

**FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL - INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

1) 1) Qual das alternativas abaixo melhor descreve um princípio fundamental estabelecido pela Resolução COFFITO nº 424/2013 – Código de Ética Profissional?

(A) O fisioterapeuta pode exercer sua profissão sem necessidade de registro no conselho regional.

(B) É vedado ao fisioterapeuta divulgar informações sobre seus pacientes, mesmo com consentimento.

(C) O fisioterapeuta deve manter sigilo profissional e atuar com responsabilidade, respeitando a dignidade do paciente.

(D) O fisioterapeuta pode realizar procedimentos invasivos sem a devida formação técnica.

(E) É permitido ao fisioterapeuta aceitar presentes de pacientes para fins de fidelização.

---

2)

2) Joana, fisioterapeuta há cinco anos, atende um paciente que sofreu uma lesão muscular durante uma atividade esportiva. Ela é abordada por um fisioterapeuta que afirma ser amigo de infância do seu paciente. Esse profissional solicita que Joana compartilhe detalhes do histórico médico do paciente, alegando que essa informação pode ajudar no processo de reabilitação. Joana, por sua vez, está em dúvida se deve ou não divulgar essas informações. Com base na Resolução COFFITO nº 424/2013 – Código de Ética, qual é a conduta mais adequada que Joana deve adotar nesta situação?

(A) Compartilhar as informações com o amigo, pois ambos são profissionais da área e podem ajudar o paciente.

(B) Divulgar as informações apenas se o paciente autorizar por escrito.

(C) Manter o sigilo profissional e não compartilhar informações do paciente sem seu consentimento, salvo em casos previstos em lei.

(D) Informar ao paciente que, por motivos éticos, não pode compartilhar nenhuma informação com outros profissionais.

(E) Compartilhar as informações apenas se o amigo for um fisioterapeuta de confiança, sem necessidade de autorização do paciente.

---

3)

3) Você é convidado a ser consultor em uma clínica de fisioterapia especializada em reabilitação de traumatismos raquimedulares. Dentro das suas atribuições, solicita-se que sejam feitas melhorias quanto aos processos diagnósticos nessas condições de saúde, seguindo a CBDF-1 (Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos). Conforme a Resolução COFFITO nº 610/2025, qual das condutas a seguir está em conformidade com os deveres técnicos e normativos ao utilizar a CBDF-1 nesse contexto clínico?

**(A)** Utilizar a CID-10 como padrão de descrição do caso, já que é amplamente aceita e aplicada em documentos de saúde pública e planos de saúde.

**(B)** Registrar apenas os objetivos do tratamento e as condutas realizadas, sem codificação diagnóstica, pois a lesão medular já é um diagnóstico médico bem definido.

**(C)** Adotar a CBDF-1 como sistema para descrever e codificar o diagnóstico fisioterapêutico, assegurando padronização, linguagem própria e integração com classificações internacionais.

**(D)** Codificar a lesão com base em classificações genéricas de funcionalidade, pois a CBDF-1 ainda está em processo de disseminação e não é de uso obrigatório imediato.

**(E)** Utilizar termos clínicos livres e descritivos para caracterizar o déficit funcional, evitando padronização para garantir maior liberdade profissional na escolha dos registros.

---

#### 4)

4) Lúcia, 6 anos, diagnosticada com paralisia cerebral do tipo diparética espástica, é acompanhada em um programa de reabilitação neurofuncional pediátrica no Centro Especializado em Reabilitação (CER) da sua cidade desde os 4 anos de idade. A fisioterapeuta responsável assumiu seus atendimentos há 1 mês, e tem realizado sessões semanais, percebendo importante evolução no controle postural e na mobilidade funcional. Ao revisar o prontuário, a profissional percebe que os registros das sessões anteriores incluem apenas a descrição das condutas aplicadas, sem informações completas sobre a avaliação inicial, plano terapêutico ou evolução funcional detalhada. A Resolução COFFITO nº 414/2012, descreve sobre as condutas e cuidados com prontuários. A partir dela e da análise do caso descrito, selecione a alternativa adequada e eticamente correta de proceder com o prontuário dessa paciente.

**(A)** Atualizar o prontuário apenas se houver mudança no quadro clínico da criança, pois os registros da conduta já refletem o tratamento realizado.

**(B)** Continuar registrando apenas os procedimentos realizados em cada sessão, pois as informações clínicas detalhadas constam no prontuário médico da equipe multiprofissional.

**(C)** Complementar o prontuário com os dados mínimos obrigatórios, incluindo identificação, história

clínica, avaliação fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico, plano terapêutico, evolução funcional e identificação do profissional.

**(D)** Arquivar os registros apenas em formato digital com palavras-chave, sem a necessidade de incluir dados completos da avaliação, desde que haja rastreabilidade dos atendimentos.

**(E)** Solicitar que a equipe de prontuário unificado do serviço centralize os dados da paciente e use um modelo padrão de evolução compartilhada entre os profissionais de saúde.

---

#### 5)

5) De acordo com o Acórdão nº 38/2015 do COFFITO, qual é a postura ética que o fisioterapeuta deve adotar ao lidar com o uso de vestes terapêuticas por seus pacientes?

**(A)** Recomendar o uso de vestes terapêuticas sem necessidade de avaliação, priorizando a autonomia do paciente, mesmo que não haja respaldo técnico ou científico.

**(B)** Orientar o paciente a usar vestes terapêuticas com base em evidências científicas sólidas, garantindo que a prática seja ética e fundamentada na ciência.

**(C)** Permitir o uso de vestes terapêuticas sem avaliação clínica adequada, desde que o paciente manifeste desejo pelo uso, respeitando sua autonomia.

**(D)** Desencorajar qualquer uso de vestes terapêuticas, alegando que sua utilização viola princípios éticos da fisioterapia, independentemente da situação clínica.

**(E)** Compartilhar informações sobre o uso de vestes terapêuticas com outros profissionais sem o consentimento do paciente, visando uma abordagem multidisciplinar.

---

#### 6)

6) Sobre o Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF) e a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF-1), conforme a Resolução-COFFITO nº 610 (Primeira Atualização da CBDF), assinale a alternativa correta:

**(A)** O RBPF estabelece somente procedimentos de avaliação clínica, desvinculados de diagnósticos fisioterapêuticos, não impondo qualquer relação entre avaliação e diagnóstico na prática clínica.

**(B)** A CBDF-1 substitui integralmente a CBDF anterior, não mantendo mapeamentos com diagnósticos clínicos de outras classificações, o que simplifica a prática diagnóstica da fisioterapia.

**(C)** A CBDF-1 expande o nível de detalhamento no processo, incorporando códigos que descrevem condições de saúde sob perspectiva funcional e contextual, com relação explícita entre diagnóstico fisioterapêutico e prognóstico esperado.

**(D)** O R-PRPF permanece estático diante de inovações tecnológicas, não contemplando novas formas de intervenção ou de avaliação geradas por dispositivos de assistência, o que pode limitar a prática clínica contemporânea.

**(E)** A resolução apenas atualiza a nomenclatura de alguns procedimentos do R-PRPF, sem modificação estrutural na CBDF-1 ou na relação entre procedimentos e diagnósticos, mantendo o quadro anterior de codificação

**7)**

7) Diversos eventos neurofisiológicos fundamentais ocorrem ao longo do desenvolvimento do sistema nervoso central. Alguns desses processos são exclusivos do período pré-natal, outros se manifestam apenas na fase pós-natal, enquanto determinados eventos se estendem por ambas as fases. Esses mecanismos podem ser predominantemente mediados por fatores genéticos ou modulados por experiências ambientais. Neste último caso, destaque a influência da intervenção precoce, especialmente no âmbito da fisioterapia motora, como um fator potencial de modulação do neurodesenvolvimento. Considerando essas informações, assinale a alternativa CORRETA em que os eventos indicados podem ser positivamente modulados por intervenções fisioterapêuticas precoces:

**(A)** Neurulação e Mielinização

**(B)** Sinaptogênese e Poda Sináptica

**(C)** Proliferação Neural e Migração Neural

**(D)** Crescimento axonal/dendrítico e Neurulação

**(E)** Proliferação Neurofisioterapêutica

**8)**

8) A ecologia, enquanto ciência que investiga as interações entre os organismos e os diferentes níveis do ambiente em que vivem, oferece uma base teórica valiosa para compreender o desenvolvimento humano em contextos reais. Alinhado a essa perspectiva, o

psicólogo Urie Bronfenbrenner (2011) formulou o modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT), o qual busca explicar o desenvolvimento infantil como resultado da interação dinâmica entre características individuais, contextos ecológicos e o fator temporal.

