

| PROVAS | QUESTÕES | TURNO |
|---|----------|----------------|
| Língua Portuguesa | 01 a 10 | 08 / 02 / 2026 |
| Legislação do SUS e Políticas Públicas de Saúde | 11 a 25 | (DOMINGO) |
| Conhecimentos Específicos | 26 a 40 | |

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES A SEGUIR.

1. Neste caderno, constam quarenta questões, assim distribuídas: dez questões de Língua Portuguesa, quinze questões de Legislação do SUS e Políticas Públicas de Saúde e quinze questões de Conhecimentos Específicos.
2. Caso este caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala que o substitua.
3. Não é permitido uso de livros, dicionários, apontamentos, apostilas, réguas, calculadoras ou qualquer outro material.
4. Durante as provas, você não deve levantar-se sem permissão, nem se comunicar com outros candidatos.
5. A duração das provas é de quatro horas, já incluído o tempo destinado ao preenchimento do cartão de respostas oficial.
6. Você receberá um **cartão de respostas oficial**.
 - **O CARTÃO GABARITO:** de **preenchimento obrigatório**, é o documento que será utilizado para a correção das provas objetivas. **NÃO AMASSE NEM RASURE O CARTÃO**. Preencha-o com caneta esferográfica de **tinta azul** ou **preta**.
 - **O CARTÃO GABARITO** deve ser assinado obrigatória e exclusivamente no local indicado.
7. A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas instruções e nos cartões de respostas poderá implicar anulação de sua prova.
8. Ao terminar a prova (no mínimo 2 horas), chame o fiscal de sala e lhe entregue as provas objetivas e o cartão de respostas oficial.
9. Todas as normas do edital que regem este processo seletivo devem ser cumpridas rigorosamente.

| | | |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|
| Nome do candidato | | Nº da identidade |
| | | |
| Nº da sala | | |
| | Assinatura | |

Texto para as questões 1 a 10.

A nova empreitada antivax

Bruno Gualano

Uma vez mais a ciência teve de expelir um parasita. O artigo “Síndrome pós-spike: solução simples com resultados resolutivos, relato de cinco casos”, publicado pela desconhecida IDCases, descrevia uma nova condição clínica supostamente causada tanto pelo SARS-CoV-2 quanto pelas vacinas de mRNA.

Assinam a obra Roberto Zeballos, Mariely Helbingen, Paulo Melo, Francisco Cardoso Alves, Caio Salvino, Ewerton Seródio e Edimilson Carvalho. A manobra foi criar uma síndrome (pós-spike ou spikeopatia) a partir de outra bem documentada (pós-Covid ou Covid longa). Esta é consensualmente reconhecida (CDC, OMS, NIH etc.) como uma condição decorrente da Covid-19 (não das vacinas) que afeta milhões. Aquela não existe. Como a ciência não trabalha com ficção, o artigo foi despublicado.

Estaríamos diante apenas de hipóteses inverossímeis, métodos frágeis e conclusões exorbitantes? A “spikeofobia” é isso tudo, mas talvez mais. Segundo reportagem do jornal Estado de S. Paulo, Zeballos, Cardoso e Melo teriam lucrado com vendas de conteúdo online, consultas particulares e protocolos terapêuticos para a “nova síndrome” – com direito à eclética ivermectina. No artigo, porém, declararam não possuir conflitos de interesse, outra falta ética entre tantas.

A situação não é inédita. Em 1998, Andrew Wakefield protagonizou um dos maiores escândalos científicos modernos ao publicar, no The Lancet, um artigo fraudulento que sugeria associação entre a vacina tríplice viral e o autismo. Investigações posteriores revelaram que recebera pagamentos substanciais de advogados interessados em processar fabricantes de vacinas.

Além disso, buscava vantagens comerciais: havia submetido pedido de patente para um imunizante concorrente à vacina tríplice e planejava vender kits diagnósticos para a suposta “enterocolite autística” – esquema

que, segundo documentos obtidos pelo jornalista Brian Deer, projetava faturamento superior a US\$ 40 milhões anuais. O caso culminou na cassação de seu registro pelo Conselho Médico Geral do Reino Unido e na retirada definitiva do artigo.

No Brasil, o negacionismo vacinal corre em ondas. Surge na resistência pré-científica do início do século XX, marcada pela desconfiança no Estado; amaina durante as décadas de 1970 a 2000, quando o Programa Nacional de Imunizações sustentou coberturas exemplares; infiltra-se na primeira era da desinformação digital, nos anos 2000, com boatos importados de movimentos antivacina estrangeiros; ganha tração com a polarização pós-2016, quando a recusa vacinal vira marcador identitário; e atinge seu ápice na pandemia, com o negacionismo estatal bolsonarista.

É nesse terreno da pós-verdade que floresce no país o negacionismo de mercado – a conversão sistemática da pseudociência em commodity. Há quem invente “deficiências hormonais” para vender anabolizantes; e quem crie “síndromes pós-vacinais” para prescrever protocolos detox. Na certeza da impunidade – e diante de um público aturdido pela infodemia –, proliferam os ilusionistas sanitários: agentes que descobriram no negacionismo um negócio extremamente rentável.

Para conter a ameaça, o Ministério da Saúde promete acionar conselhos de medicina, plataformas digitais e Ministério Público. Os primeiros, porém, abrigam certos profissionais que defendem publicamente teses pseudocientíficas – como a spikeofobia –, o que compromete sua capacidade de resposta. As segundas, escudadas na deturpação ética do conceito de liberdade, obedecem apenas ao imperativo do engajamento, do qual o negacionismo é sócio. À saúde pública resta confiar na atuação firme da Justiça.

