde humana, recomendando medidas de promoção, prevenção e monitoramento dos fatores de risco relacionados às doenças ou agravos.

e) Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Guilherme Gasparini

16. Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBTQIA+ instituída pela Portaria Nº 2.8636/2011, assinale a alternativa que não corresponda a um dos objetivos específicos da portaria:

a) Garantir o uso do nome civil de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

b) Promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens.

c) Garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados

d) Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais.

e) Prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento.

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia) - 09/08/2025

17. Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBTQIA+ instituída pela Portaria Nº 2.8636/2011, assinale a alternativa que corresponde a uma atribuição relacionada ao Ministério da Saúde:

- a) Distribuir e apoiar a divulgação da carta dos direitos dos usuários da saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social.
- b) Conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na comissão intergestores bipartite (CIB).
- c) Complementar a política nacional de saúde integral LGBT no município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- d) Identificar as necessidades de saúde da população LGBT no município.
- e) Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta política nacional de saúde integral LGBT.

18. De acordo com a Portaria 1.526/2023 que dispõe acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, é correto afirmar que a pessoa com deficiência é definida como:

- a) É aquela com impedimento de longo prazo de natureza exclusivamente física e sensorial.
- b) É aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.
- c) É aquela com impedimento de curto a longo prazo de natureza psicológica e doença mental.
- d) É aquela com impedimento de curto prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.
- e) É aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode facilitar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições.

19. Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência instituída pela Portaria Nº 1.526/2023, assinale a alternativa que não corresponda a um direito adquirido:

- a) Exercer direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito à fertilização assistida
- b) Conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória
- c) Atendimento psicológico dedicado exclusivamente às pessoas com deficiência.
- d) Serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência
- e) Atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação

20. Segundo a Lei nº 13.146/2015 e a Portaria Nº 1.526/2023 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, as barreiras existentes que impedem a participação plena, integral e equitativa da pessoa com deficiência na sociedade são:

- a) urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e escolar.
- b) urbanísticas, religiosa, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas.
- c) na área da saúde, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas.
- d) urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas.
- e) urbanísticas, religiosa, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais, tecnológicas e religiosas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**FISIOTERAPIA 1***Mara Ribeiro*

21. Durante avaliação neurológica de um indivíduo de 45 anos com traumatismo crânioencefálico e suspeita de lesão do trato corticoespinhal, o examinador observa: Postura de braços rígidos em extensão completa, punhos em flexão e dedos “em garra”; pernas estendidas com hiperextensão de joelhos e tornozelos em plantiflexão. Reflexo patelar bilateralmente exuberante, com clônus sustentado de cinco repetições. Sinal de Babinski presente em ambos os pés. Tônus muscular avaliado pela movimentação passiva revela resistência dependente da velocidade (sinal do canivete). Com base nesses achados, assinale a alternativa que melhor caracteriza a topografia da lesão e o tipo de alteração do tônus:

- a) Lesão do neurônio motor inferior em nível medular, com hipertonia plástica e presença de clônus, indicando disfunção do sistema facilitador.
- b) Lesão supramedular, com hipertonia elástica (espasticidade), clônus e sinais de liberação (Babinski), consistente com lesão do trato corticoespinhal superior.
- c) Lesão dos hemisférios cerebelares, manifestada por hipertonia elástica, clônus e postura em decorticacão, indicando desinibição do arco reflexo miotático.
- d) Lesão dos núcleos da base (paleoestriado), responsável por rigidez plástica, sinal da roda denteada e Babinski positivo, caracterizando hipertonia plástica de origem extrapiramidal.
- e) Lesão do corno anterior medular (motoneurônio inferior), associada a retenção de clônus e aumento de reflexos profundos, definindo quadro de hipotonia reflexa.

22. Em um paciente tetraplégico submetido a avaliação de força muscular, solicita-se que estenda o punho contra resistência manual do examinador. Observa-se que ele realiza o movimento completo, consegue vencer resistência

moderada (o examinador aplica pressão equivalente à força de um punho fechado), porém não consegue manter a posição contra resistência máxima (examinador empenha toda a força). Considerando a escala MRC (Medical Research Council), o grau de força desse teste é:

- a) **Grau 2** – contração muscular com deslocamento do segmento apenas ao eliminar a ação da gravidade.
- b) **Grau 3** – movimento ativo contra ação da gravidade, mas incapaz de vencer qualquer resistência externa.
- c) **Grau 4** – movimento ativo contra o examinador, superando resistência moderada, porém não a máxima.
- d) **Grau 5** – movimento ativo capaz de vencer resistência máxima sem exaustão precoce.
- e) **Grau 1** – presença de contração muscular palpável sem movimento visível do segmento.

23. Em um voluntário em pé, a perfusão sanguínea e a ventilação pulmonar apresentam gradientes do ápice à base. Assinale a alternativa que resume corretamente a razão V/Q e suas implicações fisiológicas nestas regiões:

- a) No ápice, $V/Q \approx 3,0$ (ventilação alta / perfusão baixa), promovendo aumento do espaço morto e leve hipercapnia; na base, $V/Q \approx 0,5$ (ventilação baixa / perfusão alta), favorecendo shunt e hipoxemia.
- b) No ápice, $V/Q > 1$ (ventilação excede perfusão), resultando em espaço morto alveolar relativo; na base, $V/Q < 1$ (perfusão excede ventilação), resultando em unidades com fluxo sanguíneo preferencial e risco de shunt intrapulmonar.
- c) Em ambas as regiões, $V/Q \approx 1$, pois o pulmão adapta a perfusão de modo a igualar ventilação e fluxo sanguíneo, evitando quaisquer gradientes de V/Q em posição ortostática.
- d) No ápice, $V/Q < 1$ devido à pressão hidrostática baixa que favorece o colapso capilar; na base, $V/Q > 1$ devido à elevada pressão arterial pulmonar que inibe a ventilação por excesso de fluxo sanguíneo.
- e) No ápice, $V/Q \approx 0,8$ (taxa normal), pois o volume alveolar é maior e a perfusão corresponde; na base, $V/Q \approx 0,8$ também, já que a complacência iguala ventilação e fluxo em todo o pulmão.

24. Durante a avaliação dinâmica do sistema respiratório de um paciente em posição ortostática, observa-se que, durante a inspeção cineantropométrica, o volume torácico anteroposterior aumenta principalmente nas primeiras seis costelas, enquanto o diâmetro laterolateral se expande mais significativamente nas costelas inferiores. Assinale a alternativa que melhor relaciona os termos de “braço de bomba” e “alça de balde” com seus mecanismos cinesiológicos e músculos envolvidos:

- a) “Braço de bomba” refere-se ao movimento de elevação das costelas inferiores, promovido principalmente pelos intercostais internos e pelo diafragma crural, aumentando o diâmetro laterolateral; “alça de balde” descreve a projeção anterior das costelas superiores, resultante da contração dos escalenos e do esternocleidomastóideo, ampliando o diâmetro anteroposterior.
- b) “Braço de bomba” envolve o abaixamento do esterno pela contração dos intercostais internos, reduzindo a dimensão anteroposterior; “alça de balde” descreve o abaixamento das costelas inferiores pelo reto abdominal, diminuindo o diâmetro laterolateral.
- c) “Braço de bomba” refere-se à rotação medial das costelas inferiores acionada pelo diafragma, aumentando principalmente o diâmetro laterolateral; “alça de balde” diz respeito à movimentação das costelas superiores por músculos acessórios do pescoço, ampliando o diâmetro craniocaudal.
- d) “Braço de bomba” descreve a elevação da parte anterior da caixa torácica (costelas 1–6 e esterno), promovida pelos intercostais externos e músculos cervicais inspiratórios (escalenos e esternocleidomastóideo), que aumenta o diâmetro anteroposterior; “alça de balde” caracteriza a elevação das costelas inferiores (7–10), pelo intercostal externo e pela ação do diafragma nas porções costais, resultando em aumento do diâmetro laterolateral.

e) “Braço de bomba” é o movimento de retração das costelas superiores em expiração forçada, mediado pelos intercostais internos; “alça de balde” refere-se ao abaixamento do diafragma na expiração passiva, reduzindo os diâmetros anteroposterior e laterolateral.

25. Um homem de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca congestiva avançada (fração de ejeção 25%), em uso de diurético de alça e Inibidor de ECA, procura atendimento queixando-se de cansaço intenso e episódios de dispneia noturna. Ao examiná-lo em decúbito dorsal, o fisioterapeuta observa o seguinte ritmo respiratório ao longo de cinco minutos: Inicia com várias incursões respiratórias superficiais e lentas; Progressivamente, as respirações tornam-se mais profundas e frequentes, alcançando um pico de amplitude e frequência por cerca de 30 s; Segue-se diminuição gradual da profundidade e da frequência até um breve período de apneia (10–15 s); O ciclo então se reinicia de forma idêntica. Considerando o quadro clínico e o padrão descrito, a melhor caracterização dessa alteração de ritmo respiratório é:

- a) **Respiração de Biot (ataxica)** – irregular, com períodos imprevisíveis de inspiração profunda e apneia, típica de lesões bulbopontinas.
- b) **Respiração de Kussmaul** – inspiração ruidosa seguida de apneia inspiratória, expiração ruidosa e apneia expiratória, observada em acidose metabólica grave.
- c) **Taquipneia** – aumento persistente da frequência respiratória acima de 20 rpm, com inspiração e expiração rasas.
- d) **Respiração de Cheyne-Stokes** – ciclo regular de inspirações que aumentam e diminuem em profundidade seguido de breve apneia, frequentemente associado à insuficiência cardíaca ou lesões cerebrais.
- e) **Dispneia suspirosa** – respirações normais intercaladas com suspiros profundos ocasionais, geralmente de origem emocional ou comportamental.