Estabelecendo uma interface com a abordagem do Cuidado Centrado na Família (CCF), que reconhece o papel ativo da família como parceira no cuidado e nas decisões terapêuticas, analise as afirmativas a seguir e assinale V para as verdadeiras e F para as falsas. Em seguida, marque a alternativa correta:

Não tem como traçar objetivos e intervenção fisioterapêutica sem analisar as necessidades junto à família;

As necessidades de todos da família devem ser consideradas;

As famílias são diferentes e únicas;

O fisioterapeuta deve ter a responsabilidade final pelos cuidados com a criança.

Assinale a sequência correta, de cima para baixo:

**(A)** V – V – V – F.

**(B)** V – F – V – F.

**(C)** F – F – V – V.

**(D)** V – F – F – V.

**(E)** V – V – F – F.

**9)**

9) O crescimento e o desenvolvimento motor são influenciados por uma complexa interação entre fatores biológicos e ambientais. No primeiro ano de vida, esses fatores podem atuar como elementos de proteção ou como potenciais riscos ao desenvolvimento neuropsicomotor, impactando o curso do desenvolvimento global da criança.

Com base nessa premissa, analise as afirmativas a seguir e assinale V para as verdadeiras e F para as falsas:

A idade gestacional maior/igual a 37 semanas é um fator biológico de proteção.

Lactentes nascidos PIG ou GIG é um fator de risco biológico.

O tempo de internação neonatal é um fator de risco biológico.

O acompanhamento pré-natal (número de consultas) é um fator biológico de proteção.

O estado civil (união estável) é um fator ambiental de proteção.

Assinale a sequência correta, de cima para baixo:

**(A)** V – V – V – F – V.

- (B) V - V - F - F - V.  
(C) F - V - F - F - V.  
(D) V - V - V - V - V.  
(E) V - V - F - F - F.
- 

**10)**

10) A compreensão da biomecânica é fundamental para a avaliação e o tratamento fisioterapêutico, especialmente na análise de padrões de movimento e no planejamento da cinesioterapia. De acordo com as fontes, como a biomecânica contribui para o raciocínio clínico do fisioterapeuta em casos de alterações musculoesqueléticas e fraqueza muscular?

- (A) Apenas pela medição da amplitude de movimento passiva, ignorando a dinâmica funcional.  
(B) Restringindo as intervenções às técnicas passivas, evitando o movimento ativo para não causar compensações.  
(C) Priorizando o uso de tecnologias assistivas desconsiderando as capacidades biomecânicas intrínsecas do paciente.  
(D) Focando na eliminação da espasticidade, independentemente do impacto na funcionalidade do movimento.  
(E) Auxiliando na identificação de desvios biomecânicos do padrão de movimento e compensações decorrentes de fraqueza muscular, permitindo o planejamento de treinos funcionais que buscam otimizar o padrão de movimento para que seja eficaz e eficiente, considerando as possibilidades do paciente e as demandas da tarefa.
- 

**11)**

11) As taxas de identificação precoce de alterações no desenvolvimento infantil permanecem aquém da prevalência real dessas condições, evidenciando deficiências nos protocolos de triagem e nos métodos diagnósticos, particularmente durante os primeiros meses de vida. Esse contexto resulta em atraso no encaminhamento de lactentes para intervenções especializadas, cuja implementação precoce é determinante para potencializar a neuroplasticidade e otimizar os desfechos funcionais.

Lactentes com diagnóstico confirmado, suspeita clínica ou em condição de alto risco para paralisia cerebral, devem ser encaminhados precocemente para fisioterapia e outras modalidades de Intervenção, com base em critérios recomendados por especialistas,

baseados em avaliações motoras padronizadas, exame neurológico e achados de neuroimagem.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa em que não há indicação de encaminhamento imediato para acompanhamento especializado:

- (A) Aos 2 meses de idade, criança apresenta reflexo tônico-cervical assimétrico.  
(B) Após 4 meses de idade: persistência de assimetria de postura e movimentos; atraso no controle cervical e persistência da manutenção de mãos fechadas.  
(C) Entre 6 e 12 meses: rigidez ou tensão nos membros inferiores.  
(D) Após os 9 meses de idade: incapacidade de permanecer sentado sem suporte.  
(E) Antes dos 12 meses de idade: ausência de manipulação bimanual.
- 

**12)**

12) O desenvolvimento infantil resulta da interação dinâmica entre características individuais – incluindo fatores genéticos e hereditários –, condições biológicas relacionadas à saúde da criança e os contextos ambientais nos quais ela vive e participa, especialmente aqueles de natureza psicossocial. Nesse contexto, é fundamental que o/a fisioterapeuta atue de forma vigilante diante da presença de fatores de risco que possam comprometer o desenvolvimento infantil, "uma vez que eles podem colocar a criança em desvantagem para atingir seu potencial de desenvolvimento". Segundo Andrade, Moraes e Mendonça (apud Camargos et al., 2019), são considerados fatores de risco para o desenvolvimento infantil:

- (A) Biológicos: depressão materna e condições inadequadas de higiene;  
(B) Psicossociais: carências nutricionais e depressão materna;  
(C) Biológicos: desnutrição e doenças genéticas;  
(D) Psicossociais: prematuridade ao nascer e falta de estímulos/objetos para brincar;  
(E) Biológicos: hipóxia perinatal e pais adolescentes.
-

**13)**

13) O movimento humano requer a atuação eficiente do controle motor seletivo, essencial para a execução de movimentos refinados, coordenados e independentes. Em crianças com diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC), alterações nesse controle motor contribuem para limitações nas atividades funcionais, frequentemente associadas à fraqueza muscular e hipertonia. Esses fatores impactam negativamente a biomecânica da marcha, resultando em alterações posturais e aumento do custo energético durante a locomoção. Dentre os padrões de marcha observados em crianças com PC, destaca-se a marcha em agachamento ("crouch knee gait"), caracterizada por:

(A) Comprometimento unilateral, e diminuição ou ausência da dorsiflexão durante a fase de balanço.

(B) Comprometimento bilateral, e flexão plantar mantida em toda fase de apoio.

(C) Comprometimento bilateral, onde é realizada uma flexão excessiva de joelhos simultaneamente a flexão de quadril durante a fase de apoio.

(D) Comprometimento unilateral, estando o quadril em rotação interna e adução, e a pelve em inclinação anterior.

(E) Comprometimento bilateral, com diminuição ou ausência de flexão de joelho durante a fase de balanço.

**14)**

14) A Abordagem Centrada na Família (ACF) constitui um modelo de cuidado voltado à criança e sua família, amplamente adotado nos serviços de saúde que priorizam a atenção integral. Essa abordagem reconhece todos os membros da família como participantes ativos e legítimos no processo terapêutico, promovendo um cuidado planejado, colaborativo e contextualizado. A ACF considera a criança em sua totalidade – e não apenas em função de sua condição clínica -, valorizando sua experiência global nos ambientes onde vive e interage, como o lar, a escola e a comunidade. Os princípios da Abordagem Centrada na Família estão fundamentados em qual teoria do desenvolvimento infantil?

(A) Teoria dos sistemas dinâmicos.

(B) Teoria neuromaturacional.

(C) Teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget.

(D) Teoria socio-cultural de Vygotsky.

