

FISIOTERAPIA EM QUIROPRAXIA

1) 1) A técnica de Thompson é uma ferramenta para os quiropraxistas pelo mundo. Na época de sua descoberta e desenvolvimento mostrou ser uma sofisticação, revelando os ajustes assistidos pelo "Drop". Sua aplicação segue um passo a passo bem detalhado e o mecanismo "drop" um potente auxílio nos ajustes, já que se baseia na segunda lei de Newton. Está bem alinhada com os princípios quiropráticos, principalmente a ação da inteligência inata, responsável pela cura através das correções das "subluxações vertebrais". Clay Thompson foi defensor de um outro princípio próprio: "A.D.I.O". Partindo desse exposto e entendendo seu princípio como uma orientação e ordenação, responda a alternativa correta.

(A) As abordagens de Thompson seguem uma orientação que se dá de cima para baixo e de dentro para fora.

(B) A.D.I.O é um teste bem característico do método e estimula uma abordagem ampla e dinâmica, intensa e oportunista.

(C) A listagem Própria de Thompson tem a disfunção mais importante e está representada pela disfunção A.D.I.O

(D) Todos os testes realizados pelo criador do método tinham como base uma nomenclatura que já está em desuso, mas não devemos esquecer que esse teste atualmente não se chama mais A.D.I.O e sim teste de Deriefield.

(E) Sempre devemos seguir o primeiro passo, depois realizar uma linha de direção inferior, seguimos o terceiro passo e por fim o quarto passo, não havendo a necessidade de realizar o último passo.

2)

2) Originalmente, Thompson sugeriu que as diferenças de comprimentos de pernas devessem atenção para se entender que diagnósticos estão presentes nos pacientes que buscam o tratamento através de sua abordagem. Clay teorizou disfunções específicas através da existência de um desequilíbrio neurológico entre as vias facilitadoras e as vias inibitórias. Na sua visão os diferentes comprimentos de pernas era uma tradução dessas disfunções. No complexo subluxação, quatro estruturas são mencionadas como as responsáveis por alterações neurológicas

proprioceptivas. Além da faceta articular, fuso muscular e órgão tendinoso de golgi, qual outra estrutura pode estar alterada levando a uma mudança neurológica segundo as teorias da Técnica de Thompson?

(A) Corpo vertebral

(B) Pedículo

(C) Disco intervertebral

(D) Lâmina

(E) Ligamento ilio lombar

3)

3) O que podemos afirmar em relação a técnica de Thompson quando pensamos em diagnósticos possíveis dentro de sua forma de avaliação?

(A) Quando as pernas estão equilibradas em posição de extensão só há dois diagnósticos possíveis. Deriefield positivo e Deriefield negativo.

(B) Dentro das subcategorias da disfunção cervical unilateral podemos destacar a síndrome cervical unilateral direita ou esquerda falsas. Falsas quando a rotação da cabeça gera o equilíbrio das pernas.

(C) Quando as pernas estão equilibradas na posição estendida há somente dois diagnósticos possíveis, um deles é o Derifield exceção ou Derifield X.

(D) Um paciente sem problema nenhum segundo a avaliação de Thompson terá pernas equilibradas quando elas estiverem esticadas. Quando o paciente realiza a rotação para o lado direito as pernas permanecem equilibradas e quando realiza a rotação para o lado esquerdo elas mantem-se equilibradas.

(E) O único diagnóstico que não pode estar relacionado a uma síndrome neurológica oculta é o Derifield Positivo.

4)

4) O diagnóstico de síndrome cervical supercompensada está dentro das síndromes cervicais unilaterais. Há características comuns aos demais diagnósticos de síndrome cervical unilateral mas também há particularidades dessa subdivisão. Nesse tocante é possível destacar 5 características. Uma característica comum aos diagnósticos de síndrome cervical unilateral é existir uma perna curta (contraturada) quando o paciente estiver deitado em decúbito ventral com suas pernas estendidas. Assinale a alternativa que contenha apenas características distintas do diagnóstico de síndrome cervical supercompensada.

(A) Subluxação crônica de axis e Atlas associada.

(B) Subluxação da primeira costela no mesmo lado do nódulo de Axis e tender point em musculatura de trapézio contralateral ao lado do nódulo de Axis.

