



**FISIOTERAPEUTA – 26 A 50**

**26. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 65 anos, com diagnóstico de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) de etiologia pulmonar (pneumonia), está em ventilação mecânica há 5 dias. Ele está sedado (RASS -4), em modo PCV, com PEEP de 12 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> de 60% e uma PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 150. A equipe considera realizar a posição prona. Qual é o principal mecanismo fisiológico pelo qual a posição prona melhora a oxigenação em pacientes com SDRA e qual parâmetro deve ser rigorosamente monitorado durante a manobra?**

- A) Mecanismo: A pronação aumenta a complacência da parede torácica, diminuindo o trabalho respiratório. / Monitoramento: Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>).
- B) Mecanismo: A pronação desloca o coração e o conteúdo abdominal, recrutando alvéolos previamente colapsados nas regiões dorsais (agora não-dependentes) e homogeneizando a distribuição da ventilação em relação à perfusão. / Monitoramento: Estabilidade hemodinâmica (pressão arterial média) e risco de deslocamento de cateteres e tubos.
- C) Mecanismo: A pronação aumenta a pressão intra-abdominal, elevando o diafragma e melhorando sua zona de aposição, o que otimiza a contração diafragmática. / Monitoramento: Volume corrente expirado.
- D) Mecanismo: A pronação facilita a drenagem de secreções das vias aéreas superiores, diminuindo o espaço morto anatômico. / Monitoramento: Ausculta pulmonar.
- E) Mecanismo: A pronação diminui o shunt intrapulmonar ao redistribuir o fluxo sanguíneo para as áreas ventrais (agora dependentes), que são menos aeradas. / Monitoramento: Pressão de pico inspiratório.

**27. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 72 anos, 6 meses pós-AVE isquêmico em território da artéria cerebral média direita, evoluiu com uma síndrome complexa de dor regional no membro superior esquerdo, caracterizada por dor em queimação, alodínia, hiperalgesia, edema, alterações de coloração e temperatura da pele, e sudorese excessiva. A avaliação funcional mostra limitação severa da ADM e uso funcional da mão. Este quadro é compatível com a Síndrome Dolorosa Complexa Regional (SDCR) tipo I. Qual abordagem fisioterapêutica é considerada a mais eficaz por atuar na reorganização cortical e na dessensibilização central?**

- A) Focar em crioterapia e imobilização do membro com uma órtese de repouso para controlar a dor e o edema, evitando qualquer movimento que gere dor.
- B) Utilizar um programa de fortalecimento de alta intensidade para o membro afetado, a fim de combater a fraqueza e melhorar a circulação.

- C) Implementar a Terapia do Espelho, na qual o paciente observa o reflexo do membro não afetado enquanto realiza movimentos, associada à Terapia de Imagens Motoras Graduais (Graded Motor Imagery - GMI) e dessensibilização tátil progressiva.
- D) Realizar sessões de TENS em modo convencional (alta frequência) como única modalidade, focando no alívio sintomático da dor.
- E) Aplicar técnicas de terapia manual de alta velocidade (thrust) nas articulações do punho e mão para restaurar a mobilidade articular.

**28. (PMA/URCA 2026) Uma corredora de 28 anos apresenta dor na face lateral do quadril, que piora após 20 minutos de corrida e ao subir escadas. O diagnóstico clínico é de Síndrome da Dor Trocantérica Maior (SDTM), anteriormente conhecida como bursite trocantérica. A avaliação biomecânica revela um valgo dinâmico do joelho e adução excessiva do quadril durante a fase de apoio da corrida. Qual é a abordagem terapêutica mais eficaz, baseada na causa biomecânica da lesão?**

- A) Focar no alongamento do trato iliotibial e na aplicação de ultrassom contínuo sobre o trocânter maior para reduzir a inflamação da bursa.
- B) Um programa de fortalecimento focado nos músculos abdutores e rotadores externos do quadril (principalmente glúteo médio e mínimo), associado a um retreinamento da corrida com feedback para corrigir o padrão de movimento.
- C) Prescrever repouso absoluto da corrida e indicar o uso de uma órtese de joelho para controlar o valgo dinâmico.
- D) Realizar terapia manual com manipulação da articulação sacroilíaca, pois a dor é referida.
- E) Infiltração de corticosteroides como primeira e única linha de tratamento, seguida por um retorno imediato à corrida.