(E) Teoria bioecológica.

**15)**

15) Conforme estabelecido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, o conceito de participação refere-se ao engajamento do indivíduo em contextos de vida significativos. Esse constructo tem sido ampliado e aprofundado a partir de abordagens contemporâneas, sendo compreendido dentro de uma família conceitual que o relaciona à funcionalidade e à qualidade de vida. No campo da reabilitação, a participação tem emergido como um desfecho central, orientando avaliações e estratégias de intervenção, especialmente no contexto do desenvolvimento infantil. A seguir, analise as afirmativas relacionadas à avaliação e às intervenções com ênfase na participação de crianças e adolescentes com deficiência, e assinale se são verdadeiras (V) ou falsas (F):

( ) Uma abordagem colaborativa no estabelecimento de metas de participação favorece o engajamento da criança e da família, e aumenta as chances de que as metas traçadas sejam relevantes para os clientes.

( ) O ambiente físico, social e atitudinal pode atuar como barreira ou facilitador para a participação de crianças com deficiências e deve ser considerado na avaliação e elaboração de propostas terapêuticas.

( ) As metas de participação podem ser identificadas por meio de instrumentos de avaliação padronizados, como a Medida da Função Motora Grossa (GMFM).

( ) A frequência com que a criança comparece às atividades e a capacidade da criança em realizar as atividades são os componentes centrais da família de construtos relacionados à participação.

( ) A intervenção focada no contexto tem como ingrediente principal a prática de habilidades motoras para que a criança adquira independência em atividades relevantes do seu cotidiano, sendo uma estratégia para promover metas de participação.

Assinale a sequência correta, de cima para baixo:

- (A) V - V - F - F - V
  - (B) V - F - V - F - V
  - (C) F - V - F - V - F
  - (D) V - V - V - F - V
  - (E) V - V - F - F - F
- 

**16)**

16) Programas de gerenciamento postural são especialmente indicados para crianças com diagnóstico de Paralisia Cerebral que não deambulam, ou seja, aquelas classificadas nos níveis IV e V do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Esses programas são frequentemente utilizados como intervenção coadjuvante, associando-se a outras abordagens terapêuticas, e devem contemplar os seguintes componentes, EXCETO:

- (A) O gerenciamento da postura em supino deve iniciar o mais precocemente possível, sendo importante manter um adequado alinhamento postural desde o nascimento.
  - (B) O uso de um sistema de assento adaptado permite a manutenção da postura sentada de forma passiva.
  - (C) O uso de andadores adaptados não é recomendado, pois pode aumentar o risco de luxação de quadril.
  - (D) Recomenda-se o uso dos sistemas de posicionamento de pé, por exemplo, parapodium, por cerca de 60 minutos diários para manutenção ou melhora nas funções e estruturas corporais com a densidade mineral óssea, amplitude de movimento e prevenção da luxação de quadril.
  - (E) O gerenciamento postural deve ser recomendado em todas as atividades cotidianas, abrangendo transferências, higiene pessoal, vestimenta e alimentação, com o objetivo de melhorar a funcionalidade e a participação e reduzir as consequências negativas das posições desfavoráveis.
- 

**17)**

17) Assinale a intervenção que apresenta alto nível de evidência para crianças com paralisia cerebral:

- (A) Mobilidade motorizada.
  - (B) Gerenciamento postural.
  - (C) Tratamento neuroevolutivo.
  - (D) Treino de marcha na esteira com suporte parcial de peso.
  - (E) Realidade virtual.
- 

**18)**

18) Diretrizes clínicas contemporâneas enfatizam a relevância de que as intervenções direcionadas a crianças com Paralisia Cerebral incluam a prática direta de metas definidas em conjunto com os cuidadores e/ou a própria criança.

Considerando os princípios do treinamento específico de tarefa, assinale a alternativa correta:

- (A) É recomendada a prática das habilidades motoras que antecedem a habilidade que se deseja atingir, a fim de que o indivíduo possa cumprir todos os marcos motores importantes para o seu desenvolvimento.
- (B) Esta modalidade de intervenção baseia-se na Teoria do controle motor, a qual descreve a aquisição de habilidades motoras como o resultado da maturação do sistema nervoso central.
- (C) A intervenção deve incluir a prática de componentes da tarefa e/ou da tarefa completa, incluindo ingredientes como repetição, progressão e feedback com foco extrínseco para favorecer a aprendizagem motora.

**(D)** Técnicas de facilitação dos movimentos são importantes para que crianças com PC possam vivenciar movimentos normais e aprender novas habilidades motoras.

**(E)** Esta intervenção tem bom nível de evidência, porém não deve ser aplicada para crianças com níveis GMFCS IV e V, devido ao seu repertório motor limitado.

---

**19)**

19) O vírus Zika é uma arbovirose transmitida principalmente por mosquitos do gênero *Aedes aegypti*. A infecção pré-natal pelo vírus está associada a malformações congênitas, entre elas a microcefalia, constituindo o quadro conhecido como Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCZ). Essa síndrome caracteriza-se predominantemente por manifestações neurológicas, podendo incluir alterações motoras significativas, como contraturas congênitas em múltiplas articulações, déficits auditivos, visuais, além de alterações neurossensoriais e cognitivas. Na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), crianças com SCZ demonstram limitações no domínio atividade, com dificuldade na aquisição de habilidades motoras básicas e necessidade de auxílio para locomoção e autocuidado. Em relação à participação, enfrentam barreiras para frequentar ambientes escolares e comunitários, estando geralmente restritas ao convívio familiar. No domínio dos fatores ambientais, requerem acompanhamento contínuo por equipe interdisciplinar, uso de medicamentos e de tecnologias assistivas para promover maior independência funcional.

Com base nesse cenário, quais estratégias de intervenção fisioterapêutica apresentam melhor evidência científica para atuar sobre os domínios de: “Funções e estruturas corporais” e “Atividade e participação” em crianças com SCZ?

**(A)** Método neuroevolutivo; Terapia assistida por vestes dinâmicas (terapias “suits”).

**(B)** Terapia assistida por vestes dinâmicas (terapias “suits”); alongamentos.

**(C)** Intervenção centrada na pessoa com uso da CIF; Método Cuevas Medek (CME).

**(D)** Intervenção centrada na família e orientada com uso das F-words; Intervenção modificada para mobilidade (com carrinhos motorizados, por exemplo).

**(E)** Treinamento na esteira adaptado com suporte de peso; Treino de equilíbrio em plataforma vibratória.

---

**20)**

20) Assinale a alternativa que MELHOR representa o conceito de Prática Baseada em Evidência (PBE):

(A) Prática clínica baseada em diretrizes internacionais e protocolos publicados em periódicos científicos, desconsiderando-se a experiência clínica.

(B) Tomada de decisão com base em experiência clínica profissional e achados científicos, independente da preferência do paciente.

(C) Uso de intervenções baseadas em estudos experimentais de relato de casos, em detrimento a ensaios clínicos randomizados.

(D) Integração entre a melhor evidência científica disponível, experiência clínica e preferências do paciente.

(E) Integração entre experiência clínica e preferências do paciente, desconsiderando-se a melhor evidência científica disponível.

---

**21)**

21) Instrumentos padronizados, com adaptação transcultural e validados no Brasil podem assegurar um diagnóstico de alterações no desenvolvimento infantil (testes diagnósticos) e, outros, servem de triagem para detectar desvios desses desenvolvimentos (testes de triagem). Esses testes padronizados auxiliam o fisioterapeuta a realizar um raciocínio clínico de tratamento para o lactente/criança avaliada.

A respeito do assunto supracitado, considere as seguintes afirmativas:

1. A Bayley-III é um teste de triagem adaptado e validado para o Brasil

2. O GMA (General Movements Assessment) é um teste diagnóstico e não requer adaptação transcultural e validação no Brasil

3. A AIMS (Alberta Infant Motor Scale) é um teste diagnóstico que avalia o lactente até 18 meses.

4. O SWYC (Survey of Wellbeing of Young Children) é um teste de triagem que avalia os marcos motores do desenvolvimento, do comportamento e fatores de risco familiares

Marque a alternativa CORRETA:

(A) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.