(C) Processo espinhoso stair- stepping na vista A-P do Rx e subluxação de atlas

(D) Subluxação da primeira costela no lado oposto do nódulo de axis e tender point em arco anterior de atlas

(E) Processo espinhoso com pea shaped no Rx na vista A-P e subluxação crônica de Axis

5)

5) O tratamento quiroprático com utilização do mecanismo de drop tem sido uma alternativa para os fisioterapeutas quiropraxistas com intuito de auxiliar tratamentos em alguns diagnósticos médicos. Um desses casos são os pacientes com espondilolistese, quando há um "escorregamento" vertebral de algum

nível da coluna. Focando nos níveis lombares, estudos demonstram que um ângulo do disco lombosacral menor e um aumento da cifose sacral estão fortemente associados ao aumento do deslizamento vertebral. Esse quadro é percebido muitas vezes com aumento da lordose lombar e a orientação anormal das facetas articulares. O desenvolvimento de vários sintomas podem ser observados nesses casos e a busca pelos serviço acaba sendo um desafio para o clínico. Para que não exista riscos ao paciente durante o desenvolvimento de um plano terapêutico para seu paciente a atenção deve acontecer antes de qualquer abordagem. Segundo a técnica de Thompson, verifique a alternativa que reúna contraindicações para esse tipo de tratamento nesses paciente supracitado.

(A) Aneurisma abdominal aórtico, gravidez e carcinoma metastático

(B) Grau 2,3 e 4 de espondilolistese, aneurisma abdominal e pacientes assintomáticos

(C) Pacientes com espondilolistese assintomáticos, insuficiência aórtica assintomática e assistolia cardíaca.

(D) Neoplasia periférica, derrame pericárdico e Gravidez

(E) Paciente sem queixas mas com ângulo lombosacral superiores, gravidez e tabagismo

6)

6) Segundo as teorias de DeJarnette na Sacro-Occipital Thecnique, os pacientes podem ser classificados em 3 categorias. Assinale a alternativa correta que apresenta as principais disfunções encontradas em cada uma das categorias.

(A) Categoria 1 tem como disfunção principal uma subluxação da articulação sacro-ilíaca ipsilateral a perna curta biomecânica.

(B) Categoria 2 tem como disfunção principal uma torção sacral com alteração de tensão da dura-máter.

(C) Categoria 3 tem como disfunção principal uma radiculopatia e tem como testes principais, os testes neurológicos e de discos.

(D) Categoria 1 tem como principal disfunção a fixação e compressão radicular severa

(E) Categoria 3 relaciona-se principalmente com mecanismo respiratório primário.

7)

7) Dentro do protocolo de avaliação da SOT (Sacro-Occipital Thecnique), cada categoria possui um teste específico. Assinale a alternativa correta.

(A) Categoria 1 tem como teste principal o Heel Tension Test

(B) Categoria 2 tem como teste principal o Signal Dolar Test

(C) Categoria 3 tem como teste principal o Teste de DeKlein

(D) Categoria 1 e a categoria 2 têm como testes principais, respectivamente, o Signal Dolar Test e o Teste de Lasègue.

(E) Categoria 1 e a categoria 3 têm como testes principais, respectivamente, o Heel Tension Test e o Arm Fossa Test.

8)

8) Em um paciente obeso do sexo feminino, com uma cialgia com irradiação para membro inferior esquerdo, teste de Lasègue positivo a esquerda, identificado com disfunção em L4 em PR e marcha claudicante devido a dor. Foi tratado com a SOT (Sacro-Occipital Thecnique) adotando o blocking em DD (decúbito dorsal), S.O.T.O na perna curta (membro inferior esquerdo) e técnica de Pull Move com o posicionamento do paciente em decúbito lateral direito. A partir da descrição do protocolo utilizado acima, marque a opção correta.

(A) Paciente deveria ser classificado em Categoria 3, com abordagem correta de blocking em DD, seguida da manobra de S.O.T.O e de técnica de Pull Move com a escolha de posicionamento correto em decúbito lateral direito.

(B) Paciente deveria ser classificado em Categoria 3, com abordagem incorreta de blocking. O posicionamento de cunhas deveria ser com o paciente em DV (decúbito ventral), seguido da manobra de S.O.T.O e de técnica de Pull Move com a escolha de posicionamento correto em decúbito lateral direito.