26. Um paciente de 55 anos, em pós-operatório de colecistectomia por videolaparoscopia, permanece internado em enfermaria há 24 h. Refere dor moderada no peito ao respirar profundamente e mantém padrão respiratório superficial, com frequência de 22 rpm. Ao exame, apresenta SpO₂ em ar ambiente de 92 %, crepitações finas em bases pulmonares e radiografia demonstra atelectasias iniciais. O fisioterapeuta opta por uma técnica de expansão pulmonar que maximize o volume corrente, recrute alvéolos e minimize o uso de musculatura acessória, sem exigir grande equipamento.

- a) Tosse manualmente assistida: o terapeuta aplica compressão torácica no início da expiração para ajudar a expulsão de secreções.
- b) Drenagem postural em decúbito ventral: posiciona o paciente para favorecer escoamento de secreções por gravidade.
- c) Vibração torácica associada à percussão: aplica oscilações manuais durante a expiração para mobilizar secreções.
- d) Huff (expiração forçada, "huffing"): expira com glote aberta para deslocar secreções até vias centrais.
- e) Inspiração máxima sustentada: inspira lenta e profundamente pelo nariz até a CPT, sustenta por 3 s com feedback visual e expira suavemente por boca com freno labial.

27. Um paciente de 35 anos sofre traumatismo por facada no flanco direito, com dor intensa e fratura costal. Nas primeiras horas, apresenta dor e formigamento na perna esquerda, além de força preservada. Ao 2º dia, nota-se: Membros inferiores à direita: escore de força 0/5, tônus aumentado, reflexo patelar em hiperreflexia com clônus e Babinski positivo; discriminação de posição e vibração ausentes abaixo de T10.

Membros inferiores à esquerda: força 5/5, tônus normal; dor e calor têm sensibilidade reduzida 2

dermátomas abaixo de T10; tacto leve e pressão preservados.

Com base neste quadro, qual síndrome medular melhor explica os achados?

- a) Síndrome da coluna anterior.
- b) Tabes dorsal.
- c) Síndrome do cone medular.
- d) Síndrome do cone-cauda equina.
- e) Síndrome de Brown-Séquard.

28. Um paciente de 68 anos, com DPOC grave, internado em enfermaria, apresenta acúmulo significativo de secreções espessas, crepitações finas difusas e pico de fluxo de tosse de 140 L/min. Ele é cooperativo, porém se queixa de falta de ar ao realizar manobras intensas. O fisioterapeuta deseja aplicar uma técnica de higiene brônquica ativa, capaz de deslocar secreções das pequenas vias aéreas para as vias maiores sem provocar fadiga excessiva ou dor torácica.

- a) Drenagem postural em decúbito ventral, mantida por 15 min, para promover escoamento por gravidade.
- b) Percussão torácica seguida de vibração, com tapotagem rítmica de 240 ciclos/min durante a inspiração.
- c) Tosse assistida manual, com compressão abdominal durante a expiração para aumentar o pico de fluxo.
- d) Ciclo ativo da respiração (CAR), integrando respiração diafragmática + pausa inspiratória + huff.
- e) Drenagem autógena, com três fases graduais de "descolar" (inspirações curtas e pausas), "coletar" (inspirações em volume corrente) e "eliminar" (inspirações altas seguidas de huff), permitindo mobilização das secreções das zonas periféricas às centrais.

29. Um homem de 45 anos sofreu lesão medular traumática completa em T4 há 3 meses. Está em reabilitação, com tetraparesia flácida abaixo do nível da lesão e bexiga neurogênica reflexa tratada por cateterismos intermitentes. Durante a troca de bolsa coletora, relata súbita dor de cabeça intensa, tontura, visão turva e sensação de “tela quente” na face. A pressão arterial, habitualmente em torno de 110×70 mmHg, atingiu 200×110 mmHg; nota-se sudorese e rubor acima da lesão e palidez nas pernas.

- a) Trombose venosa profunda.
- b) Disreflexia autonômica.
- c) Hipotensão ortostática.
- d) Espasticidade.
- e) Ossificação heterotópica.

30. Um paciente de 65 anos, em processo de desmame após 10 dias de ventilação mecânica, apresenta queixa de fadiga e dispneia ao esforço leve. O fisioterapeuta decide avaliar a força da musculatura respiratória por manovacuometria (PImáx/PEmáx). Qual dos seguintes protocolos está de acordo com as recomendações técnicas para obter medidas válidas e reproduutíveis?

- a) Posicionar o paciente em decúbito dorsal 30°, usar máscara facial sem vazamento controlado, solicitar 10 manobras de PImáx/PEmáx seguidas, e considerar o maior valor obtido mesmo se variar até 30%.
- b) Medir a PImáx a partir da capacidade pulmonar total e a PEmáx a partir do volume residual, pedir inspiração/expiração rápidas sem sustentação de pressão e registrar o primeiro pico de pressão.
- c) Sentar o paciente a 45°, usar boquilha com clipe nasal e orifício de 2 mm, solicitar 3–6 manobras de PImáx (do VR) e MEP (da CPT), sustentando cada esforço por ≥ 1 s, e aceitar apenas variação $\leq 20\%$ entre elas.
- d) Avaliar PImáx/PEmáx com equipamento digital sem necessidade de sustentação de pressão, usando interface oronasal, e registrar a média das

melhores cinco tentativas independentemente da variabilidade.

- e) Realizar PImáx/PEmáx em pé, sem clipe nasal, medindo somente a pressão máxima alcançada, pois o tempo de sustentação não influencia no valor final.

31. Mulher de 58 anos, diagnosticada com carcinoma de mama estágio II, programada para quimioterapia adjuvante, é encaminhada ao fisioterapeuta para pré-reabilitação. Ela apresenta bom estado funcional (capacidade de caminhar 1 km sem fadiga), mas refere histórico de hipertensão controlada e tem medo de desenvolver cardiotoxicidade pelo tratamento oncológico. Qual plano de exercício aeróbico o fisioterapeuta deve PRESCREVER, de acordo com a Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia 2020, para reduzir o risco de disfunção cardíaca?

- a) Caminhada leve de 15 min, 3x/semana, mantendo frequência cardíaca em 40% da reserva.
- b) Bicicleta ergométrica diária de 60 min em intensidade vigorosa ($> 70\%$ da reserva), com monitorização de pressão a cada 10 min.
- c) Sessões de corrida leve de 30 min, 3 dias/semana, em intensidade moderada (50–70% da reserva).
- d) Caminhada moderada de 30 min, 5 dias/semana, em 50–70% da reserva de frequência cardíaca; ajustar progressivamente conforme tolerância.
- e) Natação de 45 min, 3 vezes/semana, intervalo de 2 min entre séries, monitorando saturação $> 95\%$.

32. Paciente oncológico de 70 anos, internado há 10 dias após cirurgia pélvica extensa e início de radioterapia, desenvolve fraqueza grave, permanece acamado, mantendo a mobilidade nos membros e inicia úlcera de pressão sacral. Segundo a classificação da Síndrome do Imobilismo, qual o grau que melhor descreve suas limitações?

- a) Grau 1 (Limitação muito leve): mobiliza sozinho, fraqueza leve e pouca intolerância ao esforço.
- b) Grau 2 (Limitação leve): mobiliza com pouco auxílio e mantém postura estática independente.
- c) Grau 3 (Limitação moderada): permanece em postura estática independente apenas por segundos e necessita auxílio moderado para se mover.
- d) Grau 4 (Limitação importante): restrito ao leito, mas com alguma mobilidade independente em segmentos ou com auxílio.
- e) Grau 5 (Limitação grave): sem mobilidade independente em membros ou tronco, porém com capacidade de manter postura sem apoio.

33. Paciente em pós-operatório de gastrectomia total para câncer gástrico, internado há 4 dias, apresenta fraqueza muscular generalizada (MRC global = 3/5), dispneia leve (Borg dispneia 3/10), SpO₂ 93% em ar ambiente e usa cateter venoso central. O objetivo é prevenir complicações respiratórias e tromboembólicas, mantendo função cardiovascular e independência funcional. Qual conduta inicial de mobilização é mais adequada?

- a) Sentar o paciente beira-leito por 10 min, seguido de marcha estática com apoio de andador, monitorando SpO₂ e interrompendo se cair abaixo de 90%.
- b) Sedestação beira-leito com pausas para respiração diafragmática (Borg ≤ 3), seguida de transferências leito–cadeira, rolamentos no leito e bombeamento ativo de tornozelos, monitorando FC, PA e SPO₂.
- c) Mobilização passiva intensa de todos os segmentos, 30 repetições/articulação, sem estímulo ativo para evitar fadiga.

d) Deambulação livres em corredor por distâncias crescentes, começando em 50 m, mesmo com fraqueza, para acelerar alta hospitalar.

e) Eletrostimulação de quadríceps e glúteos 45 min/dia e uso de bomba pneumática nos membros inferiores sem exercícios ativos.

34. Em um paciente com câncer avançado em cuidados paliativos, a equipe deseja avaliar rapidamente múltiplos sintomas (dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, dispneia, insônia) e priorizar as intervenções. Qual escala é **mais adequada** para essa finalidade?

- a) **Palliative Performance Scale (PPS)** – avalia status funcional e prognóstico, variando de 0% (morte) a 100% (saudável).
- b) **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** – questionário simples que pontua intensidade de nove sintomas principais em escala de 0–10.
- c) **Palliative Care Screening Tool (PCST)** – identifica necessidade de encaminhamento a paliativos considerando diagnóstico e comorbidades.
- d) **Karnofsky Performance Status** – mede status geral e capacidade de autocuidado em pacientes oncológicos, de 0 (morte) a 100 (normal).
- e) **Brief Pain Inventory (BPI)** – avalia intensidade da dor e interferência na função em sete domínios.

35. Em relação aos fatores de risco e à prevenção do câncer de mama, considere as afirmativas a seguir:

I. Mulheres que tiveram a primeira menstruação antes dos 12 anos e a menopausa tardia apresentam maior exposição estrogênica, o que aumenta o risco.