**29. (PMA/URCA 2026) Um lactente de 4 meses, nascido prematuro, com diagnóstico de Vírus Sincicial Respiratório (VSR), apresenta quadro de bronquiolite aguda, com taquipneia, tiragem subcostal, sibilância difusa e hipoxemia. A fisioterapia respiratória em lactentes com bronquiolite viral aguda é um tema controverso. Com base nas diretrizes clínicas mais recentes (ex: da AAFP - American Academy of Family Physicians), qual é a recomendação atual?**

- A) A fisioterapia respiratória de rotina (ex: percussão, vibração, drenagem postural) é fortemente recomendada para todos os casos, pois acelera a remoção de secreções.
- B) A aspiração nasofaríngea superficial deve ser realizada como procedimento de rotina a cada hora para prevenir a obstrução.



- C) A fisioterapia respiratória de rotina não é recomendada, pois não há evidências consistentes de que melhore os desfechos clínicos (tempo de internação, necessidade de O<sub>2</sub>) e pode causar desconforto e agitação. A intervenção deve se limitar a medidas de suporte, como a aspiração suave, se houver obstrução nasal evidente.
- D) A utilização de técnicas de aumento do fluxo expiratório (AFE) é a única intervenção com evidência de benefício.
- E) A nebulização com soro hipertônico deve ser sempre associada a manobras de higiene brônquica para potencializar o efeito.
- 30. (PMA/URCA 2026) Um idoso de 80 anos, com diagnóstico de sarcopenia, participa de um programa de fortalecimento muscular. O fisioterapeuta prescreve um treinamento de resistência de alta intensidade (ex: 70-80% de 1 Repetição Máxima - 1RM). Qual é o principal mecanismo fisiológico pelo qual o treinamento de resistência combate a sarcopenia e qual o seu impacto funcional mais importante?**
- A) Mecanismo: Estímulo à síntese de proteínas musculares (hipertrofia das fibras tipo II) e melhora da ativação neural (unidades motoras). / Impacto: Aumento da força, da potência muscular e melhora da capacidade de realizar tarefas funcionais, como levantar-se de uma cadeira e subir escadas.
- B) Mecanismo: Aumento da flexibilidade muscular e da amplitude de movimento articular. / Impacto: Melhora da postura.
- C) Mecanismo: Melhora da capacidade oxidativa do músculo, com aumento do número de mitocôndrias. / Impacto: Aumento da resistência aeróbica.
- D) Mecanismo: Diminuição da gordura intramuscular, sem alteração da massa ou força muscular. / Impacto: Melhora do perfil metabólico.
- E) Mecanismo: Aumento da densidade óssea através do impacto mecânico. / Impacto: Redução do risco de fraturas, sem ganho de função muscular.
- 31. (PMA/URCA 2026) Uma mulher de 40 anos, múltipara, apresenta queixa de “sensação de peso na vagina” e a presença de uma “bola” no intróito vaginal, especialmente ao final do dia. O diagnóstico médico é de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) Grau II da parede anterior (cistocele). A avaliação fisioterapêutica revela fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Qual é a abordagem fisioterapêutica mais completa e baseada em evidências?**