(B) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.

(C) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.

(D) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.

(E) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

---

**22)**

22) Intervenção precoce se refere a um sistema de serviços de saúde disponíveis para bebês ou crianças

desde o nascimento até cerca de três anos de idade que sejam identificados com risco ou diagnóstico de alterações no desenvolvimento infantil. Para crianças com alto risco ou diagnóstico de paralisia cerebral os programas de intervenção precoce devem seguir os seguintes princípios, EXCETO:

(A) O principal mecanismo de ação das intervenções é devido à neuroplasticidade dependente do uso.

(B) Programas domiciliares, orientados aos objetivos, com a colaboração da família é a principal recomendação.

(C) Estratégias de enriquecimento ambiental permitem estruturar o ambiente criando maiores oportunidades de prática motora.

(D) Movimentos ativos devem ser incentivados associados ao treino específico da tarefa.

(E) A dosagem deve ser baixa, para respeitar a rotina natural do bebê.

---

**23)**

23) É importante que recém-nascidos e lactentes de risco sejam encaminhados para um programa de follow-up (seguimento/acompanhamento) e, encaminhado em momento oportuno, para um programa de intervenção precoce. Baseado no texto, quais afirmativas abaixo são VERDADEIRAS?

(1) O follow-up é o acompanhamento sistematizado e continuado de recém-nascidos após a alta hospitalar. Tem por objetivo promover o crescimento e desenvolvimento dos lactentes minimizando possíveis danos nas estruturas e funções do corpo e encaminhá-los o mais precocemente possível para serviços especializados de intervenção precoce.

(2) O tempo do follow-up varia entre os serviços, mas geralmente ocorre até 2 ou 3 anos de idade. O lactente deve ser avaliado de forma global por uma equipe multidisciplinar e em dias diferentes para não sobrecarregar o lactente e a família.

(3) No follow-up deve-se acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos lactentes. Os dados antropométricos são avaliados por meio de equipamentos como fita-métrica, balança e régua antropométrica. Para avaliação da maturidade neurológica podemos usar o General Movements Assessment e o Test of Infant Motor Performance que têm valor preditivo. Para o acompanhamento de lactentes com a condição de saúde como a paralisia cerebral pode-se usar a Escala Motora Infantil de Alberta e o Infant Motor Profile.

(4) É importante iniciar a intervenção precoce em recém-nascidos e lactentes de risco antes de serem observadas alterações nas estruturas e funções do corpo e atrasos na emergência das atividades direcionadas a tarefa. A intervenção deve-se iniciar na fase de variabilidade primária. Assim, promovermos oportunidades para o lactente desenvolver as habilidades e o desempenho motor.

(5) Na fase de variabilidade primária, por meio do interplay entre a movimentação espontânea e reflexa, o repertório motor do recém-nascido e lactente será ampliado de forma a prepará-lo para as atividades direcionadas à tarefa.

Com base nas afirmações acima, assinale as alternativas corretas:

**(A)** Somente as afirmativas 1, 2, 4 e 5 são verdadeiras.

**(B)** Somente as afirmativas 1, 4 e 5 são verdadeiras.

**(C)** Somente as afirmativas são 1, 2, 3, e 4 são verdadeiras.

**(D)** Somente as afirmativas 4 e 5 são verdadeiras

**(E)** Todas as afirmativas estão corretas

**24)**

24) O fisioterapeuta precisa ter conhecimento e treinamento adequados para selecionar o instrumento mais apropriado conforme sua indicação de uso, além de aplicá-lo e pontuar corretamente. Também é essencial que saiba interpretar os resultados com base nos critérios definidos pelo próprio instrumento, levando em conta as condições biológicas e contextuais do bebê. Com base no enunciado correlacione os instrumentos de avaliação com os objetivos. Enumere a coluna da direita de acordo com a numeração da coluna da esquerda.

(1) Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE)	( ) Identifica, por meio de movimentos espontâneos/gerais, as deficiências neurológicas e ou do desenvolvimento.
(2) General Movements Assessment (GMA)	( ) Desenvolvimento motor grosso.
(3) Test of Infant Motor Performance (TIMP)	( ) Comportamento motor, deficiências motoras e atraso motor. Avalia habilidades motoras finas.
(4) Infant Motor Profile (IMP)	( ) Controle motor seletivo e postural de lactentes de 32 semanas de idade gestacional até 4 meses de idade corrigida.
(5) Escala de Motora infantil de Alberta (EMIA)	( ) Avalia a função neurológica, funções motoras, e o estado comportamental.

**(A)** 2 – 5 – 4 – 3 – 1

**(B)** 1 – 2 – 3 – 5 – 4

**(C)** 5 – 4 – 3 – 2 – 1

**(D)** 2 – 4 – 5 – 3 – 1

**(E)** 3 – 5 – 4 – 2 – 1

**25)**

25) Durante a avaliação fisioterapêutica é importante a escolha de instrumentos que contemplam os diferentes domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Considerando a avaliação de crianças com mielomeningocele, qual dos instrumentos a seguir é relevante e está CORRETAMENTE descrito de acordo com sua finalidade.

**(A)** O “Shuttle Ride Test” e o “Teste de Caminhada de 6 minutos” são testes que avaliam desempenho de atividades, fornecendo informações sobre a tolerância ao exercício, normalmente reduzida nestes pacientes.

**(B)** A “Medida da Função Motora Grossa” (Gross Motor Function Measure - GMFM) é um instrumento sensível para detectar mudanças na função motora grossa de pacientes com mielomeningocele ao longo do tempo, contemplando o domínio de estrutura e função do corpo da CIF.

**(C)** O “Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade” (Pediatric Evaluation of Disability Inventory - PEDI) pode ser utilizado para avaliar a limitação em atividades de autocuidado, mobilidade e função social, contemplando o qualificador capacidade do domínio de atividade.

**(D)** A Medida de Participação e do Ambiente – Crianças e Jovens (Participation and Environment Measure – Children and Youth - PEM-CY) pode ser utilizada para avaliação da participação e dos fatores contextuais dessas crianças, identificando fatores pessoais que podem ser manejados durante o tratamento fisioterapêutico.

**(E)** Em estrutura e função do corpo, a força muscular deve ser avaliada para auxiliar também na determinação do nível motor da criança. Teste muscular manual, teste de 1RM e dinamômetro são os mais utilizados em indivíduos com mielomeningocele.

o nível neurológico da lesão e o uso de tecnologias assistivas. Nesse contexto, assinale a alternativa correta:

**(A)** No nível Sacral, se há função preservada de quadríceps, glúteo médio e gastrocnêmio-sóleo, a marcha é geralmente adquirida por volta dos 2 anos e 2 meses de idade, sem suporte externo. Mas pode fazer uso de órtese supramaleolar (SMO) ou palmilhas.

**(B)** Se há função preservada de iliopsoas e falta de função muscular do quadríceps, a criança normalmente deverá utilizar, como tecnologia assistiva para deambulação, AFO (ankle-foot orthosis) e muletas.

**26)**

26) Na mielomeningocele, a compreensão da funcionalidade e da incapacidade é guiada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que fornece um arcabouço para a avaliação, o estabelecimento de objetivos e a condução do processo de reabilitação, considerando as deficiências, as atividades, a participação social e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). A aquisição da marcha em crianças com mielomeningocele varia de acordo com

(C) Pacientes do mesmo nível neurológico (torácico, lombar ou sacral) são enquadrados frequentemente no mesmo grupo quanto ao prognóstico de marcha, independente dos fatores associados.

(D) Para a classificação funcional específica e a avaliação de crianças com mielomeningocele, somente a Escala de Mobilidade Funcional (FMS - Functional Mobility Scale) é validada.