(C) Paciente deveria ser classificado em Categoria 3, com abordagem incorreta de blocking. O posicionamento de cunhas deveria ser com o paciente em DV (decúbito ventral), seguido da manobra de S.O.T.O e de técnica de Pull Move com a escolha de posicionamento correto em decúbito lateral esquerdo.

(D) Paciente deveria ser classificado em Categoria 2, com abordagem incorreta de blocking. O posicionamento de cunhas deveria ser com o paciente em DD, seguido de técnica de manual de liberação de piriforme e ajustes da articulação ílio-femoral.

(E) Todas as alternativas anteriores estão incorretas.

membro inferior esquerdo (perna curta biomecânica) deve-se posicionar a cunha abaixo do trocanter maior do fêmur apontando para o ombro direito. A outra cunha deverá ser posicionada abaixo da espinha íliaca pósterio-superior do membro inferior direito (perna longa) apontando para a primeira cunha.

9)

9) Qual o teste mais importante na CAT 2 e como ele deve ser realizado?

(A) Teste de Lasègue

(B) Teste do Sinal de Dólar

(C) Heel Tension Test

(D) Arm Fossa Test

(E) Teste de Psoas

10)

10) A CAT 1 é caracterizada por uma "torção" sacro-ilíaca levando a presença de uma perna longa e outra curta. Considerando que um paciente apresente uma perna curta a esquerda e que seja confirmado que o paciente está em categoria 1, qual deve ser o posicionamento do paciente e das cunhas para realizar o blocking nessa categoria segundo a Sacro-Occipital Technique?

(A) O posicionamento do paciente deve ser em decúbito ventral (DV) e as cunhas devem ser posicionadas em diagonal sob a pelve do paciente. No membro inferior esquerdo (perna curta biomecânica) deve-se posicionar a cunha abaixo do trocanter maior do fêmur apontando para o ombro direito. A outra cunha deverá ser posicionada abaixo da espinha íliaca ântero-superior do membro inferior direito apontando para a primeira cunha.

(B) O posicionamento do paciente deve ser em decúbito dorsal (DD) e as cunhas devem ser posicionadas em diagonal sob a pelve do paciente. No

(C) O posicionamento do paciente deve ser em decúbito ventral (DV) e as cunhas devem ser posicionadas em diagonal sob a pelve do paciente. No membro inferior direito (perna longa biomecânica) deve-se posicionar a cunha abaixo do trocanter maior do fêmur apontando para o ombro esquerdo. A outra cunha deverá ser posicionada abaixo da espinha ilíaca ântero-superior do membro inferior esquerdo apontando para a primeira cunha.

(D) O posicionamento do paciente deve ser em decúbito ventral (DV) e as cunhas devem ser posicionadas em diagonal sob a pelve do paciente. No membro inferior esquerdo (perna curta biomecânica) deve-se posicionar a cunha abaixo do trocanter maior do fêmur apontando para o ombro direito. A outra cunha deverá ser posicionada abaixo da espinha ilíaca ântero-superior do membro inferior direito apontando para a primeira cunha.

(E) O posicionamento do paciente deve ser em decúbito dorsal (DD) e as cunhas devem ser posicionadas em diagonal sob a pelve do paciente. No membro inferior direito (perna curta biomecânica) deve-se posicionar a cunha abaixo do trocanter maior do fêmur apontando para o ombro esquerdo. A outra cunha deverá ser posicionada abaixo na espinha pósterio-superior do membro inferior esquerdo apontando para a primeira cunha.

11)

11) Em relação às listagens de Gonstead, a listagem AS-RS se refere a uma listagem do:

- (A)** Atlas
- (B)** Ilíaco Direito
- (C)** Occipital
- (D)** Sacro
- (E)** L5

12)

12) De acordo com os princípios da Técnica Gonstead, há uma orientação específica quanto à direção do ajuste vertebral. Considerando essa abordagem, é correto afirmar que, com exceção da vértebra C1, os ajustes devem ser realizados:

- (A)** Através da linha do plano do disco intervertebral, respeitando sua angulação anatômica.
- (B)** Perpendicularmente ao processo transversal, com foco na rotação articular.
- (C)** No sentido P-A, sem considerar a inclinação do disco.