- A) Indicar cirurgia como única opção, pois a fisioterapia é ineficaz para prolapso.
- B) Focar exclusivamente no fortalecimento do músculo reto abdominal para criar uma “cinta” de suporte.
- C) Um programa que inclua treinamento dos MAP (força, resistência e coordenação), treino do “knack” (contração pré-esforço), modificações comportamentais (ex: evitar manobra de Valsalva) e, se necessário, o uso de um pessário como suporte mecânico.
- D) Aconselhar a paciente a evitar qualquer tipo de exercício físico e a permanecer em repouso para não piorar o prolapso.
- E) Utilizar eletroestimulação do assoalho pélvico como tratamento isolado, sem a necessidade de exercícios ativos.
- 32. (PMA/URCA 2026) Um paciente com DPOC exacerbado está em processo de desmame da ventilação mecânica. Ele falhou em um Teste de Respiração Espontânea (TRE) devido à fadiga muscular e ao desenvolvimento de respiração paradoxal. O médico sugere o uso do modo Pressão de Suporte (PSV) com PEEP. Qual é a função fisiológica da PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) neste cenário específico de um paciente com DPOC?**
- A) A PEEP serve para recrutar alvéolos colapsados, o que não é o principal problema na DPOC.
- B) A PEEP aumenta o trabalho respiratório, pois o paciente precisa fazer mais força para expirar contra a pressão.
- C) A PEEP serve para contrabalancear a PEEP intrínseca (auto-PEEP) do paciente, diminuindo o trabalho inspiratório de “disparo” (trigger) do ventilador e reduzindo a carga imposta aos músculos respiratórios.
- D) A PEEP tem a função de causar sedação e diminuir o drive respiratório do paciente.
- E) A PEEP é utilizada para aumentar o volume corrente e a ventilação minuto, independentemente do esforço do paciente.
- 33. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 42 anos com Esclerose Múltipla (forma remitente-recorrente) queixa-se de uma fadiga avassaladora que o impede de completar suas tarefas no trabalho. Ele relata que “começa o dia bem, mas a força simplesmente desaparece à tarde”. A fisioterapeuta suspeita que o principal componente da fadiga deste paciente seja a fadigabilidade motora (piora do desempenho com a atividade) e não apenas a fadiga subjetiva ou lassidão. Qual dos seguintes procedimentos de avaliação seria o mais objetivo e específico para quantificar a fadigabilidade motora e confirmar a hipótese da fisioterapeuta?**
- A) Realizar um Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6), mas, em vez de focar apenas na distância total, analisar a variação da velocidade ou a distância percorrida a cada minuto, buscando um declínio percentual significativo ao longo do teste.



