



**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 sanitarista. 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 sanitarista). 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 incorrecto:

- 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). Encontram-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 incorrecto 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 comprehende 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 irrissórios 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 intervintiva 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 lócus 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 diretrivas 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 Notivisa.
- 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 sobre-carga 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 contra-indicação 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 supervisionamento 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 endorfinina 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, suspensando 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 senta 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 PNPI, 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.