(E) A Escala de Mobilidade Funcional (FMS - Functional Mobility Scale) aplicada em crianças com mielomeningocele tem o propósito de identificar a mobilidade da criança em três contextos distintos: com uso de órteses, sem uso de dispositivos auxiliares de marcha e com uso de assistência externa, dentro do contexto de ambiente domiciliar ou clínico.

---

**27)**

27) Considerando a trajetória do desenvolvimento dos indivíduos com paralisia cerebral (PC), assinale a alternativa correta.

(A) A publicação das curvas do desenvolvimento da função motora grossa tem apoiado a compreensão do prognóstico motor dos indivíduos com PC, pois destacam as possibilidades de mudança de níveis GMFCS ao longo do tempo.

(B) Após um período mais acelerado de aquisições motoras nos primeiros anos de vida, cerca de 90% dos indivíduos com PC atingem o pico da capacidade motora por volta dos 5 anos de idade, e tendem a atingir estabilidade da função motora grossa por volta de 7 anos de idade, ou seja, podem receber alta da Fisioterapia.

(C) Na segunda década de vida há risco de declínio funcional, ou seja, os adolescentes podem reduzir sua pontuação na GMFM-66, em especial aqueles com níveis GMFCS I e II.

(D) Compartilhar com familiares informações sobre o nível GMFCS da criança e sobre a tendência de estabilidade da classificação pode contribuir para que as expectativas da família se alinhem com objetivos viáveis de acordo com cada nível.

(E) Os indivíduos com níveis GMFCS IV e V, ou seja, aqueles que não deambulam, apresentam risco aumentado de luxação de quadril, por isso a prescrição de equipamentos de tecnologia assistiva deve ser adiada o máximo possível.

---

**28)**

28) José é um menino de 8 anos que tem diagnóstico de paralisia cerebral, nível GMFCS IV e MACS III. Ao começar o atendimento de Fisioterapia em um novo centro de reabilitação, sua mãe, Irene, relatou à equipe que a meta almejada é que José possa utilizar o andador sem ajuda para locomoção na escola; está preocupada com o fato de José estar permanecendo cada vez menos tempo na posição em pé, precisando de mais apoio nesta postura, e tendo mais dificuldade para trocar passos com o andador. José possui uma cadeira de rodas manual, porém a mãe considera que o fato de ela conduzir a cadeira está deixando a criança acomodada. Considerando as curvas de desenvolvimento motor na paralisia cerebral e o raciocínio clínico baseado em evidências, assinale a alternativa que descreve elementos adequados do plano terapêutico para José e sua família.

(A) A equipe discute o caso e decide que devem ser priorizadas metas relacionadas ao uso independente do andador, visto que esta é a demanda da família e que com isso José poderá se tornar mais independente.

(B) Após conversar com a família sobre o prognóstico de mobilidade de acordo com a classificação motora grossa, a equipe pactua junto a eles que a mobilidade com cadeira de rodas será incentivada visando dar maior independência para José, enquanto a marcha será treinada com vistas à manutenção da saúde física.

(C) A equipe deve orientar a família a evitar o uso dos dispositivos assistivos, visto que eles costumam diminuir a motivação da criança para realizar as tarefas de forma normal.

**(D)** “Melhorar a locomoção com o andador” é específica e alcançável, podendo ser mensurada pela observação da postura de José em pé, sem o uso do dispositivo.

**(E)** A mobilidade motorizada e a implementação de programas de ortostatismo em domicílio não são estratégias terapêuticas adequadas para José, sendo mais indicadas para crianças com nível GMFCS V.

---

**29)**

29) A família de José, cujo caso foi descrito na questão acima, tem muitas dúvidas sobre quais tratamentos podem ser indicados para otimizar seu desenvolvimento. Como conhecem uma outra criança que participa frequentemente de treinos intensivos com vestes terapêuticas, gostariam de saber se esta seria uma estratégia adequada para José atingir seus objetivos de mobilidade. A equipe de Fisioterapia busca tomar decisões com base nas evidências disponíveis e explica para a família que (assinale a alternativa correta)

**(A)** O treino de mobilidade e o treino orientado à tarefa são intervenções com bom nível de evidência para desfechos relacionados à mobilidade que podem se aplicar ao caso de José.

**(B)** Caso a família tenha acesso a este recurso, o treino intensivo com as vestes terapêuticas são uma opção indicada, visto que sua eficácia foi demonstrada em diversos estudos de boa qualidade, sendo, portanto, uma intervenção com alto nível de evidência.

**(C)** Uma forma de atingir a dose suficiente de intervenção seria combinar o tempo de prática da sessão de Fisioterapia com tempo de prática em domicílio, o que não é possível pois José é criança.

**(D)** Devido ao risco de contraturas e deformidades músculo-esqueléticas, o alongamento muscular é a principal estratégia terapêutica indicada no caso de José.

**(E)** Integração sensorial é uma abordagem que contribui para ganhos de mobilidade em crianças com PC, sendo recomendada para crianças com as características de Josass

---

**30)**

30) Após uma avaliação minuciosa de uma criança com Paralisia Cerebral (PC), o fisioterapeuta precisa selecionar as intervenções mais eficazes e adequadas para alcançar os objetivos, considerando as relações entre as deficiências, limitações, restrições e fatores contextuais. Em relação a essas intervenções, assinale a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a da esquerda.

1. Prática orientada à tarefa	( ) Promoção de treinamento de atividades manuais de crianças com PC unilaterais
2. Programas domiciliares	( ) Incluem práticas de exercícios progressivos que geram esforço superior aos realizados no desempenho de atividades usuais
3. CIMT e HABIT	( ) Utiliza a abordagem do aprendizado motor. Transfere as habilidades recém adquiridas para objetivos similares
4. Fortalecimento e atividade física	( ) Parceria colaborativa, na qual os pais são especialistas no conhecimento da criança e do ambiente familiar

torno dos ventrículos laterais. Aos 12 meses de idade, a criança mostrou atrasos na aquisição das habilidades motoras grossas, motoras finas e de linguagem. O tônus muscular era aumentado predominantemente em seus membros inferiores, e foi identificada fraqueza muscular. Atualmente a criança tem 18 meses de idade, e mantém-se sentado no chão a maior parte do tempo, e em alguns momentos necessita de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Ele se desloca pelo ambiente engatinhando sobre as mãos e joelhos e, no ambulatório, quando estimulado pela fisioterapeuta consegue puxar-se para de pé e dar passinhos segurando em superfícies estáveis. No exame físico, achados positivos incluem aumento moderado do tônus muscular em membros inferiores e amplitude de movimento reduzida em seu quadril direito em comparação com o quadril esquerdo. Com base no quadro clínico apresentado qual o tipo de Paralisia Cerebral da criança e onde ela poderia estar classificada na Gross Motor Function Classification System (GMFCS)?

- (A) Paralisia Cerebral Espástica Bilateral, GMFCS II.  
(B) Paralisia Cerebral Atáxica, GMFCS I.  
(C) Paralisia Cerebral Discinética, GMFCS III.  
(D) Paralisia Carebral Distônica, GMCFS V.  
(E) Paralisia Cerebral Espástica Unilateral, GMFCS IV.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta na coluna da direita, de cima para baixo:

- (A) 2 - 4 - 3 - 1.  
(B) 4 - 2 - 1 - 3.  
(C) 4 - 1 - 3 - 2.  
(D) 3 - 1 - 2 - 4.  
(E) 3 - 4 - 1 - 2.