- B) Aplicar a Escala Modificada de Impacto da Fadiga (MFIS) no início e no final do dia para comparar a percepção subjetiva da fadiga.
- C) Conduzir uma entrevista detalhada sobre a qualidade do sono do paciente e aplicar a Escala de Sonolência de Epworth para descartar distúrbios do sono como causa primária.
- D) Realizar uma única medição da força de preensão manual com um dinamômetro para estabelecer uma linha de base da força do paciente.
- E) Encaminhar o paciente para uma avaliação neuropsicológica para investigar se a fadiga tem origem em fatores cognitivos ou depressivos.
- 34. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 35 anos apresenta dor lombar crônica inespecífica há mais de 1 ano. Ele já realizou múltiplos exames de imagem que não mostram alterações estruturais significativas. Ele tem medo de se movimentar (“cinesiofobia”), crenças negativas sobre sua coluna (“está desgastada”) e um comportamento de evitação de atividades. Qual modelo de atendimento fisioterapêutico é o mais indicado para este perfil de paciente, de acordo com as diretrizes clínicas atuais?**
- A) Um modelo biomédico, focado em terapia manual para “corrigir” supostas disfunções vertebrais e repouso para aliviar a dor.
- B) Um modelo biopsicossocial, que combina educação em neurociência da dor (para ressignificar as crenças do paciente), terapia cognitivo-funcional e exposição gradual ao movimento e às atividades temidas, visando a autogestão.
- C) Um modelo passivo, baseado exclusivamente na aplicação de eletrotermofototerapia para analgesia, com múltiplas sessões semanais.
- D) Um modelo cirúrgico, encaminhando o paciente para uma avaliação de artrodese lombar, apesar da ausência de instabilidade.
- E) Um modelo focado em fortalecimento do “core” com exercícios como a prancha isométrica, sem abordar os fatores psicossociais.
- 35. (PMA/URCA 2026) Um paciente com Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) apresenta claudicação intermitente, com dor na panturrilha que surge após 150 metros de caminhada e o força a parar. Qual é a intervenção fisioterapêutica padrão-ouro, com maior nível de evidência para aumentar a distância de caminhada e melhorar a capacidade funcional neste paciente?**
- A) Repouso e elevação dos membros inferiores para melhorar a circulação.
- B) Terapia manual e alongamento da musculatura da panturrilha.
- C) Um programa de caminhada supervisionada em esteira, no qual o paciente é instruído a andar até atingir dor claudicante moderada a severa, descansar até a dor aliviar, e repetir o ciclo por 30-60 minutos, várias vezes por semana.
- D) Fortalecimento da musculatura dos membros superiores para compensar a dificuldade de deambulação.
- E) Hidroterapia em piscina aquecida para promover vasodilatação.
- 36. (PMA/URCA 2026) Uma paciente de 45 anos com diagnóstico de Esclerose Sistêmica (Esclerodermia) apresenta espessamento da pele nas mãos e face, fenômeno de Raynaud e desenvolvimento de contraturas em flexão dos dedos. A fisioterapia é crucial para manter a função. Qual é a abordagem mais importante para prevenir a perda de função das mãos nesta paciente?**
- A) Um programa que inclua educação sobre proteção articular e conservação de energia, parafina para aquecimento e melhora da elasticidade da pele, e um plano de exercícios domiciliares de amplitude de movimento para todas as articulações dos dedos e punho.
- B) Focar em exercícios de fortalecimento de preensão com alta resistência para combater a rigidez.
- C) Utilizar crioterapia para reduzir a inflamação associada ao espessamento da pele.
- D) Indicar o uso de órteses estáticas de repouso durante o dia todo para prevenir as deformidades.
- E) Realizar manipulações articulares de alta velocidade para romper as aderências de tecido.
- 37. (PMA/URCA 2026) Um paciente com amputação transfemoral está aprendendo a subir escadas com a prótese. Qual é a técnica correta e mais segura para realizar esta atividade, considerando que a maioria das próteses transfemorais não possui um mecanismo de joelho motorizado?**
- A) Subir com a prótese primeiro, seguida pelo membro não amputado.
- B) Alternar os membros a cada degrau, como na marcha normal.
- C) Subir a escada de costas para garantir a estabilidade.
- D) Subir degrau por degrau, levando primeiro o membro não amputado e depois trazendo a prótese para o mesmo degrau.
- E) Utilizar sempre duas muletas para se impulsionar, subindo com os dois pés no mesmo degrau simultaneamente.