QUESTÃO 1

O texto “A nova empreitada antivax” tem como objetivo principal

- A) denunciar práticas pseudocientíficas vinculadas ao movimento antivacina e alertar para a conversão do negacionismo em um negócio lucrativo com riscos à saúde pública.
- B) defender a necessidade de maior liberdade para que profissionais da saúde publiquem estudos não consensuais.
- C) apresentar alternativas terapêuticas para o tratamento da Covid longa e de supostas síndromes associadas às vacinas.
- D) propor reformas no Programa Nacional de Imunizações para reduzir resistência da população às vacinas.
- E) analisar de forma neutra as diferentes interpretações sobre os efeitos adversos das vacinas de mRNA.

QUESTÃO 2

No início do texto, afirma-se que a ciência “teve de expelir um parasita”, em referência à despublicação do artigo sobre a suposta “síndrome pós-spike”. O uso dessa metáfora indica

- A) reprovação contundente da conduta dos autores, apresentados como elementos nocivos que comprometem a integridade da produção científica.
- B) crítica ao volume excessivo de publicações sobre Covid-19 que têm sobrecarregado a comunidade científica.
- C) necessidade de interromper pesquisas sobre possíveis efeitos adversos das vacinas de mRNA até que novos protocolos sejam validados.
- D) demonstração de que a ciência mantém postura neutra diante de fragilidades metodológicas presentes em alguns estudos.
- E) defesa da incorporação de novos protocolos terapêuticos que abordem efeitos ainda não conhecidos do SARS-CoV-2.

QUESTÃO 3

De acordo com o texto, a distinção entre a “síndrome pós-spike” e a Covid longa consiste no fato de que

- A) a síndrome pós-spike apresenta evidências robustas que a sustentam como diagnóstico válido.
- B) ambas já são reconhecidas oficialmente por órgãos internacionais de saúde.
- C) a Covid longa é uma condição legitimada por instituições como CDC, OMS e NIH, ao passo que a pós-spike carece de fundamentação científica e não é reconhecida.
- D) a Covid longa é uma condição hipotética, enquanto a pós-spike vem sendo amplamente estudada.
- E) a pós-spike recebeu validação oficial, mas ainda não há consenso sobre a existência da Covid longa.

QUESTÃO 4

No trecho “Segundo reportagem do jornal *Estado de S. Paulo*, Zeballos, Cardoso e Melo teriam lucrado com vendas de conteúdo online, consultas particulares e protocolos terapêuticos para a ‘nova síndrome’ – com direito à **eclética** ivermectina”, o emprego do adjetivo “eclética”, para qualificar a ivermectina, produz o efeito de

- A) valorizar a variedade de usos comprovadamente eficazes do medicamento no tratamento de Covid-19.
- B) ironizar a inclusão de um fármaco sem eficácia comprovada, ressaltando o caráter pseudocientífico dos protocolos oferecidos.
- C) destacar a originalidade das combinações terapêuticas propostas pelos autores do estudo.
- D) sugerir que novos estudos validaram a ivermectina como opção terapêutica segura.
- E) reforçar a legitimidade das práticas clínicas adotadas na abordagem da suposta síndrome.

QUESTÃO 5

Ao mencionar o caso de Andrew Wakefield, no quarto e no quinto parágrafos, o autor busca

- A) justificar a comercialização de kits diagnósticos como prática comum na pesquisa médica.
- B) demonstrar que fraudes científicas não geram consequências relevantes para a saúde pública.
- C) defender a existência de relação comprovada entre a vacina tríplice viral e o autismo.
- D) exemplificar como interesses financeiros e conflitos éticos podem sustentar e impulsionar narrativas antivacina.
- E) argumentar que artigos fraudulentos devem permanecer publicados para ampliar o debate científico.

QUESTÃO 6

Com base no texto, a trajetória do negacionismo vacinal no Brasil revela que

- A) se manteve estável ao longo das décadas, sem alterações significativas em suas características.
- B) o fenômeno se manifesta em diferentes fases históricas, variando de intensidade e atingindo seu ponto máximo durante a pandemia.
- C) teve origem exclusivamente em disputas científico-tecnológicas internas ao campo da saúde.
- D) surgiu no contexto do bolsonarismo.
- E) está restrito às redes sociais, sem ligação com outras esferas sociais ou políticas.

QUESTÃO 7

No trecho “A manobra foi criar uma síndrome (pós-spike ou spikeopatia) a partir de outra bem documentada (pós-Covid ou Covid longa). Esta é consensualmente reconhecida (CDC, OMS, NIH etc.) como uma condição decorrente da Covid-19 (não das vacinas) que afeta milhões. **Aquela** não existe”, o pronome “aquela” retoma

- A) vacina de mRNA.
- B) Covid longa.
- C) ciência.
- D) manobra.
- E) síndrome pós-spike.

QUESTÃO 8

No trecho “**Estaríamos** diante apenas de hipóteses inverossímeis, métodos frágeis e conclusões exorbitantes?”, o uso do futuro do pretérito (“estaríamos”) expressa

- A) fato concluído no passado.
- B) certeza absoluta do autor.
- C) suposição ou dúvida retórica.
- D) projeção temporal futura.
- E) ordem enfática.

QUESTÃO 9

A expressão “**ilusionistas sanitários**”, usada pelo autor ao afirmar que “proliferam os ilusionistas sanitários: agentes que descobriram no negacionismo um negócio extremamente rentável”, sugere

- A) grupos que se dedicam à avaliação crítica de protocolos clínicos e ao acompanhamento de efeitos adversos de vacinas.
- B) profissionais da saúde que atuam em contextos emergenciais e precisam improvisar soluções terapêuticas.
- C) especialistas responsáveis por desenvolver estratégias de comunicação para ampliar o alcance de campanhas de saúde pública.
- D) equipes técnicas que trabalham com metodologias inovadoras voltadas à melhoria da gestão sanitária.
- E) indivíduos que recorrem à aparência de rigor científico para sustentar práticas lucrativas baseadas em desinformação.

