



CONHECIMENTOS DO SUS – 01 A 20

01. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Na Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi entendida como atenção à saúde essencial. Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (primary health care), identificando-se concepções, interpretações e abordagens distintas. A abordagem que refere à atenção primária à saúde como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados de saúde que incluem ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população, denomina-se:

- A) APS seletiva / Selective primary care.
- B) APS como Primeiro nível de atenção / Primary care.
- C) APS abrangente / Comprehensive primary health care.
- D) APS integral de Alma-Ata / Comprehensive primary health care.
- E) APS como Abordagem de saúde e de direitos humanos.

02. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitário. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitário). Configuram-se modelos de atenção hegemônicos, exceto em:

- A) Modelo médico assistencial privatista e Modelo da atenção gerenciada.
- B) Campanhas sanitárias e Programas especiais.
- C) Vigilância sanitária e Vigilância epidemiológica.
- D) Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família.
- E) Oferta organizada e Ações programáticas de saúde.

03. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os fundamentos e atributos inerentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) são imprescindíveis para sua adequada implantação em nível local. Fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica de algo. As RAS para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade,

precisam ser estruturadas em 10 fundamentos: Economia de escala, Suficiência e Qualidade, Acesso, Disponibilidade de recursos, Integração vertical, Integração Horizontal, Processos de substituição, Região de Saúde ou Abrangência, Níveis de atenção. Sobre os fundamentos abaixo listados é incorreto:

- A) A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que diminuem o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um menor número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.
- B) Suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.
- C) O acesso refere-se à ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- D) Os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas.
- E) Processos de substituição são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

04. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O Programa Hiperdia do centro de saúde A encaminha um paciente com diabetes para o Programa especializado em diabetes do hospital público B que, por sua vez, resolve indicá-lo para terapia renal em um hospital C privado vinculado ao SUS, que é o único no município que dispõe de tecnologia adequada. Todo esse processo é feito mediante gestão municipal. O fundamento das redes de atenção à saúde que ilustra o caso acima é o de:

- A) Acesso.
- B) Suficiência.
- C) Disponibilidade de recursos.
- D) Integração vertical.
- E) Integração horizontal.



05. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde é um conjunto de políticas e diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde de todos os brasileiros. A Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 classifica as políticas/diretrizes nacionais de saúde do SUS em: POLÍTICAS DE SAÚDE: (1) Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; 2) Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; 3) Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; 4) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde) POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: (1) Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde; 2) Políticas de Atenção a Agravos Específicos) e POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS. Aponte, conforme a portaria, qual encaixa-se no eixo “Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde”:

- A) Política Nacional de Cuidados Paliativos.
- B) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.
- C) Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
- D) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
- E) Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

06. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O Ministério da Saúde define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Esse processo está condicionado ao cumprimento dos seguintes critérios, exceto:

- A) credenciamento, pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica, dos tipos de equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS.
- B) cadastramento das equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pela gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal;
- C) definição e homologação, pelo Ministério da Saúde, dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes e serviços da APS credenciados e cadastrados no SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- D) ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência;

E) especificação em relatório de contrapartida financeira do município para custeio das equipes, conforme pactuação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

07. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Encontra-se dispostos nessa portaria os sistemas, exceto:

- A) Sistema Nacional de Transplantes (SNT).
- B) Sistema Nacional de Informações Estratégicas do SUS (SINAIESUS).
- C) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).
- D) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SIS-LAB).
- E) Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

08. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), um documento que orienta as ações de vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNVS define os princípios, diretrizes e responsabilidades para o planejamento e a execução de ações nas três esferas de gestão, incluindo a articulação entre as vigilâncias, o controle social e a promoção da saúde. Sobre a PNVS é incorreto afirmar:

- A) é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão compartilhada entre o poder público e iniciativa privada em caráter complementar.
- B) A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.
- C) A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.
- D) A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.



E) A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.

09. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Art. 3º estão definidos PRINCÍPIOS e DIRETRIZES que regem a operacionalização dessa política. As diretrizes, especificamente, organizam e orientam a atenção básica para garantir um cuidado mais eficaz, resolutivo e humanizado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Marque a opção que apresenta apenas diretrizes:

- A) Universalidade; Regionalização e Hierarquização; Territorialização;
- B) Equidade; População Adscrita; Participação da comunidade;
- C) Integralidade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado;
- D) Resolutividade; Ordenação da rede; Cuidado centrado na pessoa;
- E) Universalidade; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa.

10. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A portaria nº 1, de 2 de Junho de 2021, apresenta a consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Nela, a homologação de equipes e serviços da APS pelo Ministério da Saúde está condicionada ao cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e ao cumprimento dos seguintes critérios, exceto:

- A) cadastro em estabelecimento de saúde da APS, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- B) registro do código da Identificação Nacional de Equipe (INE) da equipe e/ou do código Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço no SCNES;
- C) presença de composição profissional mínima exigida, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- D) presença de carga horária mínima exigida por categoria profissional, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- E) vinculação das equipes e-Multi às equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), para homologação das equipes de Saúde Bucal (eSB).

11. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) é uma política do Ministério da Saúde que define diretrizes para a integração de sistemas de informação e o uso de tecnologia no setor de saúde no Brasil. Na perspectiva dessa política, a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde é considerada uma condição central para o fortalecimento da governança informacional no SUS. Em relação a esse princípio, assinale a alternativa que melhor expressa sua implicação prática no contexto da gestão descentralizada e do controle social em saúde:

- A) Viabiliza a centralização das decisões estratégicas de gestão da informação em nível federal, garantindo padronização nacional e reduzindo a autonomia local.
- B) Possibilita a integração de dados clínicos e administrativos, fortalecendo o processo decisório baseado em evidências, a transparência das ações governamentais e o controle social.
- C) Permite a incorporação de novos sistemas municipais de informação em saúde, evitando a heterogeneidade de plataformas e aplicativos locais.
- D) Prioriza a troca de informações entre instituições privadas e públicas de saúde, assegurando o reforço da saúde suplementar.
- E) Estabelece a padronização de fluxos informacionais apenas entre esferas de gestão, sem incluir os usuários e profissionais de saúde no compartilhamento e uso das informações.

12. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) De acordo com o modelo da história natural da doença, o conceito de estrutura epidemiológica propõe que os fatores relacionados ao agente, ao suscetível e ao ambiente formam um sistema dinâmico e interdependente. Considerando esse modelo, assinale a alternativa que expressa corretamente uma implicação prática dessa concepção para as ações de prevenção em saúde coletiva:

- A) A intervenção eficaz deve concentrar-se preferencialmente na modificação do comportamento individual, uma vez que o ambiente e o agente são condicionantes de natureza fixa.
- B) As ações de prevenção primária buscam o controle de agentes infecciosos, visto que nesse modelo os fatores socioculturais são irrisórios na estrutura epidemiológica.
- C) Alterações em qualquer componente da estrutura epidemiológica repercutem sobre os demais, exigindo intervenções holísticas para restaurar o equilíbrio do sistema.
- D) A estrutura epidemiológica segundo o modelo em questão prevê que as ações de prevenção devem focar em eliminar o agente etiológico para reduzir a incidência das doenças.