II. O consumo moderado de álcool e o tabagismo ocorrem como fatores de proteção contra o desenvolvimento do câncer de mama.

III. A prática regular de atividade física e a manutenção de peso corporal adequado após a menopausa reduzem o risco de câncer de mama.

IV. O autoexame mensal das mamas tem indicação a partir dos 40 anos, a cada dois anos, como único exame de rastreamento.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas I e II estão corretas.
- b) Apenas I e III estão corretas.
- c) Apenas II e IV estão corretas.
- d) Todas estão corretas.
- e) Nenhuma está correta.

36. Mulher de 55 anos, em pós-operatório de mastectomia radical modificada (tipo Madden) à esquerda, apresenta queixa de sensação de peso no braço E, discreto edema e ADM de ombro limitada a 90°. Sobre as condutas fisioterapêuticas, assinale a única alternativa incorreta:

- a) Iniciar drenagem linfática manual suave, começando pela cadeia ganglionar ipsilateral e contralateral para prevenir evolução do linfedema.
- b) Orientar exercícios de Codman (pendulares) limitados a 90° de abdução, para ganhar amplitude de movimento sem tracionar cicatrizes.
- c) Prescrever mobilização ativa progressiva de 0–15° de elevação escapular nos primeiros 15 dias de pós-operatório, progredindo conforme tolerância.
- d) Iniciar imediatamente contração isométrica de deltoide e peitoral para preservar força muscular,

mesmo com a paciente ainda com dreno, visando prevenir atrofia.

e) Aplicar bandagem compressiva leve (manga elástica) durante a fase de cicatrização tardia, após 15 dias, para suporte circulatório e linfático.

37. Mulher de 62 anos, em uso de adjuvância hormonal para câncer de mama estágio IIA (T2 N0 M0), com histórico de hipertensão controlada e diabetes tipo 2. Há 4 meses foi submetida a mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar total à direita. Na avaliação apresenta linfedema leve de MMSS direito, força de flexão de ombro 3/5 e queixa de fadiga relacionada ao câncer. Ao planejar um programa de exercícios, é mais adequado:

- a) Iniciar imediatamente exercícios resistidos de alta intensidade ($\geq 70\% 1RM$) para o membro superior direito, priorizando ganho de força, e adiar os aeróbicos até o controle total do linfedema.
- b) Prescrever caminhada leve e exercícios de resistência para membro superior a 40% 1RM, com progressão gradual, incluindo drenagem linfática manual e bandagem compressiva.
- c) Evitar exercícios de membro superior; focar apenas em exercícios de membros inferiores e caminhar ≥ 150 min/semana para proteger o braço direito do esforço.
- d) Recomendar repouso relativo do membro direito e exercícios de alta intensidade apenas para membros inferiores, pois a adjuvância hormonal causa risco aumentado de fratura.
- e) Aguardar a retirada do dreno (após 2 meses) e então iniciar exercícios resistidos de braço a 50% 1RM e corrida leve como atividade aeróbica.

38. Homem de 28 anos, funcionário de escritório, refere dor lombar difusa há 7 meses, piora ao amanhecer e alívio com atividade física. Ao exame, observa-se flexão lombar limitada (Schober < 4 cm), expansão torácica reduzida (diâmetro na 4ª costela < 2,5 cm) e postura cifótica acentuada (“postura de esquiador”). A radiografia de coluna lombar mostra sinais iniciais de sacroileíte bilateral. No plano de fisioterapia, a conduta mais indicada inclui:

- a) Repouso absoluto, crioterapia local diária e exercícios de fortalecimento resistido de membros inferiores somente após melhora da dor.
- b) Alongamentos diários de flexores do quadril e mobilizações passivas de coluna, combinados com exercícios respiratórios torácicos e treino de postura ereta.
- c) Massagem profunda em cadeia paravertebral, US contínuo na coluna e treino cardiovascular de alta intensidade (corrida) para acelerar o controle inflamatório.
- d) Eletroestimulação dos eretores da espinha, cinesioterapia apenas de membros superiores e repouso em cama ortopédica por 2 h/dia.
- e) Crioterapia nas sacroilíacas, alongamento dos extensores e imobilização em colete toracolombar para evitar deformidade.

39. Mulher de 34 anos, recentemente tratada de diarreia por *Salmonella*, apresenta há 3 semanas dor e inchaço em tornozelo direito, uretrite leve (queimação ao urinar) e episódios de olho vermelho e dolorido. Exame de líquor negativos; HLA-B27 positivo. O diagnóstico mais provável e a base para sua fisioterapia reumatológica envolvem:

- a) Lúpus eritematoso sistêmico — prescrever crioterapia local e exercícios de fortalecimento geral.
- b) Artrite reumatoide soropositiva — indicar alongamentos de peito do pé e cinesioterapia resistida para prevenir deformidades.

c) Síndrome de Reiter (artrite reativa) — tratar com mobilização suave de tornozelo, drenagem de edema, exercícios de propriocepção e alongamento de fáscia plantar.

d) Espondilite anquilosante — iniciar programa de extensão de coluna e expansão torácica.

e) Osteoartrite pós-traumática — aplicar ultrassom pulsado e treino de alta carga para restaurar função articular.

40. Mulher de 52 anos, queixa-se de rigidez matinal em punhos e mãos há cerca de 90 minutos, dor simétrica nas metacarpofalangianas e punhos há 8 semanas, com tumefação discreta em três articulações de cada mão. Ao exame, apresenta nódulos subcutâneos em regiões extensoras dos dedos e fator reumatoide sérico positivo. De acordo com os critérios da American Rheumatism Association, essa paciente já satisfaz o diagnóstico de artrite reumatoide porque preenche pelo menos quatro dos sete critérios. Quais destes critérios ela apresenta?

- a) Rigidez matinal \geq 60 min; artrite em \geq 3 articulações; artrite em mãos e punhos; nódulos subcutâneos; fator reumatoide positivo.
- b) Rigidez matinal \geq 60 min; artrite em joelho e quadril; fator reumatoide negativo; Exame radiográfico sem erosões.
- c) Rigidez matinal $<$ 30 min; artrite simétrica; artrite em mãos e punhos; ausência de nódulos subcutâneos.
- d) Artrite em \geq 3 articulações; artrite simétrica; alterações radiográficas sem erosões; fator reumatoide positivo.
- e) Artrite em mãos e punhos; remissão espontânea da artrite; nódulos subcutâneos; fator reumatoide positivo.

41. Para estabelecer o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) em detrimento de outras doenças reumatológicas, qual achado apoia especificamente o LES e não costuma ocorrer na artrite reumatoide, espondilite anquilosante, síndrome de Sjögren ou síndrome de Reiter?

- a) Presença de fator reumatoide e erosões ósseas em radiografia de mãos
- b) Presença de HLA-B27 e sacroileíte em radiografia da coluna sacroilíaca
- c) Ceratoconjuntivite seca com retenção lacrimal e xerostomia
- d) Artrite oligoarticular assimétrica com dactilite e uretrite
- e) Rash malar fotossensível e proteinúria com FAN positivo

42. Paciente de 42 anos refere dor difusa há 6 meses envolvendo ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura, incluindo a região cervical e lombar, piora ao menor esforço e melhora com atividade leve. Queixa ainda fadiga persistente, sono não reparador e ansiedade. Ao exame, apresenta dor à pressão em 14 dos 18 “tender points” com força de 4 kg, sem edema articular ou sinais inflamatórios e exames laboratoriais dentro da normalidade. Considerando o manejo fisioterapêutico da fibromialgia, a conduta mais adequada é:

- a) Iniciar programa de exercícios aeróbicos de baixo impacto (caminhada ou bicicleta ergométrica), 3x/semana por 20 min, com progressão gradual conforme tolerado, e orientar técnicas de relaxamento e higiene do sono.
- b) Aplicar ultrassom pulsado (1 MHz, 0,5 W/cm²) diariamente nos pontos dolorosos até desaparecimento completo da dor antes de qualquer exercício.
- c) Focar apenas em alongamentos passivos profundos e massagem profunda em todos os músculos por 60 min, sem recomendação de atividade domiciliar.

d) Recomendar repouso no leito durante os episódios álgicos mais intensos, evitando qualquer atividade física até resolução completa da dor.

e) Prescrever exercícios resistidos de alta carga para fortalecer a musculatura e compensar a perda de força observada na fibromialgia.

43. Diferenciar fibromialgia de síndrome miofascial ou síndrome da fadiga crônica é fundamental para o êxito terapêutico. Sobre os “**tender points**” da fibromialgia e seus achados diferenciais, assinale a alternativa correta:

- a) Na fibromialgia, os tender points são distribuídos bilateralmente em locais anatômicos específicos, sem dor irradiada, enquanto na síndrome miofascial os pontos-gatilho causam dor referida típica.
- b) Na fibromialgia, há aumento de fluxo sanguíneo nos músculos dolorosos, o que diferencia da fadiga crônica, em que o fluxo está reduzido.
- c) O diagnóstico de fibromialgia dispensa a avaliação de qualidade de vida, pois apenas a contagem de tender points define sua gravidade.
- d) Tanto na fibromialgia quanto na síndrome miofascial, os pontos dolorosos produzem dor irradiada ao serem pressionados; somente a intensidade difere.
- e) A síndrome da fadiga crônica apresenta dor difusa e rigidez muscular, mas não apresenta pontos sensíveis específicos ao exame físico, diferindo da fibromialgia.

44. Um fisioterapeuta está avaliando pacientes idosos para síndrome da fragilidade usando critérios clínicos. Assinale a alternativa INCORRETA, isto é, aquele item que não faz parte dos sinais e sintomas clássicos da fragilidade:

- a) Perda de peso não intencional (> 5 kg nos últimos cinco anos), autorrelato de fadiga e diminuição da força de preensão manual.
- b) Lentidão na marcha (demorar ≥ 6 s para percorrer 4,5 m), redução das atividades físicas e diminuição das relações sociais.
- c) Aumento significativo da massa muscular, ganhos de energia e melhora no desempenho físico.
- d) Autorrelato de fadiga mesmo após pequenas tarefas, diminuição da velocidade ao subir escadas e queda de capacidade funcional.
- e) História de internações prolongadas, presença de múltiplas comorbidades e maior risco de quedas.