(D) Com impulso rotacional sobre as lâminas.

(E) Com tração superior para descompressão neural.

13)

13) De acordo com os princípios do Método Gonstead, de C2 a L5, assinale a alternativa correta:

- (A)** A subluxação vertebral ocorre sempre em rotação.
- (B)** A subluxação vertebral ocorre com deslizamento anterior da vértebra em relação ao disco e ao segmento inferior.
- (C)** A subluxação primária ocorre somente nas articulações zigoapofisárias e não no disco intervertebral.
- (D)** A subluxação ocorre somente no plano lateral, sem alteração da posição anteroposterior da vértebra.
- (E)** A vértebra subluxada apresenta um deslizamento posterior em relação ao disco e ao segmento abaixo.

14)

14) Sobre a técnica de Gonstead na Cervical Chair para ajustes de C2 a C7, é correto afirmar que:

- (A)** Para ajustar a C2, realiza-se entre 5° a 10° graus de inclinação lateral e entre 80° - 85° graus de rotação cervical
 - (B)** A mão de contato nos ajustes de PRS e PRI-La é a direita
 - (C)** A mão de contato nos ajustes de PRS e PLI-La é a direita
 - (D)** Deve ser sempre realizado com flexão cervical para proteger a artéria vertebral
 - (E)** Nenhuma das alternativas anteriores estão corretas
-

15)

15) Segundo Dr. Gonstead, a técnica de preferência para se ajustar o íliaco em Ex é com:

- (A) Knee Chest
 - (B) Técnica de Chicago
 - (C) Pull move com o lado da subluxação para baixo
 - (D) Drop table ou drop portátil
 - (E) Activator
-

16)

16) Qual é o sinal de alerta mais informativo para fratura vertebral em cuidados primários?

- (A) Dor torácica
 - (B) Idade avançada (>70 anos)
 - (C) Déficit neurológico
 - (D) Espasmo muscular
 - (E) Dor em MMII
-

17)

17) Para fratura vertebral osteoporótica, quais sinais de alerta são informativos em cuidados primários?

- (A) Trauma e uso de corticosteroides
 - (B) Dor noturna e déficit motor
 - (C) Espasmo e sensibilidade
 - (D) Dor torácica e idade avançada
 - (E) Histórico de câncer
-

18)

18) Quando o exame de imagem para fratura vertebral deve ser solicitado?

- (A) Rotineiramente para todos com dor lombar
 - (B) Apenas quando múltiplos sinais de alerta estão presentes
 - (C) Com base em sinais de alerta específicos, como idade avançada e trauma
 - (D) Nunca, devido aos riscos de radiação
 - (E) Quando houver ao menos um sinal de alerta, seja ele qual for
-

19)

19) Qual dos seguintes sinais de alerta ("red flags") é considerado FORTE para uma etiologia grave de dor lombar aguda, como a síndrome da cauda equina?

- (A) Idade acima de 70 anos
- (B) Dor que piora ao sentar-se
- (C) Incontinência urinária ou retenção urinária de novo início
- (D) História de osteoporose
- (E) Dor ao deambular

20)

20) Um paciente relata perda progressiva de força motora e sensação de anestesia na região do períneo (anestesia em sela). Qual é a suspeita mais urgente?

- (A) Hérnia de disco lombar
 - (B) Síndrome da cauda equina
 - (C) Lombalgia inespecífica
 - (D) Espondilolistese
 - (E) Estenose
-

21)

21) Segundo o Método Activator para a avaliação do púbis o fisioterapeuta deve realizar o seguinte teste provocativo:

- (A) Solicitar que o paciente suba o braço da perna curta
 - (B) Solicitar que o paciente faça uma extensão de cabeça
 - (C) Solicitar que o paciente faça uma contração bilateral dos músculos adutores da coxa com a mão do terapeuta entre os seus joelhos
 - (D) Solicitar que o paciente eleve a sua perna longa com o tornozelo em flexão plantar
 - (E) Solicitar que o paciente o gire a cabeça para o lado da perna curta e suba o braço da perna longa ao mesmo tempo
-

22)

22) O teste de isolamento da vértebra C5 no Método Activator é realizado da seguinte forma:

- (A) Solicitando que o paciente eleve os seus ombros em direção as suas orelhas
 - (B) Solicitando que o paciente realize abdução de ombro bilateral
 - (C) Solicitando que o paciente realize uma extensão da sua cervical
 - (D) Solicitando que o paciente realize uma flexão da cervical
 - (E) Solicitando que o paciente incline a cervical para o lado da perna curta
-

23)

23) O Método Activator é iniciado pela região lombar quando o paciente apresenta:

- (A) Quando o paciente relata dor na região lombar.
- (B) Quando o fisioterapeuta observa edema na região lombar durante a avaliação estática.
- (C) Quando, na avaliação Leg Check, o paciente apresenta PC no teste básico 1 e, no teste básico 2, a

mesma perna continua curta.

(D) Quando, na avaliação Leg Check, o paciente apresenta PC no teste básico 1 e, no teste básico 2, a mesma perna que estava curta fica longa.

(E) Quando o paciente mostra pernas equilibradas (sem assimetria) no teste básico 1.

24)

24) O Método Activator é bastante conhecido pelo mundo por:

- (A) Não ter nenhuma contraindicação
 - (B) Ser um Método sutil que utiliza cunhas para equilibrar a pelve do paciente
 - (C) Ser um Método que possui cavitação
 - (D) Ser um Método que não possui cavitação
 - (E) Ser um Método que trata apenas pacientes com dor crônica
-

25)

25) Assinale a alternativa correta quanto ao teste de isolamento da vértebra L2 segundo o método Activator:

- (A) O paciente coloca as suas duas mãos na coluna lombar
 - (B) O paciente coloca apenas a mão da perna curta na coluna lombar
 - (C) O paciente coloca apenas a mão da perna longa na coluna lombar
 - (D) O paciente faz uma abdução de ombro do lado da perna curta
 - (E) O paciente faz uma abdução de ombro do lado da perna longa
-

26)

26) Em relação à especialização de Fisioterapia em Quiropraxia, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Em 2011, a especialização foi reconhecida como profissão independente pelo COFFITO.
 - (B) A carga horária mínima para a especialização foi estabelecida em 2014.
 - (C) A resolução COFFITO-399/2011 reformulou a especialização e a reconheceu através de uma classificação CBO específica.
 - (D) A especialização não é reconhecida pelo Ministério do Trabalho.
 - (E) A resolução COFFITO-399/2011 disciplina a especialidade de fisioterapia em quiropraxia e dá outras providências.
-

27)

27) De acordo com o artigo 2 da RESOLUÇÃO Nº 399, de 03 de agosto de 2011, qual é o título concedido ao fisioterapeuta após a aprovação no certame da especialização em Quiropraxia?

- (A) Doutor em Quiropraxia
 - (B) Especialista Profissional em Fisioterapia Avançada
 - (C) Quiropraxista
 - (D) Fisioterapeuta Especialista em Quiropraxia
 - (E) Fisioterapeuta Quiropraxista Certificado
-

(D) Creches e escolas infantis

(E) Instituições militares

28)

28) De acordo com o artigo 3 da RESOLUÇÃO Nº 399, de 03 de agosto de 2011, qual das funções a seguir NÃO é atribuída ao fisioterapeuta especializado em Quiropraxia?

- (A) Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
 - (B) Realizar consultas exclusivamente em ambiente hospitalar para pacientes com dor lombar aguda (menos de 3 meses)
 - (C) Solicitar exames complementares, emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
 - (D) Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais
 - (E) Registrar diagnósticos e tratamentos em prontuário
-

29)

29) De acordo com o artigo 5 da RESOLUÇÃO Nº 399, de 03 de agosto de 2011, qual das seguintes atribuições é permitida ao fisioterapeuta especializado em Quiropraxia?

- (A) Realização de cirurgias ortopédicas
 - (B) Prescrição de medicamentos controlados para distúrbios psíquicos.
 - (C) Diagnóstico de doenças infecciosas
 - (D) Atendimento de urgências médicas cardiovasculares
 - (E) Coordenação e supervisão
-

30)

30) De acordo com o artigo 6 da RESOLUÇÃO Nº 399, de 03 de agosto de 2011, em qual dos seguintes ambientes o fisioterapeuta quiroprático NÃO está habilitado a atuar?