QUESTÃO 10

No final do texto, ao afirmar que “À saúde pública resta confiar na atuação firme da Justiça”, o autor

- A) sugere que tanto os conselhos profissionais quanto as plataformas digitais

têm falhado ou se mostrado insuficientes, tornando necessária uma intervenção mais efetiva do sistema de Justiça.

B) atribui aos conselhos de medicina a responsabilidade de enfrentar o negacionismo científico.

C) manifesta confiança plena nas plataformas digitais como agentes eficazes no combate à desinformação.

D) defende que a participação do Judiciário em questões sanitárias é inadequada e deve ser evitada.

E) argumenta que a Justiça tem se mantido inerte diante do avanço da desinformação e do negacionismo.

Legislação do SUS e Políticas Públicas de Saúde

QUESTÃO 11

Durante uma forte onda de calor na região Norte do país, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) registrou aumento expressivo de idosos com desidratação e descompensações clínicas. A equipe reorganizou o fluxo de atendimento, ampliou o horário de funcionamento e realizou busca ativa para pacientes acamados e em maior vulnerabilidade social. Considerando os princípios e as diretrizes do SUS, assinale a alternativa que melhor expressa a combinação de princípios envolvidos na ação descrita.

A) A universalidade é assegurada ao ampliar o horário de atendimento, mas a equidade é comprometida porque o atendimento diferenciado para idosos configura discriminação.

B) A equidade orienta a priorização dos grupos mais vulneráveis, enquanto a integralidade se manifesta na oferta de cuidados articulados às diferentes necessidades decorrentes da onda de calor.

C) A descentralização está presente porque o município autorizou a ação, e a regionalização ocorre porque o atendimento se concentra nos bairros próximos à UBS.

D) A hierarquização é demonstrada pela busca ativa, uma prática exclusiva dos serviços de média e alta complexidade.

E) A resolutividade é reduzida, pois a ampliação do horário de funcionamento diminui a capacidade de encaminhamento da UBS para outros pontos da rede.

QUESTÃO 12

Um paciente com diabetes mellitus tipo 2 procura a Atenção Primária com queixas de dor nos pés e formigamento. A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) realiza avaliação clínica, solicita exames laboratoriais, agenda consulta com enfermeiro para educação em saúde e encaminha o paciente ao ambulatório especializado em neurologia da região. Esse fluxo de atenção à saúde representa, no âmbito do SUS,

A) a regionalização, por manter o cuidado restrito ao território local sem articulação com outros níveis.

B) a falha da descentralização, pois o município deveria ofertar todos os serviços, inclusive neurologia.

C) a violação da resolutividade, porque a Atenção Primária à Saúde (APS) não poderia solicitar exames laboratoriais.

D) a falta de equidade, já que o encaminhamento para neurologia não deveria ocorrer sem aprovação da regulação estadual.

E) a integralidade, por articular ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitadoras, além da hierarquização do cuidado entre APS e atenção especializada.

QUESTÃO 13

Uma região de saúde composta por cinco municípios pequenos identifica aumento de casos de AVC isquêmico. Como resposta, pactua a criação de um protocolo regional de atendimento emergencial, com centralização da trombólise em um hospital de referência e transporte regulado via SAMU. Essa estratégia

A) fere a universalidade, ao limitar o acesso apenas a pacientes residentes na sede regional.

B) viola a descentralização, pois todos os municípios deveriam ter capacidade para realizar trombóise.

C) reduz a resolutividade da rede, pois concentra serviços de alta complexidade.

D) atende ao princípio da regionalização, ao organizar os serviços de acordo com a escala populacional e complexidade necessária.

E) demonstra ausência de integralidade, já que o cuidado é direcionado somente à fase aguda.

QUESTÃO 14

Uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou o processo de reorganização do território após a chegada de novos empreendimentos habitacionais no bairro. Durante as visitas, a equipe percebeu que várias famílias estavam utilizando a UBS, porém não estavam adscritas ao território formal. Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a territorialização e a adscrição devem

A) ser realizadas exclusivamente pelo gestor municipal, sem participação da equipe ou da comunidade.

B) considerar critérios sociodemográficos, vulnerabilidades e fluxos reais de utilização dos serviços, mesmo que isso implique revisão dos limites do território.

C) priorizar a organização geográfica, independentemente das dinâmicas sociais e dos fluxos da comunidade.

D) restringir o acesso das famílias não adscritas, garantindo atendimento apenas à população previamente cadastrada.

E) utilizar apenas mapas digitais produzidos pela gestão central para definir áreas de cobertura, sem necessidade de atualização pela equipe.

QUESTÃO 15

O município está reestruturando suas equipes multiprofissionais e revisando os processos de trabalho do antigo Núcleo Ampliado de

Saúde da Família (NASF). Em termos históricos e operacionais, o NASF tinha como uma de suas funções prioritárias

A) atuar de forma matricial, apoiando as equipes de Saúde da Família em casos complexos e na ampliação da clínica, sem romper o vínculo entre ESF e usuário.

B) assumir o atendimento direto e contínuo de toda a população da área, funcionando como porta de entrada substitutiva à APS.

C) realizar exclusivamente procedimentos especializados, como exames e cirurgias ambulatoriais.

D) centralizar as ações de vigilância epidemiológica e ambiental do município.

E) substituir o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território.