45. Durante a avaliação de um paciente idoso de 72 anos, o fisioterapeuta observa diminuição de 35 % na força muscular dos membros inferiores em relação a valores de referência, queda na velocidade de marcha (levou 7 s para percorrer 4,5 m) e $VO_2\text{máx}$ cerca de 25 % abaixo do esperado. Considerando as alterações fisiológicas do envelhecimento, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A perda de força muscular (dinapenia) em fibras tipo I é parcialmente explicada pela redução do número de unidades motoras e atrofia de fibras rápidas, fenômeno que acelera a partir dos 50 anos.
- b) A lentidão na marcha e a fragilidade para sustentar cargas submáximas refletem alterações nos mecanismos neurais de resistência muscular ao longo da vida.
- c) A queda de 25 % no $VO_2\text{máx}$ está associada a menor débito cardíaco de pico, redução da frequência cardíaca máxima e número de mitocôndrias musculares.
- d) A redução de 30 % na área de secção transversa e na força muscular até os 70 anos é considerada

dentro dos parâmetros típicos de perda de massa e potência muscular em indivíduos saudáveis.

e) A diminuição da potência muscular afeta prioritariamente o desempenho aeróbio, sendo a primeira capacidade física a se alterar por volta dos 40 anos.

46. Em relação às **alterações ósseas** observadas durante o envelhecimento, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Após os 50 anos, a perda progressiva de massa óssea afeta preferencialmente o osso cortical, enquanto antes dos 50 anos o impacto maior é sobre o osso trabecular.
- b) Osteoblastos são células mononucleadas que sintetizam colágeno tipo I, proteoglicanas e proteínas matrixiais, participando ativamente da mineralização óssea.
- c) A osteopenia fisiológica do idoso decorre de aumento da taxa de formação óssea em relação à reabsorção, levando à remodelação excessiva.
- d) Osteoclastos são formados por fusão de macrófagos residentes no periosteio e atuam exclusivamente na fase construtiva do osso.
- e) A partir da quarta década de vida, persiste predomínio de formação óssea em ritmo ligeiramente reduzido, impedindo qualquer perda de massa óssea até o pico dos 70 anos.

47. Sobre as alterações musculares ligadas ao envelhecimento e suas consequências funcionais, identifique a afirmativa CORRETA:

- a) A sarcopenia caracteriza-se pela perda uniforme de fibras tipo I e II, mantendo a proporção entre ambas e apenas reduzindo a densidade mitocondrial.
- b) A diminuição anual de 1–2 % na massa muscular após os 50 anos se associa a uma redução de até 40 % na força até os 70 anos, o que impacta diretamente a capacidade de deambulação e equilíbrio em idosos.
- c) O declínio da velocidade de condução nervosa periférica com a idade leva a reflexos tardios e maior tempo de reação, agravando alterações de postura e coordenação motora nos idosos.
- d) A atrofia muscular predominante nos membros superiores, em relação aos membros inferiores, explica por que a marcha é normalmente preservada mesmo em idosos com sarcopenia avançada.
- e) A substituição gradual do músculo por tecido conjuntivo é compensada por aumento do número de unidades motoras, preservando a potência muscular em repouso.

48. Maria, 82 anos, realiza o Timed Up and Go (TUG) em 24 s e a Escala de Berg em 38 pontos. Com base nesses resultados, qual conduta o fisioterapeuta deve priorizar?

- a) Manutenção do nível atual de exercício, pois ambos os testes indicam baixo risco de queda.
- b) Implementar treino de força de membros inferiores e exercícios de marcha, visando reduzir o tempo do TUG e aumentar a pontuação da Berg.
- c) Suspender atividades de mobilidade até reavaliar em 6 meses, pois o baixo desempenho sinaliza contra-indicação temporária ao exercício.
- d) Adotar apenas recursos eletrotermoterápicos (TENS e calor superficial) para reeducar tônus e melhorar o equilíbrio.

e) Realizar apenas alongamentos passivos e postura ereta, pois o objetivo principal é evitar fadiga.

49. João, 68 anos, foi submetido a artroplastia total de quadril pelo acesso pôstero-lateral não cimentado há 48 h. Na instrução de cuidados pós-operatórios, o fisioterapeuta deve orientar o paciente a **evitar**, pelo menos nas primeiras 6 semanas, qual das seguintes combinações de movimentos do quadril envolvido?

- a) Flexão de 100 °, abdução de 30 ° e rotação externa de 15 °.
- b) Flexão de 80 °, abdução de 10 ° e rotação interna de 5 °.
- c) Extensão de 15 °, adução de 5 ° e rotação externa de 25 °.
- d) Flexão de 90 °, adução de 0 ° (pernas cruzando a linha média) e rotação interna de 20 °.
- e) Extensão de 10 °, abdução de 5 ° e rotação externa de 30 °.

50. No pós-operatório imediato de cirurgia abdominal alta, o fisioterapeuta deve priorizar intervenções que previnam complicações respiratórias e musculoesqueléticas. Assinale a conduta **mais apropriada** para as primeiras 24 h, considerando paciente extubado, hemodinamicamente estável e sem contraindicações:

- a) Iniciar Ventilação Não Invasiva (VNI) em todos os pacientes para evitar atelectasias, independentemente de DPOC prévio.
- b) Realizar somente espirometria de incentivo, deixando para mobilização e exercícios de continuidade respiratória após 48 h.
- c) Ensinar e apoiar a tosse assistida: inspiração profunda → compressão suave da incisão (almofada ou mãos em "X") → expiração explosiva, intercalada com técnicas de huffing² e drenagem postural quando houver secreção.
- d) Adiar quaisquer exercícios de membros inferiores (bombas de tornozelo, circulação) até o paciente estar na enfermaria, para não gerar instabilidade hemodinâmica.
- e) Posicionar o paciente em decúbito ventral e realizar vibração torácica para prevenir acúmulo de secreções na fase inicial do pós-operatório.

51. Em relação à anatomia da pelve e ao controle miccional, avalie as afirmativas a seguir:

- 1. A pelve menor (veradeira) aloja a porção terminal do tubo digestório e estruturas do aparelho urogenital, sendo delimitada superiormente pelo plano oblíquo da margem superior da pelve.
- 2. O músculo pubococcígeo, parte do diafragma pélvico, origina-se na face interna do púbis e insere-se no cóccix e ligamento anococcígeo, participando da sustentação das vísceras pélvicas.
- 3. Na fase de enchimento vesical, a estimulação simpática via nervo hipogástrico promove relaxamento do detrusor (β -adrenérgico) e contração do esfíncter uretral proximal (α -adrenérgico).

4. A estimulação parassimpática via nervo pélvico (S2–S4) causa relaxamento do detrusor e contração voluntária do esfíncter externo da uretra, favorecendo o armazenamento da urina.

5. O diafragma urogenital é formado pelos músculos pubococcígeo, isquiocavernoso e bulboesponjoso, com papel secundário na continência urinária.

Assinale a alternativa que indica o conjunto de afirmativas corretas:

- a) 1, 2 e 3
- b) 1, 3 e 5.
- c) 2, 4 e 5.
- d) 1, 4 e 5.
- e) 3, 4 e 5.

52. A incontinência urinária (IU) pode assumir diferentes formas e mecanismos. Sobre os tipos de IU abaixo, assinale a alternativa correta:

- a) Incontinência de esforço ocorre quando há contrações involuntárias do detrusor, levando à perda de urina independente de esforços físicos.
- b) Incontinência de urgência está associada à hiperatividade do músculo detrusor, manifestando-se por contrações involuntárias súbitas e necessidade imediata de urinar.
- c) Incontinência por transbordamento resulta exclusivamente de defeito esfincteriano intrínseco, sem relação com a complacência vesical.
- d) Incontinência mista combina ingredientes de enurese noturna com episódios de hesitação miccional.
- e) Incontinência transitória é a forma crônica mais comum, causada principalmente pela fraqueza do assoalho pélvico.

53. A reeducação perineal envolve várias técnicas para fortalecer o assoalho pélvico e tratar disfunções uroginecológicas. Qual das condutas abaixo NÃO faz parte do protocolo clássico de reeducação perineal?

- a) Contrações voluntárias (Exercícios de Kegel) várias vezes ao dia, visando aumentar força e consciência do músculo elevador do ânus.
- b) Uso de cones vaginais: série de pesos crescentes introduzidos na vagina para proporcionar resistência e treinar a retenção contra a gravidade.
- c) Eletroestimulação transcutânea de média frequência aplicada na região supra púbica, para inibir o músculo detrusor em casos de incontinência de esforço.
- d) Biofeedback (EMG ou perineômetro): monitorar e dar feedback visual/sonoro da contração do assoalho pélvico, melhorando a coordenação e motivação.
- e) Trabalho manual intravaginal: palpação e treinamento orientado para ativar e relaxar seletivamente as fibras do diafragma pélvico.

54. Qual das seguintes orientações não está de acordo com as recomendações gerais de prescrição de exercícios para gestantes durante o pré-natal?

- a) Limitar a frequência cardíaca máxima aos 140 bpm durante a sessão.
- b) Realizar exercícios exaustivos de longa duração em ambiente quente e pouco ventilado.
- c) Evitar permanecer em uma mesma posição corporal por períodos prolongados, alternando posturas em pequenos intervalos.
- d) Distribuir os 60 min de aula em aquecimento, alongamento, reforço muscular e relaxamento, incluindo exercícios respiratórios.
- e) Manter sessão em solo com duração máxima de 60 min, sempre incluindo aquecimento e retorno lento da frequência cardíaca e respiratória.