- (A) Hospitalar
- (B) Clínicas e consultórios
- (C) Domiciliar e Home Care

31)

31) A Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) é um sistema oficial que organiza e codifica os diagnósticos fisioterapêuticos, criado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Seu objetivo é unificar a linguagem técnica da profissão, permitindo uma avaliação e comunicação mais precisa, e auxiliar na padronização do registro dos problemas cinético-funcionais dos pacientes.

Sobre a CBDF assinale a opção falsa:

(A) Uniformiza a linguagem dos diagnósticos fisioterapêuticos em todo o país, facilitando a comunicação entre profissionais e com outras áreas da saúde.

(B) Utiliza um modelo biopsicossocial, alinhado à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS), para descrever os diagnósticos

(C) A codificação gerada pela CBDF representa o diagnóstico nosológico comum, que é um diagnóstico comum a todas as profissões da saúde.

(D) Organiza os diagnósticos em categorias, como deficiências cinético-funcionais e riscos, e pode ser utilizada em prontuários, laudos, pareceres e para fins de pesquisa.

(E) Através de uma plataforma online, os profissionais podem acessar os vários códigos de diagnóstico de forma mais prática e eficiente.

32)

32) A resolução COFFITO 532/2021 altera o código de ética no que tange à divulgação de imagens, textos e áudios relativos a procedimentos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais. No entanto ela trás algumas ressalvas para tal. Assinale a opção falsa:

(A) Em todas as publicações de imagens, textos e áudios deverão constar o nome do profissional e o seu número de inscrição, além da data das imagens, textos e áudios, sendo vedada a divulgação de casos clínicos de autoria de terceiros.

(B) Em todas as hipóteses, será considerada infração ética, de manifesta gravidade, a divulgação de imagens, textos e áudios de pacientes em desacordo com essa norma e demais normas pertinentes.

(C) Fica autorizada a divulgação de imagens, textos e áudios, autênticos, relativos à assistência fisioterapêutica ou terapêutica ocupacional pelo profissional responsável pela realização do

procedimento, desde que com autorização prévia do paciente/cliente/usuário ou de seu representante legal, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

(D) Fica autorizado o uso de quaisquer publicações, mesmo aquelas que possam conter expressões escritas ou faladas que possam caracterizar o sensacionalismo, a concorrência desleal, a promessa de resultado infalível ou restrições previstas no código de ética profissional.

(E) Em todas as publicações de imagens e textos o profissional deve zelar pela integridade moral do paciente, sendo proibida qualquer veiculação que possa infringir a honra do paciente.

33)

33) A RESOLUÇÃO-COFFITO Nº 618, DE 25 DE JUNHO DE 2025, dispõe sobre a atualização do Referencial Brasileiro de procedimentos Fisioterapêuticos (RBPF) é uma ferramenta criada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) para auxiliar o fisioterapeuta na precificação dos seus serviços, considerando os valores ético-deontológicos necessários para garantir a mínima qualidade assistencial. Ele codifica e enumera todos os procedimentos fisioterapêuticos reconhecidos pelo COFFITO, conferindo a cada um deles o seu valor referencial, calculado a partir de um coeficiente que é atualizado anualmente. Sobre o RBPF, assinale a opção falsa:

(A) O RBPF, anexo a esta Resolução, deve ser utilizado como referência para a descrição dos procedimentos fisioterapêuticos, incluindo consultas, exames funcionais, intervenções, métodos, técnicas, recursos, procedimentos e telessaúde em Fisioterapia.

(B) O RBPF constitui-se em um instrumento básico para a caracterização dos atos fisioterapêuticos no Sistema de Saúde Brasileiro, hierarquizando-os com base na funcionalidade humana e nos índices de valoração profissional.

(C) O RBPF viabiliza uma assistência fisioterapêutica adequada, caracterizando procedimentos com base em recomendações científicas e demandas epidemiológicas

(D) O modelo da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos - CBDF, assim como o RBBF, devem ser utilizados, com ética e responsabilidade, para a descrição de alterações funcionais e estruturais, limitações de atividades e restrições de participação social nos registros fisioterapêuticos, e respectivos procedimentos e tratamentos, devendo ser objeto de registro no prontuário.