**38. (PMA/URCA 2026) A fisioterapia regenerativa constitui um campo emergente que integra princípios da reabilitação funcional com avanços da medicina regenerativa, incluindo o uso de biomateriais, estimulação física e estratégias baseadas em atividade para favorecer a recuperação tecidual e neural. Considerando os fundamentos da fisioterapia regenerativa e suas aplicações, assinale a alternativa CORRETA:**

- A) A fisioterapia regenerativa limita-se à manutenção da amplitude de movimento, não exercendo influência direta sobre processos celulares ou moleculares envolvidos na regeneração tecidual.
- B) Os estímulos mecânicos e funcionais utilizados na fisioterapia podem modular processos biológicos, como a plasticidade neural, a expressão de fatores de crescimento e a reorganização funcional, contribuindo para a recuperação tecidual.
- C) Os processos regenerativos ocorrem exclusivamente de forma espontânea, sendo independentes das intervenções fisioterapêuticas.
- D) A fisioterapia regenerativa restringe-se à reabilitação musculoesquelética, não apresentando aplicabilidade em condições neurológicas.
- E) O uso de estratégias regenerativas elimina a necessidade de intervenções fisioterapêuticas baseadas em atividade funcional.

**39. (PMA/URCA 2026) Paciente masculino, 29 anos, vítima de acidente automobilístico, evoluiu com lesão medular traumática completa ao nível de T10, com perda da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão. Durante o acompanhamento em centro de reabilitação, a equipe multiprofissional discute avanços recentes em terapias regenerativas, incluindo o uso da polilaminina, uma molécula sintética baseada na proteína laminina, envolvida na regeneração axonal em modelos experimentais. Considerando os potenciais efeitos da polilaminina e suas implicações para a fisioterapia, assinale a alternativa CORRETA:**

- A) A polilaminina atua exclusivamente na redução da espasticidade muscular, sem impacto sobre a regeneração neural ou a plasticidade do sistema nervoso.
- B) A polilaminina tem como principal efeito a substituição funcional dos neurônios lesados, dispensando intervenções fisioterapêuticas durante o processo de recuperação.
- C) A polilaminina poderá favorecer a regeneração axonal, a sobrevivência neuronal e a reorganização de circuitos neurais, podendo ampliar o potencial de recuperação funcional quando associada a intervenções fisioterapêuticas baseadas em atividade e neuroplasticidade.

- D) O uso da polilaminina eliminará a necessidade de reabilitação funcional, pois promove recuperação completa e espontânea da função motora.
- E) A polilaminina poderá ser indicada exclusivamente para o tratamento de lesões musculares periféricas, sem aplicação em lesões do sistema nervoso central.

**40. (PMA/URCA 2026) Um fisioterapeuta do trabalho, ao analisar um posto de trabalho, identifica que um operador de máquina realiza movimentos de flexo-extensão do punho com alta repetitividade e aplicação de força. Para quantificar o risco de desenvolvimento de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) nos membros superiores, qual ferramenta de avaliação ergonômica seria a mais apropriada?**

- A) Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), que avalia a presença de sintomas, mas não o risco da tarefa.
- B) Método REBA (Rapid Entire Body Assessment), que é mais indicado para avaliação do corpo inteiro.
- C) Método RULA (Rapid Upper Limb Assessment), que é uma ferramenta de triagem rápida, mas menos detalhada que o OCRA.
- D) Dinamometria isocinética para medir a força máxima do trabalhador.
- E) Método OCRA (Occupational Repetitive Action), que é uma ferramenta detalhada e quantitativa para avaliar o risco associado a tarefas repetitivas dos membros superiores.

**41. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 68 anos foi submetido a uma esternotomia para cirurgia de revascularização do miocárdio. No pós-operatório, ele apresenta dor e medo de tossir ou se movimentar. O fisioterapeuta precisa orientá-lo sobre as “precauções esternais”. Qual é a recomendação mais atual e baseada em evidências sobre a mobilidade dos membros superiores?**

- A) Imobilização total dos membros superiores por 6 semanas, evitando qualquer movimento acima de 90 graus.
- B) Liberar todos os movimentos, incluindo levantar objetos pesados, para acelerar a recuperação.
- C) Focar apenas na deambulação, sem realizar qualquer exercício para os membros superiores.
- D) A abordagem “Keep Your Move in the Tube”, que permite o movimento funcional dos braços dentro de um “tubo” imaginário ao redor do tronco, evitando a abdução e flexão extremas, e o uso de cargas assimétricas.
- E) Utilizar uma órtese torácica rígida para imobilizar completamente o esterno.



**42. (PMA/URCA 2026) Um bebê de 10 meses ainda não se senta sem apoio e apresenta um padrão de hiperextensão do tronco e pescoço quando puxado para sentar. Durante a avaliação, o fisioterapeuta observa a persistência do Reflexo Tônico Labiríntico (RTL) em supino. Como a persistência deste reflexo interfere no desenvolvimento da habilidade de sentar?**

- A) A persistência do RTL em supino promove um padrão extensor que dificulta a flexão do quadril e do tronco, impedindo que a criança traga a cabeça à frente e use os músculos abdominais para se sentar.
- B) O RTL não tem influência sobre a posição sentada, afetando apenas o rolar.
- C) O RTL causa um aumento do tônus flexor, fazendo com que a criança fique “embolada” e não consiga estender o tronco para sentar.
- D) O RTL interfere na coordenação olho-mão, mas não no controle postural do tronco.
- E) O RTL causa uma assimetria postural que impede o equilíbrio na posição sentada.