55. Em qual das seguintes situações é contraindicado realizar exercícios físicos na gestação?

- a) Gestante com leve edema de tornozelos sem outros sintomas.
- b) Presença de dores musculares moderadas após atividade leve.
- c) Aumento de 1–2 kg de peso corporal nas últimas semanas sem outros sinais.
- d) Diminuição perceptível dos movimentos fetais com gestação de baixo risco.
- e) Placenta prévia diagnosticada após a 26^a semana de gestação.

56. Um paciente com doença pulmonar restritiva grave apresenta em espirometria uma Capacidade Vital (CV) reduzida para 60% do valor previsto, um Volume Corrente (VC) de 400 mL e um Volume de Reserva Inspiratória (VRI) de 2 000 mL. Considerando também um Volume de Reserva Expiratória (VRE) de 800 mL e estimando seu Volume Residual (VR) em 1 200 mL por diluição de hélio, assinale a alternativa que apresenta corretamente:

- a) Uma CV prevista para este paciente de aproximadamente 3 200 mL, indicando que a CV medida está acima do normal.
- b) Uma Capacidade Residual Funcional (CRF) de 2 400 mL, superior ao valor médio de referência em indivíduos saudáveis.
- c) Uma Capacidade Inspiratória (CI) de 2 400 mL, idêntica ao Volume Corrente mais Volume de Reserva Inspiratória.
- d) Uma Capacidade Pulmonar Total (CPT) estimada em 5 400 mL, resultado da soma de todos os volumes pulmonares.
- e) Um Volume Residual não mobilizável que poderia ser medido diretamente em espirometria tradicional.

57. Analise as assertivas abaixo sobre a curva de dissociação da oxiemoglobina e assinale a alternativa **correta**:

I. A curva de dissociação da oxiemoglobina desloca-se para a direita na presença de hipocapnia, alcalose, diminuição de temperatura e redução de 2,3-DPG, favorecendo a liberação de O₂ aos tecidos.

II. O efeito Bohr descreve como o aumento da concentração de H⁺ (queda do pH) e da PCO₂ reduz a afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, deslocando a curva para a direita.

III. A P₅₀ (pressão parcial de O₂ para 50% de saturação da Hb) aumenta quando a curva desloca-se para a direita e diminui no deslocamento para a esquerda.

IV. A curva é quase plana acima de PaO₂ = 60 mmHg, pois a maioria dos sítios de ligação da hemoglobina já está saturada, e daí em diante aumentos adicionais de PaO₂ têm pouco efeito sobre a SaO₂.

V. A hipertermia, a acidose e o aumento de 2,3-DPG deslocam a curva para a esquerda, elevando a afinidade da hemoglobina pelo O₂ e dificultando sua liberação aos tecidos.

- a) Somente I e V estão corretas.
- b) Somente II e IV estão corretas.
- c) Somente I, II e III estão corretas.
- d) Somente IV e V estão corretas.
- e) Somente II e III estão corretas.

58. Na avaliação respiratória de um paciente crítico, o fisioterapeuta observa taquipneia, uso de musculatura acessória e estertores crepitantes bilaterais à auscultação. Essas alterações indicam, respectivamente:

- a) Alta demanda ventilatória, sobrecarga do diafragma e presença de líquido alveolar.
- b) Baixa demanda ventilatória, obstrução das vias aéreas superiores e eliminação adequada de secreções.
- c) Padrão respiratório normal, fadiga muscular e pneumotórax.

- d) Hipoventilação, broncoespasmo e pneumotórax.
- e) Respiração paradoxal, derrame pleural e fibrose pulmonar.

59. Em um paciente em UTI, os sinais vitais apresentaram: FC 130 bpm, PA 90 × 50 mmHg, Tpt 39 °C, SpO₂ 88% em ar ambiente. Sobre a conduta fisioterapêutica imediata, é correto afirmar:

- a) Iniciar massagem torácica para drenar secreções, pois a expiração forçada aumenta a oxigenação.
- b) Administrar exercícios de fortalecimento de MMII em supino para reduzir febre e taquicardia.
- c) Indicar sedação profunda para baixar a frequência cardíaca e melhorar a pressão arterial.
- d) Priorizar reexpansão pulmonar (PEP/CPAP), controle da febre e otimização hemodinâmica antes de exercícios agressivos.
- e) Realizar incentivo respiratório sem oxigênio suplementar, pois FiO₂ deve ser mantida em ar ambiente sempre que possível.

60. Durante a sedação de um paciente em ventilação mecânica, o fisioterapeuta aplica a Escala Richmond de Agitação–Sedação (RASS) e observa que ele:

- Abre os olhos ao ser chamado pelo nome (voz),
- Mantém postura e movimentos lentos, sem tentar retirar cateteres,
- Não responde a comandos verbais além de manter-se calmo.

Assinale a alternativa que indica corretamente a pontuação RASS desse paciente:

- a) +2
- b) 0
- c) -1
- d) -3
- e) -5

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia) - 09/08/2025

61. Um paciente de 65 anos, portador de DPOC, chega à UTI com piora da dispneia e necessidade de ventilação mecânica. A gasometria arterial, coletada após otimização do suporte ventilatório, mostra:

- pH: 7,32
- PaO₂: 62 mmHg
- PaCO₂: 58 mmHg
- HCO₃⁻: 30 mEq/L
- BE: +4 mEq/L

Com base nesses valores, qual o distúrbio ácido-básico predominante e seu grau de compensação?

- a) Acidose metabólica parcialmente compensada por alcalose respiratória.
- b) Alkalose respiratória compensada por acidose metabólica.
- c) Acidose respiratória aguda sem compensação metabólica.
- d) Acidose respiratória crônica com compensação metabólica.
- e) Alkalose metabólica parcialmente compensada por acidose respiratória.

62. Paciente masculino, 58 anos, internado em UTIP com diagnóstico de sepse abdominal, apresenta piora progressiva da oxigenação apesar de ventilação mecânica com FiO₂ = 0,8 e PEEP = 10 cmH₂O. Radiografia de tórax mostra opacidades bilaterais difusas. A gasometria arterial revela:

- PaO₂: 60 mmHg
- FiO₂: 0,8
- PaCO₂: 42 mmHg
- pH: 7,40

De acordo com a definição de Berlim para SDRA, este paciente apresenta:

- a) SDRA leve, sem necessidade de suporte adicional.
- b) SDRA moderada, já em fase de resolução.
- c) SDRA grave, apesar da ventilação otimizada.
- d) Não se trata de SDRA, pois o pH está normal.

e) SDRA moderada, pois PaO₂/FiO₂ está entre 100 e 200 mmHg.

63. Um paciente de 65 anos, em ventilação mecânica invasiva há 72 horas (FiO₂ 50 %, PEEP 8 cmH₂O, SpO₂ 92 %), está clinicamente estável (PAS 100–150 mmHg, FC 60–100 bpm, FR 14–22 irpm). A equipe de fisioterapia avalia a possibilidade de iniciar mobilização precoce. Qual das seguintes **não** é uma condição de segurança para iniciar a mobilização?

- a) SpO₂ ≥ 90 % com FiO₂ ≤ 60 %
- b) PEEP ≤ 10 cmH₂O
- c) PAS entre 90 e 170 mmHg
- d) FR < 25 irpm
- e) Presença de catecolaminas em dose alta (> 10 µg/min de noradrenalina)

64. A FAUTI (Polineuropatia do paciente crítico) caracteriza-se por fraqueza bilateral e simétrica em doentes críticos. Sobre seus achados e fatores de risco, assinale a alternativa correta:

- a) É causada por desmielinização primária do nervo periférico.
- b) Manifesta-se tipicamente com espasticidade e hiperreflexia.
- c) Associa-se à dificuldade de desmame da ventilação mecânica por fraqueza respiratória.
- d) O uso de bloqueadores neuromusculares previne seu desenvolvimento.
- e) O teste diagnóstico padrão-ouro é a ressonância magnética de membros.

Simulado Especial ENARE (Residências Multiprofissionais - Fisioterapia) - 09/08/2025

65. Um paciente de 68 anos, portador de DPOC em exacerbação, recebe oxigenoterapia com cânula nasal de alto fluxo (CNAF) ajustada para 50 L/min e FiO₂ de 40 %. Após 1 hora de terapia, observa-se melhora da SpO₂ de 88 % para 93 %, redução da frequência respiratória de 32 irpm para 24 irpm e diminuição do esforço com uso de musculatura acessória. Sobre os mecanismos que explicam esses benefícios da CNAF, assinale a alternativa incorreta:

- a) Geração de PEEP leve (~2–5 cmH₂O), que mantém pequenas vias aéreas abertas e aumenta a complacência pulmonar.
- b) Lavagem do espaço morto anatômico nas vias aéreas superiores, reduzindo a reinalação de CO₂ e melhorando a ventilação.
- c) Aquecimento e umidificação do fluxo gasoso, que preserva a função mucociliar e reduz o trabalho inspiratório.
- d) Aumento do volume corrente através de suporte de fluxo, que suplanta a demanda inspiratória e diminui a Taquipneia.
- e) Elevação do espaço morto fisiológico, promovendo melhor troca gasosa por maior eliminação de gases alveolares.

66. Um paciente de 58 anos internado na UTI apresenta insuficiência respiratória aguda. Está consciente, mas relata grande ansiedade e recusa constante da máscara. Ao exame, verifica-se Glasgow 10, secreção traqueobrônquica abundante que o paciente não consegue expectorar, e instabilidade hemodinâmica com necessidade de noradrenalina em dose crescente. Considerando as contraindicações da VNI, qual alternativa está **correta** ao afirmar que a VNI **não** deve ser iniciada neste paciente?