QUESTÃO 16

Durante um mutirão de saúde em uma comunidade ribeirinha, a equipe identifica três crianças com febre alta, rash cutâneo e história recente de viagem a uma região com surto confirmado de sarampo. A equipe realiza atendimento imediato e orienta isolamento, mas o município relata dificuldade em enviar os dados devido à falta de conexão. Considerando os princípios da vigilância epidemiológica e da notificação compulsória,

A) a notificação pode ser adiada até o restabelecimento do sistema, pois o sarampo não é considerado evento de notificação compulsória imediata.

B) a confirmação laboratorial deve preceder a notificação, já que casos suspeitos não podem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

C) a notificação dos casos suspeitos deve ser feita imediatamente, utilizando qualquer meio disponível, independentemente de confirmação.

D) apenas a Secretaria Estadual de Saúde pode realizar a notificação de agravos em áreas remotas.

E) a vigilância epidemiológica só deve ser acionada após investigação clínica detalhada de todos os casos.

QUESTÃO 17

Um município do interior do Tocantins percebe aumento de casos de violência interpessoal e acidentes de trânsito, mas seus indicadores oficiais estão subestimados. A equipe de gestão identifica falhas no preenchimento e na alimentação dos sistemas de informação. Considerando as finalidades dos principais sistemas oficiais de informação em saúde,

- A) o SINASC registra exclusivamente óbitos neonatais, por isso não é útil para análise de nascidos vivos.
- B) o SIM é responsável por registrar internações hospitalares financiadas pelo SUS.
- C) o SINAN é o sistema indicado para registrar agravos e violências de notificação compulsória.
- D) o SIH/SUS registra apenas consultas ambulatoriais em unidades básicas de saúde.
- E) o e-SUS APS não se integra ao SISAB, são sistemas independentes.

QUESTÃO 18

Um hospital regional registrou aumento expressivo de bactérias multirresistentes associadas a infecções hospitalares. Investigações sugerem que a cadeia produtiva de proteína animal da região faz amplo uso de antimicrobianos como promotores de crescimento. A gestão busca soluções baseadas no conceito de Saúde Única. Considerando o conceito de Saúde Única, qual medida é mais compatível com essa perspectiva?

- A) Criar um grupo de trabalho conjunto entre saúde humana, agropecuária e vigilância sanitária para monitorar uso de antibióticos, resíduos ambientais e padrões de resistência.
- B) Suspender o uso de antimicrobianos no hospital até que novas bactérias sensíveis voltem a predominar.
- C) Reforçar exclusivamente o isolamento dos pacientes colonizados, sem interlocução com outros setores.
- D) Substituir os antibióticos de uso clínico por

variedades de maior espectro, reduzindo o risco imediato de falhas terapêuticas.

- E) Implementar uma campanha apenas para conscientizar profissionais de saúde sobre higienização das mãos.

QUESTÃO 19

Durante a reorganização do atendimento em uma UPA de médio porte, a equipe gestora percebeu aumento de conflitos, queixas de usuários e sobrecarga dos trabalhadores. Diante desse cenário, o município decidiu implementar ações alinhadas à Política Nacional de Humanização (PNH) para qualificar a gestão e o cuidado. Considerando os princípios e os dispositivos da PNH, qual estratégia está corretamente alinhada a essa política?

- A) Ampliar a corresponsabilidade entre equipe e usuários por meio de acolhimento com classificação de risco e escuta qualificada.
- B) Implantar auditorias mensais centradas na produtividade individual dos profissionais, estimulando competição interna.
- C) Criar fluxo rígido e padronizado de atendimento, proibindo adaptações pela equipe para garantir uniformidade do cuidado.
- D) Estabelecer metas de redução de tempo de atendimento sem envolver os trabalhadores nas decisões organizacionais.
- E) Implementar visitas supervisionadas apenas por gestores externos, restringindo autonomia da equipe local.

QUESTÃO 20

Um hospital regional referência em alta complexidade identifica falhas de comunicação entre os serviços municipais de origem dos pacientes, o que compromete a continuidade do cuidado. Para superar o problema, representantes municipais e estaduais reúnem-se na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para pactuar fluxos assistenciais e responsabilidades de cada gestor. Essa ação é um exemplo de

- A) diretriz do Pacto pela Vida, pois depende do monitoramento de indicadores prioritários.
- B) estratégia vinculada ao Pacto de Gestão, pois define responsabilidades e cooperação intergestores.
- C) ação do Pacto em Defesa do SUS, por promover a participação social.
- D) mecanismo da Regionalização da Saúde sem relação com o Pacto.
- E) instrumento exclusivo da União no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde (CIT).

QUESTÃO 21

Em um município do norte do Tocantins, o número de internações por arboviroses aumentou significativamente nos últimos meses. A vigilância epidemiológica constatou que os registros enviados por diferentes unidades apresentavam inconsistências entre o SINAN e o SIH/SUS, dificultando a confirmação dos casos e o planejamento das ações de controle vetorial. Nesse contexto, o cruzamento entre esses sistemas é essencial para qual finalidade?

- A) Substituir o registro epidemiológico por sistema único, eliminando o SINAN.
- B) Avaliar a qualidade dos dados hospitalares e punir unidades que não notificam adequadamente.
- C) Identificar duplicidades e aprimorar a completude das informações para decisões de gestão.
- D) Direcionar recursos exclusivamente para hospitais de referência estadual.
- E) Criar indicadores clínicos individuais para orientar prescrição médica.

QUESTÃO 22

Um município expandiu seu ambulatório de especialidades e passou a adotar protocolos clínicos para organização dos fluxos de pacientes, priorizando casos graves e urgentes. A equipe gestora questiona como esses instrumentos se articulam com o Decreto nº 7.508/2011. Com base nesse Decreto, avalie as afirmativas a seguir.