- E) A estrutura epidemiológica considera o processo saúde-doença exclusivamente biológico, restringindo a prevenção às intervenções médicas específicas e ao uso de tecnologias sanitárias.
- 13. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O modelo da determinação social do processo saúde-doença supera a abordagem multicausal ao introduzir o conceito de totalidade social. Nesse contexto, qual das alternativas expressa de forma mais adequada a lógica explicativa desse modelo?**
- A) O processo saúde-doença é concebido como produto histórico e social, determinado por relações de produção, organização política e condições de vida que moldam as desigualdades em saúde.
- B) As doenças são resultado direto da soma de fatores individuais e ambientais, analisados isoladamente em uma estrutura causal linear.
- C) O social é entendido como um conjunto de fatores residuais, atuando de forma secundária à biologia e ao ambiente físico.
- D) A determinação social propõe substituir a epidemiologia por abordagens puramente sociológicas, sem integração com os aspectos biológicos do adoecer.
- E) A determinação social reconhece o indivíduo como centro exclusivo do processo saúde-doença, priorizando as mudanças de comportamento como principal estratégia de intervenção.
- 14. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reconhece a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) com os demais componentes da Vigilância em Saúde como condição essencial para a efetividade da política. Nesse contexto, qual das alternativas melhor expressa o objetivo dessa integração, segundo a PNSTT?**
- A) Padronizar metodologias de fiscalização trabalhista entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, de forma a eliminar sobreposições institucionais.
- B) Unificar os instrumentos de registro e notificação de agravos, padronizando-os e articulando vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador para a atuação territorial e intersetorial.
- C) Centralizar a análise de dados de saúde do trabalhador em nível federal, otimizando o fluxo de informações entre estados e municípios.
- D) Transferir para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a competência pela investigação e notificação dos agravos ocupacionais.
- E) Fortalecer a capacidade analítica e interventiva do SUS por meio da troca sistemática de informações entre as diferentes vigilâncias, possibilitando identificar situações de risco relacionadas aos processos produtivos e subsidiar ações integradas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.
- 15. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Vigilância em Saúde estabelece o princípio da equidade como eixo estruturante da vigilância em saúde, destacando a priorização de territórios, grupos e pessoas em maior vulnerabilidade. Considerando esse princípio, qual das situações abaixo expressa de forma mais adequada sua aplicação prática no âmbito do SUS?**
- A) Direcionar os recursos de vigilância aos municípios com maior densidade populacional, otimizando o impacto financeiro das ações.
- B) Planejar as ações de vigilância com base nos indicadores epidemiológicos agregados, sem incorporar a percepção individual dos riscos.
- C) Reduzir o número de ações de vigilância em saúde em regiões de baixo risco epidemiológico, garantindo a redistribuição equitativa dos profissionais.
- D) Definir as prioridades territoriais a partir da análise da situação de saúde local e regional, em sentido ascendente das propostas.
- E) Diagnosticar situações que envolvam os diferentes tipos de vigilância, determinando qual delas deve ser contactada para territórios mais vulneráveis.
- 16. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Promoção da Saúde adota princípios que orientam o planejamento e a execução de ações intersetoriais voltadas à equidade, autonomia e sustentabilidade. Analise as assertivas abaixo sobre esses princípios:**
- I. A intersetorialidade implica a articulação entre diferentes setores e atores sociais, sob a liderança do setor saúde.
- II. A integralidade pressupõe reconhecer as dimensões biológica, social, cultural e ambiental do processo saúde-doença, integrando-as nos planos e práticas de promoção da saúde.
- III. A sustentabilidade envolve garantir continuidade das ações, incorporando as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental nos processos de decisão.
- IV. A territorialidade reconhece as especificidades locais e regionais, orientando o planejamento das ações de promoção da saúde de forma descentralizada e equitativa.



V. A autonomia é entendida como a capacidade de sujeitos e coletividades fazerem escolhas conscientes sobre modos de vida, considerando suas condições socioeconômicas e culturais.

Assinale a alternativa que apresenta somente as afirmativas corretas:

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

17. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e a gestão democrática e participativa são condições indispensáveis para o fortalecimento da promoção da saúde no SUS. No entanto, sua efetividade depende da capacidade de integração entre políticas, saberes e atores. Com base nisso, considerando o município de Crato como um locus de atuação da residência multiprofissional em saúde, qual cenário representa, de forma mais consistente, a aplicação combinada desses eixos operacionais?