- a) A ansiedade e o desconforto com a interface são contraindicações absolutas para VNI.
- b) A incapacidade de manejar secreções e o Glasgow ≤ 11 são contraindicações relativas que, no caso, contraindicariam o uso de VNI.

c) A instabilidade hemodinâmica em uso de vasopressores em dose baixa é uma contraindicação absoluta, proibindo VNI.

d) O nível de consciência alerta (Glasgow 10) permite VNI, desde que o paciente seja sedado.

e) A VNI estaria indicada, pois o paciente está consciente e pode proteger a via aérea.

67. Um paciente de 62 anos com SDRA moderada (PaO₂/FiO₂ = 160 mmHg) encontra-se sedado e bloqueado neuromuscularmente para otimizar a oxigenação e proteger o pulmão de lesão ventilatória. O objetivo é aplicar uma estratégia protetora, com VC de 6 mL/kg de peso ideal e manter Pplat < 28 cmH₂O. Qual modo ventilatório e configuração abaixo estão mais adequados a esse cenário?

- a) VCV assistido-controlado, VC=6 mL/kg, PEEP 10 cmH₂O, fluxo 60 L/min, sensibilidade pressão –1 cmH₂O.
- b) PCV assistido-controlado, PIP total 28 cmH₂O (incluindo PEEP), Ti=1,0 s, PEEP 10 cmH₂O.
- c) PSV espontâneo, PS=15 cmH₂O, PEEP 10 cmH₂O, sensibilidade fluxo 2 L/min.
- d) VCV assistido-controlado, VC=8 mL/kg, PEEP 5 cmH₂O, fluxo 40 L/min, sensibilidade pressão –2 cmH₂O.
- e) PCV assistido-controlado, PIP total 35 cmH₂O, Ti=0,4 s, PEEP 5 cmH₂O.

68. Em qual das alternativas abaixo não se descreve corretamente o mecanismo de disparo (trigger) e ciclagem em cada modo ventilatório?

- a) VCV assistido-controlado: disparo pode ser a tempo ou por fluxo; ciclagem por volume (quando VC programado é entregue).
- b) PCV assistido-controlado: disparo pode ser a tempo ou por pressão; ciclagem por tempo inspiratório programado.
- c) PSV espontâneo: disparo sempre por tempo; ciclagem por fluxo decrescente (ex.: 25% do pico).
- d) VCV controlado puro: disparo sempre a tempo; ciclagem por volume.
- e) PCV controlado puro: disparo sempre a tempo; ciclagem por tempo.

69. Considerando as definições de sucesso no desmame ventilatório, qual das alternativas abaixo preenche corretamente o critério de sucesso do desmame em paciente extubado?

- a) Manutenção de respiração espontânea sem VM por 48 horas após a extubação.
- b) Ausência de necessidade de reintubação e sobrevida por 72 horas após a extubação.
- c) Ausência de reintubação ou óbito por 7 dias consecutivos após a extubação, ou alta da UTI sem necessidade de VM.
- d) Manutenção de respiração espontânea sem VM por 24 horas em paciente com traqueostomia.
- e) Livre de VM e alta hospitalar em até 5 dias após a primeira tentativa de separação.

70. Sobre os deveres fundamentais e as proibições dispostos nos Artigos 9º e 10º do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO 424/13), assinale a alternativa INCORRETA:

- a) É dever do fisioterapeuta “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional”.

b) É proibido “negar assistência ao ser humano em caso de indubitável urgência”, sob pena de configurar omissão de socorro.

c) É dever do fisioterapeuta “oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência”.

d) É proibido “divulgar, para fins de autopromoção, declaração, atestado ou imagem de paciente sem seu consentimento formal”.

e) É proibido “prescrever medicamento ou prática de ato cirúrgico”, atribuição esta vedada por lei.

71. Em um paciente de 58 anos, admitido em UTI após acidente vascular cerebral, observa-se que ele comprehende perfeitamente comandos como “abra os olhos” e “aponta para o nariz”, porém articula apenas palavras isoladas, com esforço e fala lenta (“...ca... sa...,” “pain...,” “do... reche...”). Nenhuma repetição involuntária de palavras é observada. Essa alteração na comunicação caracteriza-se como:

- a) Comunicativo
- b) Afasia motora
- c) Afasia sensitiva
- d) Ecolalia
- e) Disartria

72. Em paciente com lesão encefálica grave, durante inspeção postural, nota-se extensão rígida de ombros, cotovelos, punhos e quadril, acompanhada de adução de ombros e rotação interna de quadril. Esse padrão postural está associado a:

- a) Decorticção
 - b) Decerebração
 - c) Padrão espástico hemiplégico
 - d) Padrão antalgico
 - e) Comunicação preservada
-

73. Um paciente de 67 anos, admitido em unidade de terapia intensiva após hemorragia subaracnóidea, encontra-se sob sedação contínua com propofol e analgesia com fentanil. Durante a avaliação neurológica, o fisioterapeuta utiliza simultaneamente as escalas de Ramsey e RASS para monitorar o nível de sedação e o grau de consciência. Ao estímulo verbal (chamada do nome e instrução “abra os olhos e aperte minha mão”), o paciente não responde; ao estímulo tático leve (toque no ombro), mantém postura flácida e não executa nenhum movimento voluntário; ao estímulo doloroso (compressão de unha), ele apresenta retirada de membro superior, abre levemente os olhos por aproximadamente 5 segundos e em seguida fecha-os sem manter contato manual. Considerando esses achados, assinale a alternativa que melhor descreve o nível de sedação/SNC do paciente e a conduta fisioterapêutica imediata:

- a) **Ramsey 2 / RASS –1:** paciente “cooperativo, orientado e calmo” segundo Ramsey, e “leve sedação” segundo RASS; sugere-se intensificar a sedação para facilitar acomodação às manobras de fisioterapia respiratória.
- b) **Ramsey 4 / RASS –4:** paciente apresenta “responde ao estímulo de luz e desconforto somente” conforme Ramsey, e “ausência de resposta a voz” conforme RASS; recomenda-se manter sedação inalterada e aguardar melhora espontânea antes de iniciar qualquer intervenção.
- c) **Ramsey 5 / RASS –3:** paciente “responde apenas a estímulos táticos vigorosos” na escala de Ramsey, e “responde apenas a voz com contato ocular breve” na RASS; indica-se reduzir gradualmente a infusão de sedativos para avaliar padrão respiratório e facilitar início de desconforto respiratório.
- d) **Ramsey 6 / RASS –5:** paciente “não responde a estímulo algum” segundo Ramsey, e “não responde a voz ou toque” segundo RASS; recomenda-se suspender imediatamente toda intervenção fisioterapêutica e instituir protocolo de despertar diário.

e) **Ramsey 3 / RASS –2:** paciente “responde apenas após estímulo de voz” na escala de Ramsey, e “leve sedação com leve resistência a estímulos” na RASS; sugere-se aprofundar sedação antes de manobrar o tubo endotraqueal durante aspiração.

74. Durante avaliação neurológica de paciente com lesão medular torácica, busca-se testar o miótomo L4, utilizando o músculo tibial anterior. Para tanto, o examinador pede que o paciente realize qual dos seguintes movimentos e interpreta-o conforme tabela ASIA?

- a) Dorsiflexão do tornozelo, pedindo-se para o calcaneo deslizar sobre a face dorsal do pé oposto.
- b) Abdução do dedão do pé contra resistência aplicada medialmente.
- c) Flexão dorsal do tornozelo (dorsiflexão), solicitando ao paciente que traga o dorso do pé em direção à canela contra a resistência do examinador.
- d) Extensão dos dedos do pé, pedindo-se que os levante contra resistência aplicada na ponta dos artelhos.
- e) Flexão plantar do tornozelo contrapressão exercida pelo examinador no dorso do pé.

75. Durante um exame histológico de cortes transversais de várias regiões das vias aéreas, um estudante observa as seguintes características:

- Região A (cavidade nasal/faringe): epitélio estratificado pavimentoso, denso tecido conjuntivo vascularizado com glândulas serosas e mucosas.
- Região B (traqueia/brônquios): epitélio pseudoestratificado colunar ciliado contendo células caliciformes e glândulas submucosas, suportado por anéis cartilaginosos.
- Região C (bronquíolos terminais): epitélio simples cúbico ciliado, sem cartilagem, com músculo liso na lámina própria e poucas células secretoras.
- Região D (bronquíolos respiratórios/ductos alveolares): epitélio simples cúbico sem cílios, rico em células de Clara e início de alvéolos primitivos.

Com base nessas observações, qual das afirmações abaixo está correta em relação às funções e especializações celulares de cada região?

- a) As células caliciformes da Região A (VAS) são responsáveis pela produção de surfactante lipoproteico, cuja principal função é reduzir a tensão superficial dos alvéolos imediatamente após o ducto alveolar.
- b) O revestimento epitelial da Região B (brônquios) possui musculatura lisa ausente na traqueia e, por isso, consegue modular ativamente o diâmetro brônquico em resposta a estímulos autonômicos.
- c) Nas Regiões C (bronquíolos terminais), a presença de cílios e epitélio cúbico favorece a drenagem mucociliar eficaz até os brônquios, mas ainda impede trocas gasosas devido à ausência de pneumócitos tipo I.
- d) Nas Regiões D (bronquíolos respiratórios/ductos alveolares), as células de Clara produzem um agente tensoativo lipoproteico que reduz a tensão superficial, evitando colapso bronquiolar e contribuindo tanto para a estabilidade alveolar quanto para a reparação epitelial local.
- e) O epitélio estratificado da Região A (VAS) facilita exclusivamente a filtração de partículas grandes,

sem participar da umidificação e aquecimento do ar inspirado.

76. Homem de 62 anos, internado há 5 dias em enfermaria oncológica após ressecção abdominal para carcinoma de cólon, apresenta fragilidade muscular (MRC global = 3/5), fadiga moderada (Borg dispneia 4/10), ventilação espontânea em ambiente com SpO₂ 94% e cateter venoso central. Bruno, o fisioterapeuta, planeja iniciar exercícios de mobilização precoce. Qual conduta é **mais apropriada** diante do quadro?