- I. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) orientam práticas de cuidado, definem critérios de diagnósticos, terapêuticos e de acompanhamento, padronizando a oferta de serviços no SUS.
- II. Os PCDTs são componentes opcionais no planejamento regional e dependem exclusivamente da aprovação do gestor municipal.
- III. O Decreto nº 7.508/2011 prevê que os PCDTs devem orientar a integralidade da atenção e a garantia da segurança do paciente.
- IV. A adoção dos PCDTs auxilia a organização das linhas de cuidado e fortalece a integração entre APS e atenção especializada.
- V. O uso de PCDTs é recomendado apenas para doenças raras, não é aplicável às condições crônicas de alta prevalência.

É correto o que se afirma em

- A) I e II apenas.
- B) I, III e IV apenas.
- C) I, IV e V apenas.
- D) II, III e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 23

Uma região de saúde registrou aumento de surtos alimentares e, simultaneamente, sobrecarga das UPAs por casos agudos. O comitê gestor discutiu a necessidade de fortalecer diferentes componentes da RAS. Considerando a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), avalie as afirmativas a seguir.

- I. A Vigilância em Saúde compõe a RAS. É responsável por detectar, responder rapidamente a agravos e é essencial no controle de surtos.
- II. As UPAs e o SAMU integram a rede de urgência e emergência e atuam como pontos estratégicos para garantir acesso imediato aos cuidados.
- III. A Assistência Farmacêutica na RAS deve garantir medicamentos, insumos e ações de cuidado farmacêutico articuladas com APS e serviços especializados.

IV. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta apenas por ambulatorios de saúde mental, sem articulação com urgência ou atenção hospitalar.

V. O fortalecimento da APS é importante para reduzir a procura por serviços de urgência para condições sensíveis ao cuidado primário.

É correto o que se afirma em

- A) I, III e IV apenas.
- B) I, II, III e V apenas.
- C) I, IV e V apenas.
- D) I e II apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 24

Em um município de médio porte, a nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde iniciou a revisão do Plano Municipal de Saúde. No processo, uma consultoria contratada sugeriu, em um relatório, que o município só poderia ampliar seus serviços de saúde mediante autorização da União, pois “a saúde é dever exclusivo da União, cabendo aos Estados e aos Municípios apenas ações complementares”. Além disso, o relatório afirmava que a participação da comunidade deveria ser facultativa, visto que não haveria previsão constitucional que a tornasse obrigatória. Com base no que determina a Constituição Federal de 1988, analise as afirmativas a seguir.

- I. A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever exclusivo da União, os estados e os municípios podem atuar apenas de forma complementar.
- II. A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde é garantida constitucionalmente como uma diretriz da organização do SUS.
- III. A integralidade da assistência implica ações articuladas e contínuas de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- IV. O Artigo 196 reconhece que políticas econômicas e sociais também influenciam a garantia do direito à saúde.
- V. A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, está prevista nos Artigos 196 a

200 como diretriz organizativa do SUS.

É correto o que se afirma em

- A) I, III e IV apenas.
- B) III, IV e V apenas.
- C) II, IV e V apenas.
- D) II, III, IV e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 25

Durante uma capacitação de gestores municipais, discutiu-se o papel da Lei nº 8.080/1990 na operacionalização do SUS. Um gestor recém-chegado argumentou que, por tratar-se de um sistema público, a Lei nº 8.080 proibiria totalmente a participação de serviços privados. Outro participante afirmou que ações preventivas, como vigilância epidemiológica, não fariam parte do escopo da Lei, pois estariam restritas à assistência. Considerando o conteúdo da Lei nº 8.080/1990, analise as afirmativas a seguir.

- I. A Lei nº 8.080 define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, alinhada ao conceito da OMS.
- II. A vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas campos de atuação do SUS, segundo a Lei.
- III. A Lei estabelece que a execução de ações e serviços de saúde é responsabilidade exclusiva do setor público, por isso é proibida a participação da iniciativa privada.
- IV. A promoção da saúde consiste em intervenções que visam atuar nos determinantes e nos condicionantes, e não apenas em ações assistenciais.
- V. A direção única do SUS em cada esfera de governo é reafirmada pela Lei nº 8.080 como diretriz para organização dos serviços.

É correto o que se afirma em

- A) I, II e V apenas.
- B) II e IV apenas.
- C) I, IV e V apenas.
- D) I, II, IV e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

Fisioterapia

QUESTÃO 26

Um paciente masculino, 58 anos, refere dispneia aos esforços moderados (escala de Borg 4/10) e é submetido a um teste cardiopulmonar de exercício (CPET) para avaliação funcional. Os achados do CPET foram os seguintes: VO_2 pico reduzido (valor abaixo do esperado para a idade/sexo); O_2 -pulse com inclinação decrescente durante o incremento de carga; VE/VCO_2 slope elevado; $PETCO_2$ de repouso baixo e queda relativa durante o exercício; Reserva ventilatória (*breathing reserve*) preservada; Recuperação da FC pós-exercício atenuada. Com base nas variáveis cardiovasculares, respiratórias e metabólicas supracitadas, qual alternativa melhor representa a interpretação funcional mais provável desse CPET?