- A) A Secretaria Municipal de Saúde cria programas de promoção da atividade física, executados por profissionais de educação física e operacionalizado nas praças da cidade e Encosta do Seminário.
- B) Os projetos de promoção da saúde são especificamente implantados pelo setor saúde a partir de reuniões amplas com outras secretarias e atores, considerando o registro dessas informações nos sistemas de informação em saúde e o alcance das metas e indicadores.
- C) A incorporação da política no município deve estar regida pelas diretivas do Ministério da Saúde, garantindo uniformidade na execução, podendo tecer pactuações com o estado.
- D) É essencial que as equipes de Saúde da Família informem aos residentes o que esses devem fazer de ações de promoção da saúde, com base nas campanhas de massa nacional, como o Outubro Rosa.
- E) Um Comitê Intersetorial Municipal pactua metas entre as diferentes secretarias do município, em uma proposta de integrar os dados territoriais e fortalecimento do controle social sobre as ações.

18. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria de consolidação nº1/2021 define diretrizes para a validação de equipes, a transferência de incentivos

e a integração ensino-serviço no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Considerando o disposto nos artigos 55 e 56, assinale a alternativa correta acerca dos critérios para o custeio das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Saúde Bucal (eSB) integradas a programas de formação profissional na APS:

- A) A equipe deve comprovar a presença de pelo menos um profissional em formação cadastrado no SCNES, com vínculo formal em programa de residência multiprofissional ou uniprofissional reconhecido pelo CNRM ou CNRMS.
- B) O custeio adicional é condicionado à comprovação de que o município possui convênio ativo com universidade pública federal e plano de contrapartida estadual aprovado na CIB.
- C) O incentivo financeiro adicional depende exclusivamente do credenciamento do serviço como campo de práticas, independentemente do registro do residente no sistema de informação.
- D) O custeio adicional está restrito a equipes que possuam dois ou mais residentes por categoria profissional, conforme o porte populacional do município.
- E) A habilitação das equipes de formação depende de aprovação pelo Ministério da Educação e validação posterior em portaria tripartite.

19. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O programa “De volta para casa”, instituído pela Lei nº 10.708/2003 e regulamentado pela Portaria de Consolidação nº5/2017, representa uma estratégia fundamental da reforma psiquiátrica brasileira. Sobre seus critérios, objetivos e operacionalização, assinale a alternativa correta:

- A) O benefício psicossocial é concedido a qualquer paciente egresso de hospital psiquiátrico, independentemente do tempo de internação, desde que apresente laudo médico indicando incapacidade laboral
- B) A adesão do município ao programa é facultativa e dispensa comprovação da oferta de ações de reintegração social.
- C) A renovação do benefício ocorre automaticamente, desde que o beneficiário permaneça fora de internações psiquiátricas por mais de 90 dias.
- D) A inclusão no programa requer habilitação municipal, solicitação formal do beneficiário ou representante legal, e parecer favorável de equipe de saúde designada pelo gestor legal.
- E) O benefício financeiro é vitalício, sendo suspenso apenas em caso de óbito do beneficiário.



20. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Com base nas disposições da Portaria de Consolidação nº 5/2017 e nas normativas complementares que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), analise as afirmativas a seguir:

- I. O PNSP tem como objetivo reduzir a incidência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde e promover cultura de segurança nos serviços.
- II. A criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatória em todos os serviços de saúde públicos e privados, com responsabilidade de notificar incidentes no Notificação.
- III. A adesão ao PNSP é restrita aos serviços hospitalares, uma vez que sua aplicação em atenção primária é arbitrária.
- IV. Compete aos NSP implantar protocolos de segurança, realizar capacitações e analisar eventos adversos com vistas à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Está correto o que se afirma em:

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

RESIDÊNCIA EM FISIOTERAPIA – 21 A 30

21. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823/2012, orienta que as ações de saúde do trabalhador devem contemplar vigilância em saúde, identificação e controle de riscos, além da participação ativa dos trabalhadores. Prevê também que a educação permanente e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis são responsabilidades compartilhadas entre gestores, profissionais de saúde e trabalhadores, devendo integrar as demais políticas do SUS. Em uma unidade de saúde do SUS, uma equipe multiprofissional revisa suas práticas para alinhar-se à PNSTT.