**31)**

31) L.M.S. nasceu a termo, com parto cesariana de emergência. Houve hipertensão materna no terceiro trimestre da gravidez. O trabalho começou espontaneamente com sinais de sofrimento fetal, incluindo desacelerações do ritmo cardíaco fetal. O bebê necessitou de reanimação neonatal, com escores de Apgar de 1, 4 e 7 aos 1, 5 e 10 minutos, respectivamente. Ele desenvolveu convulsões neonatais. A RNM realizada com 10 dias de vida mostrou uma lesão cerebral bilateral localizada em

**32)**

32) Em relação ao tratamento fisioterapêutico para criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA), as intervenções que são orientadas à tarefa, com foco em atividades e participação, proporcionam melhor desempenho

A respeito da intervenção fisioterapêutica orientada à tarefa para pessoas com TEA, considere se as afirmativas abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

- ( ) Deve ter envolvimento ativo do indivíduo;
- ( ) Deve conter tarefas estruturadas;
- ( ) Deve contar com envolvimento ativo de pais/cuidadores visando à transferência de aprendizado para o contexto diário;
- ( ) Deve minimizar repetições, para evitar fadiga e desregulação;
- ( ) Deve focar nas dificuldades e comprometimentos;

Assinale a sequência a sequência correta, de cima para baixo:

- (A) V-V-V-F-F
- (B) V-F-F-V-F
- (C) F-F-V-V-F
- (D) F-F-F-V-V
- (E) F-V-F-V-V

**33)**

33) As intervenções da Fisioterapia Neurofuncional para crianças e adolescentes devem oportunizar experimentação e repetição motoras para a execução das atividades e tarefas específicas, nos diferentes ambientes de participação. Assim, em relação a reabilitação utilizando a prática orientada para a tarefa para essa população, escolha a alternativa correta:

- (A) Deve considerar as necessidades e interesses das pessoas dessa população em todos os ambientes de convivência, sem deixar de lado as barreiras e os facilitadores para a participação;
- (B) Deve favorecer a participação passiva, de acordo com os interesses da família das pessoas dessa população;
- (C) Deve considerar apenas o aspecto motor do desenvolvimento, para minimizar deficiências motoras, das pessoas dessa população;
- (D) Deve favorecer a quebra de padrões de movimentos estereotipados e fixados que dificultam a aquisição de marcos motores das pessoas dessa população;
- (E) Deve desconsiderar os ambientes que possam apresentar algum tipo de barreira, mesmo que haja

interesse das pessoas dessa população.

**34)**

34) A atuação do fisioterapeuta nos Transtornos do Neurodesenvolvimento deve se basear na funcionalidade e nas necessidades da criança em diferentes contextos.

A respeito do assunto, considere se as seguintes afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

- ( ) O fisioterapeuta pode contribuir para o manejo do comportamento em crianças com Transtorno Opositor Desafiador (TOD) por meio de estratégias de organização do ambiente e rotina.
- ( ) Crianças com Transtornos de Aprendizagem (TA) se beneficiam de intervenções exclusivamente cognitivas, sem necessidade de suporte motor.
- ( ) A avaliação fisioterapêutica no Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve considerar sensibilidade tátil, auditiva e padrões motores.
- ( ) O Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC) não interfere nas atividades de vida diária da criança, portanto não exige intervenção fisioterapêutica.

Assinale a alternativa correta:

- (A) V - V - V - F
- (B) F - F - V - V
- (C) V - F - V - F
- (D) F - V - F - V
- (E) V - F - F - F

**35)**

35) Os exames radiográficos (Raio-X) são mencionados nas fontes como ferramentas importantes para a avaliação e o acompanhamento de quais condições específicas em crianças e adolescentes:

- (A) Torcicolo Muscular Congênito (TMC) e Anomalia de Dandy-Walker.
- (B) Distrofias Musculares e Doença de Pompe Infantil.
- (C) Plagiocefalia posicional e Escafocefalia.
- (D) Escoliose Idiopática, Luxação de Quadril e Pé Torto Congênito (PTC).
- (E) Paralisia Braquial Obstétrica (PBP) e Osteogênese Imperfeita (OI).

**36)**

36) A Síndrome de Down (SD), ou trissomia do 21, é uma condição humana geneticamente determinada e a cromossomopatia mais comum em humanos, sendo a principal causa de deficiência intelectual em crianças. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o modelo teórico utilizado para compreender a funcionalidade e a incapacidade em crianças com SD. A CIF considera a interação entre a condição de saúde, deficiências da estrutura e função do corpo, limitações de atividades, restrições de participação e fatores contextuais (ambientais e pessoais). Sobre a SD, analise as afirmativas abaixo e julgue se “verdadeiro (V)” ou “falso (F)”.

( ) Deficiências da Estrutura e Função do Corpo na SD podem ser: hipotonia muscular; frouxidão ligamentar e hiper mobilidade articular; fraqueza muscular; déficit de equilíbrio estático e dinâmico; déficit de controle postural e alterações posturais, como pés planos.

( ) Limitações de Atividade e Restrições de Participação na SD podem ser: atraso no desenvolvimento motor grosso e fino; atraso na linguagem verbal; atraso na aquisição de habilidades de autocuidado; restrição na realização de tarefas cognitivo-comportamentais e tarefas físicas no contexto escolar e restrição para desempenhar habilidades práticas e sociais.

( ) Crianças com SD frequentemente mantêm excessiva adução e rotação interna de quadril na posição sentada, com tronco inclinado anteriormente e apoio das mãos.

( ) Crianças com SD frequentemente apresentam preferência por engatinhar simetricamente, em vez de outras experiências como arrastar e pivotar em prono.

De acordo com sua análise, indique a sequência correta, de cima para baixo:

- (A) V – F – V – V
- (B) V – F – F – F
- (C) F – V – V – F
- (D) F – F – F – V
- (E) V – V – F – F

**37)**

37) Um fisioterapeuta do Programa Saúde na Escola (PSE) recebe solicitação para avaliar P.J.N, menina de 4 anos com diagnóstico confirmado de Síndrome de

Down. A equipe escolar relata que ela apresenta dificuldades em correr e pular, cansa-se rapidamente e demonstra respostas motoras lentificadas durante brincadeiras coletivas e jogos. Apesar disso, manifesta desejo de participar das atividades esportivas com os colegas. Durante a anamnese, a família negou histórico de cardiopatia congênita ou alterações osteoarticulares relevantes, incluindo instabilidade atlanto-axial. Informaram ainda que P.J.N realiza acompanhamento regular com pediatra e geneticista no hospital regional. Ao exame físico, observou-se: Diminuição de força muscular generalizada; Pés planos bilaterais; Frouxidão ligamentar evidente, especialmente em membros inferiores. Considerando as evidências científicas atuais sobre treinamento funcional em crianças com Síndrome de Down – que recomendam intervenções voltadas para força muscular, equilíbrio, coordenação e participação em atividades lúdicas e esportivas, adaptadas às necessidades e ao nível de fadiga – assinale a alternativa INCORRETA em relação aos objetivos terapêuticos para atender às demandas da escola:

- (A) Aumentar a força de membros inferiores e abdômen;
- (B) Melhorar o equilíbrio em superfícies instáveis;
- (C) Melhorar a distribuição de peso durante a posição ortostática;
- (D) Subir e descer escadas de maneira independente, sem apoio unilateral;

(E) Focar exclusivamente no alongamento muscular para ganho de amplitude articular, sem considerar fortalecimento e treino funcional.

**38)**

38) Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é uma condição de saúde hereditária que se manifesta na infância, sendo a miopatia degenerativa mais comum e severa entre as distrofias musculares. Sobre a DMD, analise as afirmativas abaixo e julgue se “verdadeiro (V)” ou “falso (F)”.

( ) A doença é transmitida por herança ligada ao cromossomo Y, afetando principalmente indivíduos do sexo masculino. A causa da DMD são mutações em genes que codificam a proteína distrofina.

( ) A DMD geralmente se manifesta entre os 2 e 3 anos de idade. Os sintomas iniciais incluem fraqueza muscular, que é mais proeminente nos membros inferiores e músculos proximais das cinturas escapular e pélvica.

( ) Alterações cinemáticas de marcha são observadas e incluem: aumento da amplitude de inclinação anteroposterior, rotação pélvica, aumento da obliquidade pélvica no plano frontal e flexão plantar no balanço. A hiperatividade e co-contrações musculares são observadas como compensações para a fraqueza muscular, aumentando o custo energético.