- A) Limitação cardíaca primária, disfunção cardiovascular (ex.: insuficiência cardíaca/reserva cardíaca reduzida) como principal causa da intolerância ao exercício, sugerida por VO_2 pico reduzido, O_2 -pulse com inclinação decrescente e recuperação de FC anormal, mesmo com reserva ventilatória preservada.
- B) Limitação ventilatória primária, doença pulmonar responsável pela redução do VO_2 pico, indicada por VE/VCO_2 slope elevado, $PETCO_2$ baixo/decrescente e baixa reserva ventilatória.
- C) Descondicionamento/limitação periférica, interpretação compatível com causa metabólica (baixa captação periférica de O_2), caracterizada por VO_2 pico reduzido, VE/VCO_2 slope normal e O_2 -pulse com curva ascendente normal.
- D) Resposta metabólica anômala (limite anaeróbio precoce), caracterizada por RER elevado desde cargas baixas e VO_2 no limiar anaeróbio (VAT) muito precoce, associados a VE/VCO_2 slope normal.
- E) Mistura de limitações cardíaca e ventilatória igualmente prováveis, quando VO_2 pico reduzido vem acompanhado de VE/VCO_2 slope normal, O_2 -pulse normal e $PETCO_2$ estável.

QUESTÃO 27

Um fisioterapeuta avalia uma paciente de 45 anos com queixa de dor anterior no joelho e dificuldade durante a descida de escadas. No exame funcional, observa-se: aumento do valgo dinâmico, encurtamento do trato iliotibial e diminuição da força do glúteo médio. Com base nos princípios da anatomia funcional e da cinesiologia, qual estrutura apresenta o papel mais determinante na estabilidade lateral do quadril, cuja disfunção contribui diretamente para o mecanismo de sobrecarga femoropatelar descrito?

- A) Tensor da fáscia lata, por atuar como principal estabilizador lateral durante a fase de apoio.
- B) Glúteo médio, devido à sua ação de abdução e controle do valgo dinâmico no plano frontal.
- C) Glúteo mínimo, pois é o maior responsável pela rotação externa e pela estabilidade do joelho.
- D) Vasto lateral, por controlar o alinhamento patelar e prevenir a rotação interna femoral.
- E) Piriforme, por ser o principal estabilizador da pelve durante movimentos unilaterais.

QUESTÃO 28

Um paciente de 48 anos, internado em UTI por pneumonia grave, está no 6º dia de ventilação mecânica. No momento, encontra-se em modo PSV 10 cmH₂O, PEEP 8 cmH₂O, FiO₂ 40%, apresentando FR = 22 irpm, SpO₂ = 95%. Gasometria arterial recente mostra: pH 7,38; PaCO₂ 44 mmHg; PaO₂ 78 mmHg; HCO₃⁻ 25 mEq/L. O índice de respiração rápida e superficial (IRRS, ou RSBI) medido em respiração espontânea por 1 minuto foi 58 incursões/L. Com base no manejo fisioterapêutico em UTI e nos critérios atuais de prontidão para desmame, qual é a próxima conduta mais apropriada?

- A) Manter o paciente em PSV sem novas tentativas por 24-48h, pois o tempo de ventilação já ultrapassa 5 dias.

B) Progredir imediatamente para extubação, pois o IRRS abaixo de 100 confirma sucesso.

C) Aumentar o nível de PSV para reduzir a FR e melhorar a complacência antes do teste de respiração espontânea.

D) Suspender tentativa de desmame, pois a PaO₂ está abaixo de 90 mmHg.

E) Realizar teste de respiração espontânea (T-piece ou CPAP mínimo) e monitorizar sinais clínicos.

QUESTÃO 29

Paciente masculino de 62 anos, 3 semanas após AVC isquêmico em território da artéria cerebral média esquerda, apresenta hemiparesia contralateral com déficit predominante de preensão e prensão de mão direita. O fisioterapeuta planeja um programa de reabilitação visando à recuperação motora do membro superior. Considerando evidências recentes sobre intervenções para promover reorganização cortical funcional, qual das opções é mais adequada como estratégia combinada para maximizar o ganho motor e a plasticidade cortical nessa fase subaguda?

A) Repouso com orientações domiciliares para evitar uso compensatório do membro acometido nas primeiras 6 semanas.

B) Sessões diárias de exercícios passivos de amplitude de movimento + compressão neural intermitente para reduzir espasticidade.

C) Uso exclusivo de robô para mobilização passiva do ombro e cotovelo 5×/semana, sem prática ativa.

D) Terapia aquática leve focada em relaxamento e mobilidade geral, 3×/semana.

E) Treino intensivo e específico de tarefas de alcance e preensão com restrição do membro não afetado (CIMT) associado à estimulação elétrica funcional (FES) ou neuromodulação não invasiva (tDCS/TMS) aplicada antes ou durante a prática.

QUESTÃO 30

Considere três pacientes diferentes: (1) adulto com lesão medular incompleta crônica (lesão medular cervical C6, ambulador com auxílio); (2) jovem com Traumatismo Crânioencefálico

moderado em fase subaguda com déficits de marcha e coordenação; (3) paciente com doença neuromuscular progressiva (distrofia de início adulto) com capacidade respiratória moderadamente reduzida. Para cada situação clínica descrita, qual intervenção fisioterapêutica está mais alinhada com as estratégias atuais centradas em princípios de neuroplasticidade e manutenção da função, respectivamente?

A) (1) Treino intensivo e *task-specific* (ABT/*stepping training*) visando ativar circuitos espinhais; (2) programa combinado de treino aeróbico + treino de tarefas motoras repetitivas e estimulação sensorio-motora; (3) programa individualizado com exercícios aeróbicos de intensidade moderada, treino de força graduado e treino de musculatura respiratória conforme tolerância.

B) (1) Treino intensivo de movimento específico abaixo do nível da lesão (*activity-based therapy/locomotor training*); (2) exercícios aeróbicos leves sem repetição de tarefas; (3) evitar exercícios resistidos por risco de fadiga.

C) (1) Mobilizações passivas e alongamentos; (2) estimulação elétrica transcraniana isolada sem treino funcional; (3) orientação respiratória educacional.