Considerando os princípios dessa política, qual das ações descritas demonstra conformidade com suas diretrizes, especialmente no que se refere à vigilância e à participação dos trabalhadores, assinale a alternativa que apresenta a ação mais coerente com a PNSTT?

- A) Instituir reuniões periódicas entre gestores para revisar indicadores de adoecimento, priorizando medidas administrativas de controle de absenteísmo.

- B) Criar um comitê com representantes dos trabalhadores e da equipe de saúde, voltado à identificação de riscos, elaboração de planos de prevenção e promoção de saúde no ambiente laboral.
- C) Intensificar o número de exames ocupacionais anuais, como forma principal de vigilância em saúde do trabalhador.
- D) Desenvolver protocolos clínicos padronizados para reabilitação funcional de trabalhadores com agravos já instalados.
- E) Promover campanhas informativas sobre segurança no trabalho conduzidas pela equipe gestora, sem a participação direta dos trabalhadores no planejamento.

22. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A melhoria da força muscular (FM) exige aplicação do princípio de sobrecarga para ocorrer adaptação, o músculo deve ser desafiado com carga superior à sua capacidade habitual. Os principais determinantes do treino de força incluem intensidade (carga), volume (nº de repetições e séries), velocidade de contração, frequência e progressão. Para aumentar força máxima costuma-se utilizar cargas mais elevadas com menor número de repetições por série; e para resistência, cargas menores com maior número de repetições e séries.

Na situação de um paciente com diminuição de FM no quadríceps após imobilização em fase subaguda e sem contraindicação ao exercício resistido, está realizando programa supervisionado. Nas últimas 3 semanas fez 3 séries de 12-15 repetições com carga percebida como moderada e relata melhora leve na endurance, porém pouca melhoria na força máxima necessária para subir escadas com segurança. Segundo os princípios apresentados por Kisner & Colby, assinale a alternativa que apresenta o ajuste mais adequado ao objetivo de aumento de força máxima, sem comprometer segurança:

- A) Diminuir o número de séries para 1–2 e aumentar a velocidade de execução para movimentos explosivos, mantendo a mesma carga percebida como moderada.
- B) Manter a carga atual e aumentar apenas o número de repetições para 20–25 por série, 4–5 vezes por semana, para forçar adaptação de força.
- C) Aumentar progressivamente a carga (intensidade) e reduzir repetições por série para cerca de 6–8, mantendo 2–3 séries e supervisão adequado.
- D) Trocar para exercícios isométricos de longa duração (30–60 s) com a mesma carga percebida, sem alterar repetições/séries, para maior ganho de força máxima.
- E) Substituir exercícios de cadeia fechada por passivos (CPM) para permitir maior amplitude e assim obter ganho de força sem aumento de carga.



23. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica caracterizada por dor difusa, fadiga, distúrbios do sono e sintomas cognitivos. O exercício físico é considerado um dos principais recursos terapêuticos não farmacológicos, devendo ser prescrito com base na tolerância e progressão gradual do paciente, evitando exacerbação dos sintomas. Um fisioterapeuta propõe um programa de exercícios para paciente com diagnóstico de fibromialgia, que apresenta limitação funcional e fadiga leve. Segundo as recomendações descritas por Marques e colaboradores (2015), assinale a alternativa que apresenta a conduta mais coerente com os princípios de exercício terapêutico na fibromialgia para a estratégia de prescrição inicial.

- A) Iniciar com exercícios resistidos de alta intensidade para promover analgesia por liberação endorfinica rápida.
- B) Estabelecer programa de exercícios aeróbicos leves a moderados, de forma gradual, priorizando regularidade e prazer na prática.
- C) Aplicar alongamentos intensos e de longa duração para ganho rápido de amplitude e redução de dor.
- D) Priorizar exercícios competitivos em grupo para estímulo motivacional, sem controle da intensidade.
- E) Evitar exercícios físicos até que o paciente esteja totalmente livre de dor.

24. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os músculos biarticulares produzem movimento em mais de uma articulação, podendo gerar insuficiência ativa ou passiva conforme a relação comprimento-tensão. Durante teste funcional, o fisioterapeuta observa que o paciente não consegue completar a flexão do quadril com o joelho estendido, mas o faz facilmente quando o joelho é fletido. Segundo os princípios de cinesiologia descritos por Neumann (2018), assinale a alternativa que identifica corretamente o fenômeno biomecânico envolvido:

- A) Insuficiência ativa dos flexores do quadril.
- B) Insuficiência passiva dos isquiotibiais.
- C) Insuficiência ativa dos extensores do joelho.
- D) Insuficiência passiva dos quadríceps.
- E) Alongamento ativo dos iliopsoas.

25. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O modelo de avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) proposto em O'Sullivan et al. (2018) enfatiza a integração entre estrutura/função corporal, atividades e participação social, reconhecendo que a reabilitação deve focar a funcionalidade e o contexto

de vida do paciente com esclerose múltipla apresenta fadiga severa, fraqueza proximal e limitação em atividades de autocuidado. Nesse contexto a equipe propõe plano assistencial, assinale a alternativa que representa a prática coerente com o modelo de avaliação e intervenção da CIF:

- A) Direcionar o tratamento apenas para ganhos de força muscular mensuráveis.
- B) Priorizar técnicas padronizadas sem considerar contexto familiar ou ambiental.
- C) Limitar a avaliação à mensuração do tônus e reflexos.
- D) Elaborar plano centrado na redução da fadiga e no treino funcional de atividades significativas ao paciente, como banho e vestuário.
- E) Focar exclusivamente no diagnóstico médico e nas alterações neurológicas estruturais.

26. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) enfatiza que a reabilitação deve promover autonomia e participação social da pessoa com deficiência, articulando ações de saúde com políticas de educação, trabalho e assistência social. O cuidado é multiprofissional, centrado na funcionalidade e nos projetos terapêuticos singulares (PTS).

Durante a construção do PTS de uma pessoa com deficiência física adquirida após trauma medular, o fisioterapeuta propõe reabilitação domiciliar com foco exclusivo em exercícios motores e prescrição de órteses. Segundo a Portaria nº 793/2012, essa proposta deve ser revista, assinale a alternativa que melhor explica a inadequação do plano proposto, de acordo com as diretrizes da RCPD:

- A) A reabilitação deve ocorrer exclusivamente em ambiente ambulatorial, não sendo recomendada a prática domiciliar.
- B) A prescrição de órteses é responsabilidade exclusiva do médico reabilitador, não cabendo à equipe multiprofissional.
- C) A proposta não contempla a perspectiva da funcionalidade, da autonomia e da integração social, princípios centrais da RCPD.
- D) A atenção domiciliar é limitada a casos paliativos e não se aplica à pessoa com deficiência física.
- E) O foco motor é suficiente, desde que haja prescrição de equipamentos assistivos adequados.



27. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Resolução Comissão Intergestores Tripartite que estabeleceu as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos (CIT) nº 41/2018 define que os cuidados paliativos devem ser ofertados de maneira longitudinal, interprofissional e articulada em rede, desde a atenção básica até a hospitalar, garantindo continuidade e integralidade do cuidado. O planejamento terapêutico deve ser centrado na pessoa e compartilhado com a família e a equipe.

Durante a discussão de caso em uma equipe de atenção domiciliar, o fisioterapeuta questiona se o paciente idoso em cuidados paliativos avançados ainda deve ser acompanhado por outras especialidades e serviços. Alguns membros da equipe sugerem manter o cuidado restrito ao domicílio, sob responsabilidade exclusiva do serviço local. Considerando as diretrizes da Resolução CIT nº 41/2018, qual seria a melhor decisão da equipe?