**43. (PMA/URCA 2026) Para avaliar a força da musculatura respiratória de um paciente com doença neuromuscular, o fisioterapeuta utiliza um manovacuômetro. Quais medidas são obtidas e o que elas representam?**

- A) Volume Corrente (VC), que representa a força do diafragma, e Capacidade Vital (CV), que representa a força dos intercostais.
- B) Pressão Inspiratória Máxima (P<sub>Imáx</sub>), que reflete a força dos músculos inspiratórios (principalmente diafragma e intercostais externos), e Pressão Expiratória Máxima (P<sub>Emáx</sub>), que reflete a força dos músculos expiratórios (abdominais e intercostais internos).
- C) Pico de Fluxo Expiratório (PFE), que mede a força da tosse.
- D) VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo), que mede a presença de obstrução brônquica.
- E) Complacência Estática, que mede a elasticidade do pulmão.

**44. (PMA/URCA 2026) Um paciente com contratura muscular e rigidez articular no joelho, decorrente de uma imobilização prolongada, será submetido a uma sessão de cinesioterapia para ganho de amplitude de movimento. O fisioterapeuta decide usar uma modalidade de calor profundo antes do alongamento. Qual recurso e por que seria o mais indicado para aquecer estruturas articulares profundas como a cápsula do joelho?**

- A) Infravermelho, pois seu calor penetra profundamente nos tecidos.
- B) Compressas úmidas quentes, pois o calor úmido é mais eficaz que o calor seco.
- C) Parafina, pois ela se molda perfeitamente à articulação.
- D) Massagem com um creme que produz sensação de calor.
- E) Ultrassom em modo contínuo (1 MHz) ou Ondas Curtas, pois suas ondas (mecânicas ou eletromagnéticas, respectivamente) são convertidas em calor em tecidos profundos com alto teor de colágeno.

**45. (PMA/URCA 2026) Um paciente, após um AVE, apresenta uma marcha ceifante (ou hemiplégica), caracterizada por um padrão extensor do membro inferior, com circundução da perna para avançá-la. Qual é a principal causa biomecânica para o movimento de circundução?**

- A) Fraqueza do músculo quadríceps, que impede a extensão do joelho.
- B) Espasticidade dos músculos isquiotibiais, que mantém o joelho em flexão.
- C) Fraqueza do músculo glúteo máximo, que impede a propulsão para frente.
- D) Contratura em adução do quadril.
- E) Incapacidade de realizar a dorsiflexão do tornozelo (pé caído) e/ou flexão adequada do joelho e quadril durante a fase de balanço, forçando o paciente a “arrastar” a perna em um arco para não tropeçar no chão.

**46. (PMA/URCA 2026) Uma paciente desenvolveu linfedema crônico (Estágio II) no membro superior após tratamento para câncer de mama. O fisioterapeuta planeja o tratamento utilizando a Fisioterapia Complexa Descongestiva (FCD). Quais são os dois componentes principais desta terapia, e em que ordem eles são tipicamente aplicados na fase intensiva?**

- A) Fase 1: Exercícios de alta intensidade e uso de uma braçadeira elástica de compressão. / Fase 2: Repouso.
- B) Fase 1: Enfaixamento compressivo. / Fase 2: Drenagem Linfática Manual.
- C) Fase 1: Uso de diuréticos e Drenagem Linfática Manual. / Fase 2: Uso de uma braçadeira elástica.
- D) Fase 1: Cuidados com a pele e Drenagem Linfática Manual (DLM) para mobilizar o fluido. / Fase 2: Enfaixamento compressivo em multicamadas para reduzir o volume e prevenir o retorno do edema.
- E) Fase 1: Crioterapia e elevação do membro. / Fase 2: Exercícios miolinfocinéticos.