D) (1) Uso exclusivo de órtese para compensar marcha sem treino intensivo; (2) repouso e proteção craniana com pouca mobilização; (3) treino respiratório quando ocorrer insuficiência respiratória franca.

E) (1) Hidroterapia leve sem ênfase em prática de marcha específica; (2) terapia ocupacional sem componente aeróbico; (3) contraindicação absoluta de qualquer exercício por possível aceleração da degeneração.

QUESTÃO 31

Um fisioterapeuta integrante de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi designado para planejar ações coletivas em uma área com aumento de queixas musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho informal. Ao elaborar o plano territorial, o profissional deve considerar que a territorialidade na Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza por quê?

A) Funciona como instrumento administrativo para distribuição de profissionais, não influenciando na definição de prioridades de saúde da população adscrita.

B) Refere-se à divisão geográfica das microáreas, não incluindo fatores socioculturais ou econômicos relevantes para planejamento das ações coletivas.

C) Deve orientar o mapeamento dos determinantes sociais da saúde, permitindo identificar grupos vulneráveis e organizar intervenções multiprofissionais baseadas em necessidades reais do território.

D) É utilizada em ações epidemiológicas, não é aplicável à fisioterapia por se tratar de uma profissão centrada no atendimento individual.

E) Deve ser considerada em ações de vigilância, por isso não é relevante para atividades de promoção da saúde.

QUESTÃO 32

Paciente feminina, 58 anos, submetida à mastectomia direita e quimioterapia adjuvante há 3 meses, refere fadiga intensa, limitação para atividades domésticas e episódio recente de linfedema moderado no braço direito. Exame físico mostra força de MMSS 4/5 à direita, capacidade de caminhada reduzida e relato de dor oncológica intermitente controlada com analgésicos. Considerando as diretrizes atuais de reabilitação oncológica e a integração precoce de cuidados paliativos, qual conduta fisioterapêutica é mais indicada para melhorar funcionalidade e qualidade de vida nessa paciente?

A) Priorizar técnicas de relaxamento e terapia ocupacional, encaminhando a paciente para reabilitação ativa somente após 12 meses de estabilidade oncológica.

B) Evitar exercícios aeróbicos e resistidos durante o período pós-quimioterapia, priorizando técnicas passivas (termoterapia e massagem).

C) Restrição absoluta de qualquer exercício de membro superior ipsilateral até que o linfedema desapareça completamente; focar em treinamento respiratório.

D) Iniciar um programa individualizado e supervisionado de exercício aeróbico e de

resistência progressiva, associado a manejo de linfedema (compressão e exercícios), educação em conservação de energia e suporte multidisciplinar.

E) Uso exclusivo de eletroterapia para controle da dor, evitando intervenções sobre força e endurance, pois exercícios poderiam comprometer o prognóstico.

QUESTÃO 33

Um paciente vítima de trauma ortopédico grave é admitido na unidade de emergência. Ele está consciente, com fratura potencial de fêmur, dor marcada e dificuldade para respirar, mas ainda com ventilação espontânea. Durante a avaliação inicial, o fisioterapeuta identifica sinais de fadiga respiratória (respiração rápida, uso de músculos acessórios) e decide monitorar de perto antes da imobilização definitiva. Qual das condutas fisioterapêuticas é mais apropriada neste momento inicial, considerando estabilidade hemodinâmica e segurança respiratória?

A) Realizar padrões de respiração profunda e exercícios de expansão pulmonar usando respiração diafragmática, com monitorização da frequência respiratória e da saturação de oxigênio.

B) Forçar mobilização precoce no leito para reduzir o risco de complicações da imobilidade.

C) Iniciar ventilação mecânica invasiva imediatamente para evitar descompensação respiratória durante a imobilização.

D) Aplicar PEEP elevado (≥ 10 cmH₂O) para garantir a reabertura alveolar antes da imobilização.

E) Postergar qualquer manobra respiratória até a fixação cirúrgica da fratura, para não causar instabilidade hemodinâmica.

QUESTÃO 34

Pacientes oncológicos frequentemente apresentam fadiga relacionada ao câncer (FRC), que pode ser abordada pela fisioterapia. Considerando a literatura científica, qual intervenção de fisioterapia é mais eficaz para reduzir a fadiga e melhorar a qualidade de vida desses pacientes?

- A) Drenagem linfática manual como única intervenção
- B) Massagem terapêutica e alongamentos passivos
- C) Eletroterapia analgésica sem exercício físico
- D) Técnicas respiratórias (higiene brônquica, reexpansão pulmonar)
- E) Exercícios de força e resistência supervisionados

QUESTÃO 35

Um paciente internado na UTI apresenta os seguintes valores em sua gasometria arterial: $\text{pH} = 7,25$; $\text{PaCO}_2 = 60$ mmHg; $\text{HCO}_3^- = 26$ mEq/L; $\text{PaO}_2 = 70$ mmHg; $\text{SaO}_2 = 88\%$. Considerando os conceitos fisiológicos de equilíbrio ácido-base e ventilação alveolar, bem como a evidência da literatura clínica, qual é a interpretação mais apropriada desse exame e a conduta fisioterapêutica indicada?

- A) Alcalose respiratória compensada; ajustar o suporte ventilatório para reduzir a ventilação alveolar.
- B) Acidose metabólica compensada por retenção de CO_2 ; indicar ressuscitação com solução salina para corrigir o bicarbonato.
- C) Acidose respiratória aguda descompensada, com hipoventilação aguda; a conduta fisioterapêutica deve priorizar a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva para favorecer a eliminação de CO_2 .
- D) Acidose metabólica mista (respiratória + metabólica); sugerir perfusão de bicarbonato sódico imediatamente.
- E) Alcalose metabólica mista; suspender agentes alcalinizantes e aguardar compensação renal.