( ) Os fisioterapeutas devem evitar treinos de baixa intensidade e exercícios excêntricos, que podem não ter efeito no tratamento, sendo importante focar no treino de força das fibras musculares existentes.

( ) A Escala de Vignos pode ser utilizada para classificar a função dos membros inferiores ao longo do tempo, variando de 1 (menos grave) a 10 (mais grave). Já a Avaliação de Deambulação North Star (NSAA) é uma escala funcional específica para pacientes com DMD que deambulam, avaliando 17 itens.

De acordo com sua análise, indique a sequência correta, de cima para baixo:

(A) F – F – V – V – V

(B) F – V – V – F – V

(C) V – V – F – F – F

(D) V – F – F – V – V

(E) F – F – V – V – F

**39)**

39) L.M.A, menino de 8 anos, matriculado e frequentando turma regular de ensino em escola

pública, realiza acompanhamento fisioterapêutico mensal no Centro Especializado em Reabilitação (CER) de sua região. Aos 5 anos, recebeu diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), após a família relatar marcha em ponta dos pés, presença de obliquidade pélvica e alteração do padrão de marcha. Com relação ao seu desenvolvimento, no primeiro ano de vida, apresentou discreto atraso nos marcos motores, adquirindo marcha independente aos 24 meses. Nos últimos dois anos, observou-se declínio funcional progressivo, com maior dificuldade para: Sentar e levantar-se sem apoio; Subir e descer escadas; Resistir à fadiga durante esforços moderados. Com base nas evidências científicas atuais e nas diretrizes de manejo fisioterapêutico da DMD, especialmente no contexto de orientação domiciliar para a família, assinale a alternativa INCORRETA

(A) Realizar exercícios ativos leves e moderados, com caráter lúdico, respeitando os limites individuais e prevenindo a fadiga excessiva.

**(B)** Incentivar atividades aquáticas recreativas, em ambiente aquecido, para manutenção da mobilidade, condicionamento cardiorrespiratório e redução de sobrecarga articular.

**(C)** Priorizar exercícios resistidos de alta intensidade, visando ganho rápido de força muscular e hipertrofia.

**(D)** Implementar alongamentos diários, posicionamentos adequados e uso de órteses quando indicado, para prevenção de retrações e deformidades osteomusculares.

**(E)** Organizar o cotidiano com alternância planejada entre períodos de atividade e descanso, para otimizar desempenho funcional e fadiga.

---

**40)**

40) L.M.T, 4 anos, comparece ao serviço de fisioterapia com diagnóstico confirmado de Síndrome de Dandy-Walker. Ao exame fisioterapêutico, observa-se: Hipotonia muscular generalizada; Dificuldade na manutenção da postura ereta, com impacto direto no equilíbrio estático e dinâmico; Déficit de controle axial de cabeça e tronco; Aumento discreto do perímetro cefálico decorrente de hidrocefalia, previamente tratada por meio da implantação de derivação ventrículo-peritoneal (DVP), com ausência de padrões convulsivos. A criança apresenta atraso no desenvolvimento motor global, com dificuldade para o aprendizado de habilidades funcionais compatível com alterações neuromotoras associadas à síndrome. Quanto à abordagem fisioterapêutica voltada para otimização do controle postural, estímulo de reações de equilíbrio e facilitação da aquisição de habilidades motoras em crianças com Síndrome de Dandy-Walker, assinale a alternativa INCORRETA:

**(A)** Ativar a musculatura axial do tronco visando aprimorar o controle postural durante atividades estáticas e dinâmicas.

**(B)** Estimular trocas posturais independentes, promovendo autonomia funcional e participação em atividades motoras e lúdicas.

**(C)** Promover a mobilidade funcional no ambiente domiciliar, utilizando equipamentos de auxílio e órteses adequadas, de forma a garantir segurança, independência e participação nas atividades diárias.

**(D)** O controle postural deve ser trabalhado apenas quando a criança atingir habilidades motoras avançadas, como marcha independente.

**(E)** Fornecer estímulos sensoriais direcionados com o propósito de potencializar o desenvolvimento motor e

aperfeiçoar o controle postural, favorecendo o processamento sensorio-motor durante atividades funcionais e lúdicas.

---

**41)**

41) Em um cenário de atendimento pré-hospitalar, ao lidar com um paciente com suspeita de lesão medular (LM), qual é uma ação crítica recomendada para o transporte seguro do indivíduo até o hospital?

**(A)** Incentivar o paciente a realizar movimentos para testar a sensibilidade e a força dos membros.

**(B)** Focar primeiramente em cobrir as lesões visíveis com bandagens, sem preocupação com a imobilização.

**(C)** Assegurar a imobilização adequada do paciente para o transporte seguro, além de garantir vias aéreas pérvias, ventilação, oxigenação e pressão arterial adequadas.

**(D)** Administrar qualquer medicação para dor disponível no local antes de iniciar o transporte.

**(E)** Deixar a escolha do método de transporte a critério da família do paciente

---

**42)**

42) Em uma Unidade de Saúde da Família, um fisioterapeuta atende um paciente com deficiência motora com suspeita de vulnerabilidade social. A equipe está elaborando um plano de cuidado interprofissional. Com base na atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, qual das ações abaixo é mais adequada nesse contexto?

**(A)** Encaminhar imediatamente para reabilitação em hospital de referência.

**(B)** Implementar plano de cuidado centrado exclusivamente na demanda do cuidador.

**(C)** Realizar avaliação multidimensional, orientar o cuidador, propor visita domiciliar e planejar atividades domiciliares.

**(D)** Focar exclusivamente na prescrição de tecnologias assistivas para ganho funcional.

**(E)** Suspender o atendimento até que o paciente seja avaliado pelo médico.

---

43)

43) A Lei Brasileira de Inclusão indica que “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Assim, as barreiras podem dificultar a participação social da pessoa com deficiência, sendo classificadas de acordo com a limitação ou impedimento que representam.

Utilizando o entendimento da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), numere a coluna da direita de acordo com a correspondência do tipo de barreira descrita na coluna da esquerda.

1. as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo.	( ) barreiras atitudinais
2. as existentes nos edifícios públicos e privados;	( ) barreiras nos transportes
3. as existentes nos sistemas e meios de transportes	( ) barreiras arquitetônicas
4. qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação	( ) barreiras nas comunicações e na informação
5. atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas	( ) barreiras urbanísticas

1. as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias	( ) barreiras tecnológicas
---	----------------------------

Assinale a alternativa que representa a sequência correta na coluna da direita, de cima para baixo:

- (A) 6-2-4-1-5-3.
- (B) 5-3-2-4-1-6.
- (C) 5-6-2-1-4-3.
- (D) 5-2-1-4-3-6.
- (E) 4-3-2-5-1-6.

44)

44) Qual dos seguintes princípios melhor descreve a abordagem central do atendimento humanizado em reabilitação, conforme os conceitos de prática centrada na família e na pessoa?

- (A) O foco exclusivo na remediação de deficiências físicas e estruturais do corpo, sem considerar o ambiente.
- (B) A determinação unilateral dos objetivos terapêuticos pelo profissional de saúde, garantindo a expertise técnica.
- (C) A minimização do envolvimento familiar nas decisões para evitar sobrecarga e conflitos.
- (D) A aplicação de técnicas de alta tecnologia, mesmo que sua relevância para as atividades cotidianas do paciente não seja clara.
- (E) A priorização da colaboração ativa do paciente e de sua família, com base em suas preferências e necessidades, como ponto de partida para o estabelecimento de metas e a condução da intervenção.

45)

45) No contexto das inovações tecnológicas em reabilitação, qual característica da Realidade Virtual (RV) é considerada essencial para potencializar o aprendizado motor e a neuroplasticidade?