- A) Manter o acompanhamento domiciliar, articulando com outros pontos de atenção e profissionais conforme as necessidades do paciente.
- B) Interromper os atendimentos de outras especialidades, concentrando o cuidado no serviço domiciliar para reduzir custos.
- C) Encaminhar o paciente ao hospital de referência, suspendendo o cuidado domiciliar até nova avaliação médica.
- D) Manter apenas o suporte da equipe médica, visto que outras intervenções têm impacto limitado em fase avançada.
- E) Solicitar alta definitiva da atenção domiciliar, direcionando o paciente à rede de assistência social.

28. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza que a atenção à pessoa idosa deve ser desenvolvida de forma integrada entre os níveis de atenção, com a atenção básica (AB) como porta de entrada e coordenadora do cuidado, apoiada pela atenção especializada e hospitalar. O monitoramento da capacidade funcional é um dos indicadores prioritários para a gestão da atenção à saúde do idoso.

Em um município de médio porte, observou-se que os serviços de saúde direcionam o acompanhamento do idoso para condições agudas e internações hospitalares. Segundo as diretrizes da PNSPI, assinale a alternativa que representa adequadamente a operacionalização e melhor se alinha à reorientação do cuidado ao idoso no SUS:

- A) Criar programas voltados exclusivamente à assistência hospitalar, ampliando a oferta de leitos geriátricos.
- B) Estabelecer na atenção básica a avaliação periódica da capacidade funcional, integrando os diferentes níveis de cuidado.

- C) Transferir a coordenação do cuidado à rede de urgência e emergência, priorizando idosos com comorbidades graves.
- D) Centralizar a atenção à pessoa idosa nas instituições de longa permanência, com foco no acolhimento institucional.
- E) Restringir o papel da equipe multiprofissional às ações de reabilitação pós-hospitalar.

29. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia reforça que a relação terapeuta-paciente deve ser pautada na confiança, no respeito mútuo e na responsabilidade técnica. O fisioterapeuta deve agir com autonomia, mas também em consonância com os princípios da beneficência, não maleficência e justiça.

Em uma unidade pública de saúde, o fisioterapeuta recusa atender um paciente com deficiência motora, justificando não se sentir confortável por desconhecer o tipo de patologia envolvida. Sem buscar suporte técnico ou encaminhar o caso de forma responsável, ele cancela o atendimento. Com base no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, assinale a alternativa que melhor caracteriza a postura do profissional diante do dever ético de atuação:

- A) Inadequada, pois demonstra omissão profissional e desrespeito ao princípio da responsabilidade técnica e do dever de cuidado.
- B) Ética, já que o fisioterapeuta não é obrigado a atender pacientes fora de sua área de domínio técnico.
- C) Aceitável, caso o serviço esteja sobrecarregado e o atendimento não seja considerado de urgência.
- D) Ética, se houver comunicação prévia ao gestor sobre sua recusa.
- E) Corretamente fundamentada, pois o profissional deve priorizar apenas casos em que se sinta plenamente apto.

30. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria nº 849/2017 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde ampliou a lista de práticas integrativas e complementares reconhecidas no SUS, incorporando novas abordagens terapêuticas, como aromaterapia, reiki, constelação familiar e arteterapia. Essas práticas reforçam a atenção integral à saúde, fundamentadas nos princípios da prevenção, promoção e cuidado centrado no sujeito.

Durante a elaboração de um plano terapêutico singular em uma Unidade Básica de Saúde, a equipe multidisciplinar decide incluir práticas integrativas reconhecidas pelo SUS. De acordo com a Portaria nº 849/2017, qual ação demonstra aderência aos princípios da PNPIC e à ampliação das terapias reconhecidas?



- A) Inserir práticas integrativas reconhecidas, articulando-as com o cuidado clínico convencional e respeitando a autonomia do usuário.
- B) Introduzir novas práticas terapêuticas sem registro prévio na PNPIC, considerando-as experimentais.
- C) Implementar práticas integrativas apenas em serviços de média e alta complexidade, por exigirem maior supervisão técnica.
- D) Restringir o uso das práticas às condições crônicas, evitando aplicação em contextos de saúde mental.
- E) Priorizar práticas integrativas voltadas exclusivamente à reabilitação motora, sem articulação com dimensões emocionais ou sociais.