QUESTÃO 36

A fase I da reabilitação cardiovascular, realizada na fase hospitalar, tem como principal objetivo minimizar os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito e iniciar de forma segura a recuperação funcional do paciente. Além da diminuição da capacidade funcional, considere os seguintes efeitos fisiológicos do repouso prolongado:

- I. redução da complacência pulmonar e aumento da atelectasia;
- II. diminuição do tônus muscular e da força esquelética;
- III. alterações na adaptação cardiovascular à posição ortostática, incluindo hipotensão postural;
- IV. redução do volume plasmático, podendo afetar a perfusão tecidual.

Estão corretos os itens

- A) I e IV apenas.
- B) I, III e IV apenas.
- C) II, III e IV apenas.
- D) I, II e III apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 37

Paciente M., 68 anos, sofreu AVC isquêmico hemisférico esquerdo há 4 semanas e apresenta hemiparesia direita moderada, disfagia leve, dificuldade para preparar refeições e há barreiras ambientais no domicílio (ausência de corrimão e degrau na entrada). Utilizando a CIF como estrutura de raciocínio clínico, quais afirmações representam objetivos terapêuticos e condutas iniciais mais adequadas para esse paciente?

- I. Melhorar o desempenho da atividade "preparar refeições", integrando treino de marcha e equilíbrio, treino de deglutição e orientação para adaptações ambientais.
- II. Reduzir a espasticidade do MS direito em 2 pontos na Escala Modified Ashworth, utilizando exclusivamente mobilizações passivas e crioterapia.
- III. Treinar tarefas funcionais relacionadas a autocuidado e mobilidade doméstica, com participação ativa da família para reduzir barreiras ambientais.
- IV. Focar em ganho de força isolada de ombro e cotovelo, sem considerar fatores ambientais ou atividades de vida diária.
- V. Estabelecer como meta o aumento de participação nas atividades domésticas, articulando intervenções em função corporal, atividade e fatores ambientais.

Estão corretos os itens

- A) I e II apenas.
- B) I, III e V apenas.
- C) I, IV e V apenas.
- D) II, III e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 38

Paciente de 64 anos com osteoartrite de joelho e sarcopenia leve apresenta dor moderada, fraqueza de extensores e capacidade funcional reduzida. Segundo as recomendações atuais para idosos com osteoartrite de joelho e sarcopenia leve, quais condutas representam prescrição adequada de exercícios?

- I. Utilizar exercícios resistidos moderados (50-60% de 1RM) com progressão gradual de 5-10% semanal, priorizando movimentos multiarticulares e treino funcional.
- II. Priorizar alongamentos e evitar treino resistido nas primeiras 8 semanas devido à dor, ampliando mobilidade antes de iniciar força.
- III. Integrar treino aeróbico moderado 3-5x/semana e treino resistido 2-3x/semana, com atenção ao controle da dor e à velocidade dos movimentos.
- IV. Evitar exercícios resistidos porque podem acelerar degeneração articular associada à osteoartrite.
- V. Associar exercícios de potência com cargas leves a moderadas e velocidade controlada quando houver melhora inicial da dor e segurança na execução.

Estão corretos os itens

- A) I, III e IV apenas.
- B) I, III e V apenas.
- C) I e II apenas.
- D) II, III e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 39

Paciente de 62 anos, ex-tabagista, com DPOC moderada (VEF1 58% previsto, relação VEF1/CVF 0,58) relata dispneia mMRC 2 e limitação para AIVDs. Considerando as diretrizes

internacionais de reabilitação pulmonar, quais condutas são adequadas como início do programa fisioterapêutico desse paciente?

- I. Iniciar exercício aeróbico contínuo em intensidade moderada, progressão gradual e monitorização de SpO₂ e sintomas.
- II. Evitar exercício aeróbico até VEF1 atingir >70%, priorizando apenas técnicas de higiene brônquica.
- III. Associar treino de força de MMSS e MMII, com progressão conforme tolerância, integrando-se ao exercício aeróbico.
- IV. Adiar o início da reabilitação pulmonar devido à relação VEF1/CVF <0,70, que contraindica atividade física.
- V. Considerar treinamento muscular inspiratório para otimizar força respiratória e reduzir dispneia, especialmente se pressão inspiratória máxima estiver reduzida.

Estão corretos os itens

- A) I e II apenas.
- B) I, III e V apenas.
- C) I, III e IV apenas.
- D) II, III e V apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 40

Um recurso terapêutico frequentemente cobrado em provas de residência é a Estimulação Elétrica Funcional (FES), especialmente no contexto de reabilitação neurológica. Sobre o uso da FES na reabilitação de pacientes neurológicos, considere as afirmações a seguir.

- I. A FES aplicada ao nervo peroneal (em pacientes após AVC) associada à fisioterapia pode melhorar a velocidade da marcha mais do que apenas os exercícios convencionais.
- II. A FES-cycling (ciclismo com estimulação elétrica) demonstrou, em revisões sistemáticas, redução da espasticidade nos membros inferiores em lesão medular.
- III. A evidência disponível até o momento permite recomendar parâmetros ideais únicos de pulso, frequência e largura de pulso para FES em todos os pacientes com espasticidade.

IV. Os fisioterapeutas utilizam FES com muita frequência na prática clínica, uma vez que seu uso é amplamente disseminado e não há barreiras importantes para sua aplicação.

É correto o que se afirma em

- A) I e II apenas.
- B) II e IV apenas.
- C) I, II e III apenas.
- D) I, II e IV apenas.
- E) I, II, III e IV.