- (A) A exclusão de feedback sensorial para evitar sobrecarga cognitiva.
- (B) A limitação das interações a um único usuário para manter o foco.
- (C) A experiência imersiva, envolvente e desafiadora, com feedback multimodal em tempo real e motivação intrínseca para a prática ativa e repetitiva.

(D) A replicação do ambiente real, sem possibilidade de adaptação ou simplificação.

(E) O alto custo e a inacessibilidade, que garantem sua exclusividade e seletividade terapêutica.

---

**46)**

46) No contexto de um atendimento centrado na pessoa e família, como a prática ativa, repetitiva e intensiva da tarefa se relaciona com as inovações e tecnologias aplicadas em reabilitação?

(A) Esses princípios são exclusivos de terapias tradicionais e não são integrados com novas tecnologias.

(B) São "ingredientes" terapêuticos fundamentais que podem ser incorporados em novas tecnologias (como realidade virtual), visando o aprendizado motor e o alcance de metas significativas para o indivíduo e sua família.

(C) Eles são aplicados para corrigir deficiências em estruturas e funções corporais, desconsiderando limitações de atividade ou restrições de participação.

(D) Aumentam a dependência do paciente em relação ao terapeuta, minimizando a autonomia familiar.

(E) Priorizam o treinamento em ambiente clínico padronizado em detrimento da aplicação em ambientes naturais.

---

**47)**

47) A evolução dos eletroestimuladores tem sido um marco na fisioterapia, transformando desde as primeiras aplicações rudimentares até o suporte neuromuscular avançado de hoje. Inicialmente, dispositivos analógicos careciam de controle preciso e evidência científica, muitas vezes focados em estética. O advento do processamento digital na segunda geração pavimentou o caminho para uma maior acurácia. A terceira geração, totalmente computadorizada, permitiu uma dosimetria altamente customizável e a ativação de múltiplos músculos. A promessa da quarta geração é ir além, automatizando a dosimetria em tempo real e incorporando inteligência artificial, superando desafios como a estimulação de pacientes desacordados. Compreender essa progressão é crucial para o fisioterapeuta. Qual das seguintes alternativas melhor descreve uma característica distintiva e inovadora dos eletroestimuladores de terceira geração que permitiu avanços significativos no suporte neuromuscular?

(A) Serem dispositivos totalmente analógicos, focados majoritariamente em aplicações estéticas sem comprovação científica.

(B) Possuírem algum processamento digital e visores mais confiáveis, mas com pouca margem de ajuste da dosimetria e sem conectividade à nuvem.

(C) Serem completamente computadorizados, possibilitando a customização total da dose aplicada aos pacientes, com múltiplos canais independentes e conectividade à nuvem.

(D) Representarem a promessa de automatização da dosimetria em tempo real e incorporarem inteligência artificial, sendo ainda uma tecnologia em fase de desenvolvimento.

(E) Manterem a dosimetria fixa ou pouco ajustável, com interfaces analógicas em LED, caracterizando um uso meramente comercial.

---

**48)**

48) No cenário da fisioterapia neurofuncional no Brasil, a crescente demanda por serviços de reabilitação e as acentuadas desigualdades socioeconômicas e de acesso impulsionam a necessidade de tecnologias emergentes. Essas inovações, ainda em desenvolvimento, prometem um impacto disruptivo, fortalecendo a reabilitação. Enquanto diretrizes internacionais já as recomendam (como realidade virtual, robótica e telessaúde), no Brasil, a literatura específica e as diretrizes nacionais ainda são escassas, embora seu uso esteja presente em pesquisas e, em menor grau, na prática clínica, especialmente na saúde pública, onde a maioria da população depende do SUS, tornando custo, acessibilidade e viabilidade fatores críticos. Considerando o contexto brasileiro da fisioterapia neurofuncional e as tecnologias emergentes, qual das seguintes afirmativas é a mais precisa?

(A) As diretrizes clínicas brasileiras já abordam amplamente o uso de tecnologias emergentes como robótica e realidade virtual, facilitando seu acesso e uso na prática clínica.

(B) A inteligência artificial é a tecnologia emergente mais difundida na prática clínica no Brasil, superando a internet das coisas médicas em termos de uso e acessibilidade.

(C) A realidade virtual, com seus dispositivos de baixo custo e uso comprovado em pesquisas, tem potencial de expansão no cenário da saúde pública brasileira para avaliação e intervenção em pacientes neurológicos.

(D) A telessaúde/tele-reabilitação, apesar de sua utilidade, não oferece vantagens significativas no Brasil, especialmente para a reabilitação de pacientes em regiões geograficamente distantes.

(E) O acesso e uso de tecnologias emergentes no Brasil são homogêneos em todas as regiões do país, sem grandes desafios relacionados à infraestrutura ou custo, dada a equidade do SUS.

ou de sua família sobre o uso de tecnologias emergentes.

(D) A prática baseada em evidências (PBE) é fundamental para o uso adequado de tecnologias emergentes, mas sua implementação no Brasil enfrenta barreiras como a dificuldade de obtenção de artigos científicos completos e o idioma predominante inglês das publicações relevantes.

(E) A discriminação racial e étnica não é um fator relevante a ser considerado na discussão sobre o acesso e uso de tecnologias emergentes na fisioterapia neurofuncional no Brasil, pois o foco ético se restringe à viabilidade técnica e ao custo.

---

#### 49)

49) A aplicação de tecnologias emergentes na fisioterapia neurofuncional brasileira, apesar de seu potencial, levanta complexas questões éticas e morais, dadas as dimensões continentais do país e suas profundas desigualdades. A busca pela equidade no acesso e uso desses recursos, a proteção da privacidade e segurança dos dados dos pacientes e o respeito à dignidade e autonomia são imperativos. O profissional de fisioterapia deve integrar a prática baseada em evidências, superando barreiras como o custo, o idioma de publicações e a infraestrutura, para garantir uma implementação que seja socialmente responsável e que atenda às necessidades e preferências individuais de cada paciente, sem discriminações. Em relação aos aspectos éticos e morais e à prática profissional na implementação de tecnologias emergentes na fisioterapia neurofuncional no Brasil, qual alternativa está correta?

(A) A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e as regulamentações garantem que todos os dispositivos e sensores de tecnologias emergentes no setor da saúde ofereçam suporte completo a recursos de segurança, como mensagens criptografadas, eliminando totalmente os riscos de violação de privacidade.

(B) O princípio da equidade no SUS, por si só, assegura o acesso homogêneo e sem discriminação a todas as tecnologias emergentes na saúde em todo o território nacional, independentemente das condições socioeconômicas e educacionais.

(C) Em casos de pacientes vulneráveis ou com deficiências cognitivas, o fisioterapeuta deve priorizar a conveniência tecnológica do tratamento, não sendo obrigatória a consulta e o consentimento do paciente

**50)**

50) A Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3 e 6 para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS. Em relação aos impactos da referida portaria na prática clínica da fisioterapia neurofuncional no âmbito do SUS, assinale a alternativa correta:

**(A)** Estabelece que a PNAISPD substitui a necessidade de intersetorialidade com outros setores, restringindo-se à atenção de alta complexidade exclusivamente no setting hospitalar.

**(B)** Define que a RCPD, dentro do SUS, integra redes de cuidado com ênfase na continuidade do cuidado, acessibilidade, planejamento de longo prazo e coordenação entre atenção básica, especializada e reabilitação, incluindo a perspectiva da pessoa com deficiência e seus cuidadores.

**(C)** Introduz que a fisioterapia neurofuncional passa a depender de financiamento complementar exclusivo para tecnologias assistivas, negligenciando a reabilitação baseada em evidências e o funcionamento global do indivíduo.

**(D)** Determina a desinstitucionalização obrigatória de serviços de reabilitação de alta complexidade, movendo-os para modalidades puramente ambulatoriais sem integração com a Atenção Básica.

**(E)** Estabelece que a política, embora reconheça a PNAISPD, não prevê mecanismos de avaliação de resultados ou indicadores de qualidade para a rede de cuidados, deixando a prática clínica sem diretrizes de monitoramento.