**47. (PMA/URCA 2026) Um paciente de 40 anos apresenta dor lombar que irradia para a face posterior da coxa e perna direita, seguindo o dermatomo de S1. O teste de elevação da perna estendida (Lasègue) é positivo a 40 graus. A ressonância magnética confirma uma hérnia de disco póstero-lateral em L5-S1. Qual é a abordagem fisioterapêutica inicial mais prudente e baseada em evidências?**

- A) Realizar manipulação vertebral (thrust) de alta velocidade na região lombar para “recolocar” o disco no lugar.
- B) Focar em exercícios de extensão da coluna (Método McKenzie), se eles centralizarem a dor (ou seja, diminuam a dor irradiada), e em exercícios de estabilização segmentar e controle neuromotor.
- C) Prescrever repouso absoluto no leito por 2 semanas.
- D) Iniciar um programa de fortalecimento abdominal intenso (ex: abdominais completos) para proteger a coluna.
- E) Alongar agressivamente os músculos isquiotibiais e o nervo ciático para liberar a compressão.

**48. (PMA/URCA 2026) A mobilização precoce de pacientes críticos na UTI é uma prática baseada em fortes evidências. No entanto, existem critérios de segurança que devem ser observados. Qual das seguintes situações representa uma contraindicação absoluta para iniciar uma sessão de mobilização (ex: sentar à beira do leito ou ortostatismo)?**

- A) Paciente em uso de ventilação mecânica com PEEP de 8 cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub> de 40%.
- B) Pressão arterial média (PAM) de 75 mmHg com o paciente em uso de baixas doses de noradrenalina.
- C) Frequência cardíaca de 95 bpm e frequência respiratória de 22 ipm.
- D) Paciente consciente e colaborativo, mas com um dreno torácico instalado.
- E) Início de uma nova isquemia miocárdica (ex: alterações agudas no segmento ST do ECG) ou arritmia instável.

**49. (PMA/URCA 2026) Um paciente com ataxia cerebelar apresenta grande dificuldade em manter o equilíbrio e coordenar os movimentos. O tratamento fisioterapêutico para a ataxia é desafiador. Qual é o princípio fundamental dos exercícios propostos por Frenkel, uma abordagem clássica para o tratamento da ataxia?**

- A) Utilizar a repetição de movimentos lentos, rítmicos e precisos, sob o controle da visão, para substituir a propriocepção deficiente e promover o reaprendizado motor.

- B) Focar no fortalecimento muscular de alta intensidade para compensar a incoordenação.
- C) Utilizar a estimulação elétrica funcional para coordenar a contração muscular.
- D) Promover o relaxamento muscular para diminuir os tremores.
- E) Utilizar a facilitação neuromuscular proprioceptiva (PNF) com padrões em diagonal.

**50. (PMA/URCA 2026) Um paciente com DPOC grave utiliza a técnica de respiração com freio labial durante momentos de dispneia. Qual é o mecanismo fisiológico pelo qual esta técnica alivia a sensação de falta de ar?**

- A) A técnica aumenta a frequência respiratória, melhorando a troca gasosa.
- B) A respiração com freio labial fortalece o diafragma, melhorando sua eficiência.
- C) A técnica promove uma inspiração mais profunda, aumentando o volume corrente.
- D) A técnica estimula o nervo vago, causando broncodilatação reflexa.
- E) Ao criar uma resistência na saída do ar, a técnica gera uma pequena pressão positiva no final da expiração (semelhante a uma PEEP), que ajuda a manter as pequenas vias aéreas abertas, prevenindo o colapso expiratório (aprisionamento aéreo dinâmico) e permitindo um esvaziamento pulmonar mais completo.