- a) Iniciar deambulação no corredor por 10 m, monitorando FC e PA, progredindo diariamente para 20 m.
- b) Realizar sessões de mobilização passiva intensiva (30 repetições por articulação), incluindo membros superiores e inferiores, com bomba pneumática nos membros inferiores.
- c) Progredir do leito para sedestação ponta de leito, seguida de transferências para cadeira e marcha estática, ajustando intensidade para Borg ≤ 3 e interrompendo se SpO₂ cair > 4%.
- d) Iniciar mobilização ativa-assistida: sentar beira-leito (Borg ≤ 3), rolamentos e transferência para cadeira, exercícios de MMSS e MMII em cadeia cinética fechada, com pausas se SpO₂ < 90% ou PA varia > 20%, monitorando Borg e sinais vitais.
- e) Aplicar eletroestimulação de quadríceps e glúteos 60 min/dia e mobilização passiva leve, sem estímulo ativo, para evitar fadiga.

77. Paciente de 68 anos, com carcinoma de pulmão metastático, internado em cuidados paliativos, refere fadiga intensa (ESAS-fadiga 8/10), dispneia ao mínimo esforço (Borg 6/10), força muscular global 3/5 e medo de piorar com atividade. A fisioterapeuta deseja reduzir fadiga, melhorar qualidade de vida e manter função física. Qual estratégia de exercício é mais adequada?

- a) Caminhada leve em esteira, 10 minutos, 3x/semana, monitorizando Borg ≤ 3 e SpO₂ ≥ 90%; ativar respiração diafragmática antes e após cada sessão.
- b) Bicicleta ergométrica diária de 30 min a 60% da FC reserva, sem monitorização de sintomas, para maior condicionamento cardiovascular.
- c) Sessões de fortalecimento isométrico de MMSS e MMII, 5 séries de 20 s, 5x/semana, visando ganhos rápidos de força.
- d) Deambulação no quarto até 200 m duas vezes ao dia, sem pausas, para estímulo da autonomia.
- e) Mobilização passiva completa (rolamentos, CPM nos joelhos) sem atividade voluntária para preservar energia.

78. Durante o manejo de secreções em um paciente não traqueostomizado em cuidados paliativos, com hipersecreção e tosse fraca, a fisioterapeuta organiza intervenções. Assinale a alternativa que **não faz parte** das condutas recomendadas nesse contexto:

- a) Posicionar o paciente sentado, com tronco levemente inclinado à frente, para favorecer drenagem e expansão pulmonar.
- b) Utilizar nebulização de soro fisiológico antes das manobras para fluidificar secreções e facilitar mobilização.
- c) Aplicar CPAP/EPAP de baixo nível (5–8 cmH₂O) durante a tosse, para aumentar pressão nas vias aéreas e melhorar o pico expiratório.
- d) Instruir técnicas de drenagem autógena (respirações lentas e graduais com pausas) para mobilizar secreções de forma ativa.

e) Realizar percussão torácica vigorosa em todas as áreas pulmonares, independentemente da localização das secreções, para maximizar o descolamento.

79. Ao elaborar diretrizes de atividade física para um grupo de pacientes oncológicos (câncer de mama, próstata e pulmão) em tratamento ativo, o fisioterapeuta deve garantir que o programa:

- a) Contenha apenas exercícios aeróbicos, pois o treinamento de força aumenta o risco de linfedema e não traz benefícios adicionais.
- b) Seja iniciado somente após o término da quimioterapia, para não interferir no efeito dos agentes citotóxicos.
- c) Respeite a capacidade funcional individual, combinando exercício aeróbico moderado (RPE 12–14) e resistido de baixa carga (40–60% 1RM), com progressão até meta de 150 min/semana e 2 sessões semanais de força.
- d) Exclua pacientes com hipertensão ou diabetes, por apresentarem comorbidades que contraíndicam o esforço físico.
- e) Foque em atividades de alta intensidade (≥ 80% VO₂máx), pois são necessárias para alcançar benefícios cardiovasculares e oncológicos, independentemente do estágio da doença.

80. Homem de 47 anos, portador de artrite reumatoide de longa data com deformidades em “pescoço de cisne” nos dedos e dor inflamatória ativa em punhos e joelhos, procura tratamento fisioterapêutico para alívio da dor e melhora da função. A abordagem **mais apropriada** neste momento inclui:

- a) Aplicação de bolsas de água morna sobre articulações inflamadas, crioterapia intercalada e exercícios isométricos de baixa amplitude em punhos e joelhos
- b) Cinesioterapia resistida intensa para prevenção de atrofia, laserterapia contínua sobre as articulações e mobilização passiva em amplitude máxima
- c) Ultrassom pulsado de alta intensidade e exercícios de alta carga para membros superiores, mesmo durante fase de dor aguda
- d) Alongamento global em cama ortopédica, mobilização articular vigorosa e hidroterapia em água fria
- e) TENS para analgesia, laserterapia pulsada, exercícios de mobilidade e fortalecimento progressivo em amplitude suportável

81. Um programa de reabilitação para idosos sedentários visa combater os efeitos deletérios do envelhecimento. De acordo com as **diretrizes do ACSM e da AHA** e considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos do envelhecimento, assinale a **alternativa INCORRETA**:

- a) Iniciar com treinamento de força leve (8–10 repetições a 50 % de 1 RM) e progressão para 2–3 séries, 2–3×/semana, para aumentar a massa magra e reduzir sarcopenia.
- b) Recomendar 30–40 min de caminhada moderada 5×/semana para manter VO₂máx e reduzir riscos de doenças cardiovasculares e síndrome metabólica.
- c) Estimular dieta balanceada e reeducação postural diária para atenuar osteopenia fisiológica e manter postura ereta.

d) Incorporar exercícios respiratórios e cinesioterapia passiva para compensar a redução de 18,9 % na aptidão pulmonar entre 60 e 80 anos.

e) Prescrever exercícios vigorosos de alta intensidade (> 85 % FC_{máx}) diariamente, para estimular adaptações cardiorrespiratórias e prevenir declínios funcionais.

82. Um paciente de 72 anos, com diagnóstico de DPOC grave, apresenta no pronto-socorro pH 7,28, PaCO₂ 68 mmHg e SpO₂ 85 % em cateter nasal 4 L/min. Inicia-se VNI em modo BiPAP com IPAP de 14 cmH₂O e EPAP de 6 cmH₂O. Após 1 hora, observa-se pH 7,34, PaCO₂ 58 mmHg, SpO₂ 92 % e redução da frequência respiratória de 30 para 22 irpm. Qual das afirmativas **está incorreta** sobre esse manejo?

- a) A melhora no pH e na PaCO₂ confirma redução do espaço morto alveolar e aumento da ventilação alveolar.
- b) A relação I:E deve ser ajustada para permitir expiração mais prolongada e evitar aprisionamento aéreo.
- c) A VNI em DPOC exacerbão é indicada sempre que o pH for ≤ 7,35, independentemente do nível de consciência.
- d) O EPAP de 6 cmH₂O ajuda a manter alvéolos abertos e melhora a complacência pulmonar.
- e) A continuidade da VNI deve ser reavaliada em 1–2 h, pois falha ou piora clínica exige intubação.

83. Na ventilação não invasiva (VNI) com máscara facial total e capacete (helmet) existem diferenças importantes. Assinale a alternativa correta:

- a) O capacete permite menor reinalação de CO₂ que a máscara facial total, devido ao seu maior volume interno.
- b) Máscaras faciais totais geram menos vazamento e melhor tolerância que máscaras oro-nasais, mas não alteram a reinalação de CO₂.
- c) Os sistemas de capacete exigem fluxos de gás mais altos para evitar acúmulo de CO₂ no espaço morto.
- d) A máscara nasal é preferida em pacientes com hipercapnia grave porque facilita o uso de EPAP elevado.
- e) A máscara oro-nasal é contraindicada para terapia prolongada (> 6 h) devido ao risco de quadros de asfixia.

84. Em relação à legislação que estabelece a jornada de trabalho do fisioterapeuta no serviço público federal e no regime geral de trabalho, analise as afirmativas a seguir:

- I. Pelo Decreto-Lei nº 90.640/84, o fisioterapeuta no serviço público federal ficava sujeito a uma carga mínima de **40 horas semanais**.
- II. A Lei nº 8.856/94 alterou a jornada de trabalho para **máximo de 30 horas semanais** para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, mesmo no serviço público federal.
- III. A Resolução COFFITO 10/78 fixa em **30 horas semanais** a carga horária dos fisioterapeutas em todas as esferas de atuação.
- IV. A Lei 6.316/75, que criou o COFFITO e os CREFITOs, não trata da carga horária, apenas da criação dos conselhos.
- V. O Decreto-Lei 938/69 regulamentou inicialmente a profissão de fisioterapeuta sem definir carga horária.

Assinale a alternativa correta.

- a) Apenas I, II, III e IV.

b) Apenas I, II, IV e V.

c) Apenas II, III e IV.

d) Apenas I, III e V.

e) Apenas II, IV e V.

85. Durante uma emergência hospitalar, chega ao setor um paciente politraumatizado, sem fisioterapeuta de plantão. Você, único fisioterapeuta disponível, é chamado para atendê-lo imediatamente. No meio do atendimento, um colega de outra área se aproxima e diz: "Não sou fisioterapeuta, mas acho melhor deixá-lo esperando até chegar o plantonista específico de ortopedia". Segundo o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO 424/13):

- a) Você deve recusar o atendimento, pois não é sua especialidade.
- b) Seu colega comete infração ética ao tentar impedir o atendimento, e você deve assumir a responsabilidade técnica do serviço em caráter de urgência.
- c) Ambos devem aguardar o fisioterapeuta de ortopedia, para garantir segurança ao paciente.
- d) Somente o médico pode determinar quem fará o atendimento de urgência.
- e) O artigo 9º II proíbe você de prestar assistência a pacientes fora de sua área de atuação.

86. Um fisioterapeuta anuncia em suas redes sociais que detém o título de “Especialista em Reeducação Postural Global” sem, no entanto, possuir certificação reconhecida pelo COFFITO/ CREFITO. Sobre essa conduta, assinale a afirmativa correta:

- a) Não há infração, pois é apenas marketing pessoal.
- b) Configura infração ética, pois divulgar título não comprovado fere o Art. 10 II do Código de Ética.
- c) É permitido usar expressões genéricas de titulação desde que se mencione o número do CREFITO.
- d) O fisioterapeuta deve apenas solicitar registro do curso ao CREFITO; não há punição imediata.
- e) Se tiver diploma estrangeiro, pode usar qualquer título sem reconhecimento do COFFITO.

87. Atleta de futebol relata entorse de joelho após forçar uma rotação interna da tíbia com o pé apoiado no chão, acompanhada de estalido e sensação de “frouxidão”. Nas horas seguintes, desenvolveu derrame moderado e instabilidade, mas sem bloqueio verdadeiro. Qual combinação de estruturas está mais provavelmente lesionada nesse mecanismo?

- a) Ligamento cruzado anterior (LCA) e ligamento colateral medial (LCM)
- b) Ligamento cruzado posterior (LCP) e menisco lateral
- c) Ligamento colateral lateral (LCL) e cápsula póstero-lateral
- d) Ligamento cruzado anterior (LCA) e patela
- e) Menisco medial e ligamento cruzado posterior (LCP)

88. Um jogador de vôlei caiu do bloco de salto e apresentou um estalido audível na região posterior do tornozelo, seguido de dor intensa, equimose ao redor do maléolo medial e incapacidade de sustentar o peso no pé afetado. Ao exame, há depressão palpável acima do calcâneo, força muito diminuída na flexão plantar e teste de Thompson positivo. Considerando o manejo inicial adequado, qual das condutas fisioterapêuticas abaixo está **INCORRETA** no tratamento **conservador** dessa lesão?

- a) Imobilização em posição de flexão plantar de 15° em tala removível, permitindo DFP e FP suaves
- b) Início imediato, na primeira semana, de movimentos passivos de dorsiflexão até o limite da dor
- c) Crioterapia local 3x/dia por 15-20 min para controle de edema e dor
- d) Exercícios isométricos leves de FP e DFP dentro da tolerância de dor, com resistência progressiva
- e) Progressão para apoio parcial de peso a partir da 3ª semana, conforme tolerância

89. Durante a cicatrização de um entorse de tornozelo tratado sem cirurgia, o paciente apresenta dor somente ao realizar atividades que envolvem o tornozelo, sem dor em repouso, e já caminha normalmente, com leve sensibilidade ao toque. Esse quadro clínico tipicamente corresponde a qual **fase** do processo de reparo tecidual?

- a) Coagulação e Inflamação (fase aguda)
- b) Migratória e Proliferativa (subaguda)
- c) Remodelação precoce
- d) Remodelação tardia
- e) Fibroblástica

90. Em relação ao processo de consolidação secundária de uma fratura exposta de fêmur tratada com haste intramedular, assinale a alternativa **VERDADEIRA**:

- a) A consolidação secundária dispensa formação de calo ósseo, pois ocorre união direta por osteoclastos e osteoblastos.
- b) A fase de remodelação tardia inicia-se logo após a formação do hematoma, promovendo a deposição de osso lamelar.
- c) A fase de formação de calo mole envolve proliferação de periósteo e formação de cartilagem fibroide no foco de fratura.
- d) A consolidação secundária é mais rápida que a primária, pois depende de estabilidade absoluta.
- e) Na consolidação secundária, o calo duro (osso reticulado) é substituído por tecido fibrocartilaginoso antes do remodelamento.

FISIOTERAPIA 2

Frederico Kochem

91. Paciente de 35 anos, instrumentista profissional, relata dor no ombro direito ao realizar movimentos de abdução e flexão com o braço acima da cabeça. Durante a avaliação, o fisioterapeuta realiza um teste com o paciente em pé, flexionando passivamente o ombro a 90 graus e forçando uma rotação interna. O teste reproduz dor localizada na face ântero-superior do ombro.

Com base na descrição, assinale o teste especial realizado e o provável diagnóstico:

- a) Teste de Neer – Tendinite do bíceps braquial.
- b) Teste de Yergason – Instabilidade do tendão do bíceps.
- c) Teste de Hawkins-Kennedy – Tendinite do supraespinhal.
- d) Teste de Jobe – Ruptura do subescapular.
- e) Teste de Ludington – Ruptura do bíceps braquial.

92. Durante a avaliação de um paciente com queixa de dor na região lateral do cotovelo direito, o fisioterapeuta solicita que o paciente mantenha o cotovelo fletido a 90°, o antebraço pronado e tente realizar uma extensão do punho com desvio radial contra a resistência aplicada. A dor é reproduzida na região do epicôndilo lateral.

Esse teste é característico de:

- a) Epicondilite medial – Teste do Golfista.
- b) Síndrome do túnel cubital – Teste de Tinel.
- c) Epicondilite lateral – Teste de Cozen.
- d) Instabilidade do cotovelo – Teste de estresse em abdução.
- e) Lesão ligamentar – Teste de Mill.

93. Uma mulher de 40 anos refere dor e parestesia em polegar, indicador e dedo médio, especialmente à noite. Ao realizar a flexão máxima dos punhos com dorso das mãos encostados por 60 segundos, relata reprodução dos sintomas.

Esse teste é denominado:

- a) Teste de Phalen – Síndrome do túnel do carpo.
- b) Teste de Tinel – Neuroma de nervo ulnar.
- c) Teste de Finkelstein – Tenossinovite de De Quervain.
- d) Teste da Pinça – Lesão de nervo radial.
- e) Teste de Allis – Discrepança de membros.

94. Em um teste especial, o fisioterapeuta realiza a flexão passiva do ombro do paciente sentado, aplicando pressão na articulação para avaliar presença de dor e apreensão. O teste é positivo quando há dor ao forçar o tubérculo maior do úmero contra o acrômio.

Trata-se do:

- a) Teste de Hawkins-Kennedy.
- b) Teste de Neer.
- c) Teste de Jobe.
- d) Teste de Patte.
- e) Teste de Ludington.

95. Durante o exame de quadril de um recém-nascido, o fisioterapeuta realiza flexão e abdução das coxas, com leve pressão anterior sobre os trocânteres maiores. Há sensação de "clique" durante o movimento.

Qual é o nome desse teste?

- a) Teste de Patrick (FABERE).
- b) Teste de Allis.
- c) Teste de Ortolani.
- d) Teste de Laguerre.
- e) Teste de Thomas.

96. Paciente apresenta dor na face lateral do quadril e incapacidade de aduzir passivamente o membro inferior em decúbito lateral. O terapeuta realiza abdução e extensão passivas e, ao soltar, a perna não desce suavemente até a maca.

Esse achado é positivo no teste de:

- a) Patrick.
- b) Thomas.
- c) Ober.
- d) Ely.
- e) Trendelenburg.

97. Paciente com histórico de entorses frequentes no tornozelo é submetido a um teste em que o fisioterapeuta estabiliza a perna e realiza uma tração anterior no calcâneo. O movimento anterior excessivo da talus é considerado positivo.

Esse achado indica:

- a) Instabilidade lateral – Teste de Thompson
- b) Lesão ligamentar medial – Teste de Valgo
- c) Instabilidade anterior – Teste da gaveta anterior do tornozelo
- d) Ruptura do tendão de Aquiles – Teste de Neer
- e) Tendinite do tibial posterior – Teste de Phalen

98. Paciente refere dor súbita ao se abaixar. Durante o teste de elevação passiva da perna estendida, o paciente refere dor irradiada para o trajeto do nervo ciático. A dor piora com dorsiflexão do pé.

Esse achado é compatível com:

- a) Teste de Lasègue – Compressão radicular.
- b) Teste de Schober – Mobilidade lombar.
- c) Teste de Neer – Tendinite do ombro.
- d) Teste de Spurling – Compressão cervical.
- e) Teste de Trendelenburg – Instabilidade pélvica.

99. Durante a inspeção da mão, um paciente apresenta o quinto dedo em abdução persistente. Ao tentar aduzi-lo, não consegue retornar à posição neutra. Este achado é característico do:

- a) Sinal de Hoffmann – Lesão piramidal,
- b) Sinal de Babinski – Lesão motora central,
- c) Sinal de Wartenberg – Neurite ulnar,
- d) Teste de Froment – Lesão de adutor do polegar,
- e) Teste de Phalen – Túnel do carpo,

100. Em paciente com dor anterior no joelho, o fisioterapeuta pressiona a base da patela enquanto solicita contração do quadríceps. O paciente refere dor retropatelar durante o movimento.

Esse teste é positivo para:

- a) Luxação patelar – Teste de Apreensão,
- b) Lesão meniscal – Teste de McMurray,
- c) Condromalácia – Teste de Clarke,
- d) Derrame articular – Teste do Rechaço,
- e) Ruptura ligamentar – Teste de Lachman,

O QUE VOCÊ ACHOU DESTE SIMULADO?

Conte-nos como foi sua experiência ao fazer este simulado.

Sua opinião é muito importante para nós!

<https://forms.gle/3RC8pkHLNAnpSnxQ9>

NÃO É ASSINANTE?

Confira nossos planos, tenha acesso a milhares de cursos e participe gratuitamente dos projetos exclusivos. Clique no link!

<http://estrategi.ac/assinaturas>

CONHEÇA NOSSO SISTEMA DE QUESTÕES

Estratégia Questões nasceu maior do que todos os concorrentes, com mais questões cadastradas e mais soluções por professores. Clique no link e conheça!

<http://estrategi.ac/ok1zt0>