(E) O RBPF é uma tabela de procedimentos e honorários que obrigatoriamente deve ser seguido pelo profissional, e nos casos de descumprimento poderá resultar em processo ético-disciplinar.

vertebral assinale a opção que não corresponda a um dos componentes do CSV.

34)

34) Quiropráticos, assim como outros profissionais de saúde, têm sido incentivados a adotar a assistência à saúde baseada em evidências como fundamento para garantir o gerenciamento ideal de casos, integrando a experiência clínica individual com as melhores evidências científicas disponíveis. Diversas diretrizes, anteriores à década de 90 apoiam o uso das técnicas manipulativas no manejo das desordens musculoesquelética, sobretudo da coluna vertebral. Segundo a mais moderna literatura, os resultados das intervenções quiropráticas são atribuídos à:

(A) Reposicionamento da vértebra

(B) Correção da subluxação

(C) Efeitos neurofisiológicos

(D) Melhora do fluxo de energia vital

(E) Controle do movimento e coordenação motora

35)

35) O complexo subluxação vertebral (CSV) é utilizado como referência por vários quiropraxistas como alvo da intervenção terapêutica. Apesar de ser um modelo hipotético que nunca foi completamente comprovado, ainda permeia o ensino da especialidade em grande parte das formações. Sobre o Complexo subluxação

(A) Cinesiopatológico: Perda de posicionamento vertebral normal e do movimento em relação às vértebras vizinhas, gerando compensações e perda do jogo articular.

(B) Neuropatológico: Irritação ou lesão de raízes nervosas espinhais por compressão, estiramento ou mais comumente irritação química de perto as estruturas espinhal, gerando redução do fluxo axoplasmático.

(C) Anatomopatológico: O bloqueio e desalinhamento vertebral levarão a bloqueio da função cinesiológica do seguimento e interferência no fluxo da Inteligência Inata.

(D) Biopatológico: As mudanças bioquímicas que ocorrem na região da coluna vertebral, que incluem bioquímicos inflamatórios dos tecidos lesionados e resíduos de produtos bioquímicos.

(E) Histopatológico: Alterações patológicas que ocorrem nos tecidos como medula óssea crescimentos anormais fora dos corpos vertebrais e das articulações, fibrose e aderências dos músculos da coluna vertebral e os ligamentos, bem como a desidratação e degeneração dos discos intervertebrais.

36)

36) Apesar de não haver uma regulamentação própria por lei da Quiropraxia, o COFFITO possui duas resoluções que tangem sobre o tema, a Resolução COFFITO 220 e COFFITO 399. Ainda sim existe um artigo em específico de uma lei que ampara como os atos realizados pelos fisioterapeutas quiropraxistas como ato privativo do fisioterapeuta, vejamos a redação:

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

A qual lei pertence esse artigo:

(A) Decreto Lei 938/69

(B) Lei Federal 3616/75

(C) Lei Federal nº 8.856/94

(D) RDC nº 192, de 28 de junho de 2002

(E) Lei Federal 938/65

37)

37) A RESOLUÇÃO-COFFITO Nº 627, DE 27 DE AGOSTO DE 2025 Dispõe sobre a instituição do Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em

Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a substituição do Registro Profissional de Especialista (RPE). Sobre o RQE assinale a opção falsa:

(A) O RQE substituirá, a partir da data de publicação desta Resolução, o Registro Profissional de Especialista (RPE), sendo a nova terminologia e o novo sistema de registro para a qualificação das especialidades profissionais reconhecidas pelo COFFITO

(B) O RQE é a chancela oficial que ratifica a expertise de um profissional em uma área específica, diferenciando-o do generalista, garantindo profissionalismo, ética e segurança para a sociedade

(C) Obterão o título apenas os profissionais aprovados no CERTAME (prova de conhecimentos e avaliação de títulos/experiência profissional, promovido pelo COFFITO, em parceria com as Entidades Representativas das Especialidades)

(D) Os Registros Profissionais de Especialista (RPEs), emitidos antes desta Resolução, serão automaticamente convertidos em Registro de Qualificação de Especialista (RQE), com numeração sequencial, respeitando a ordem anteriormente concedida no RPE, sem a necessidade de qualquer providência adicional por parte do profissional, mantendo-se a validade de sua qualificação.

(E) O RQE atesta que o profissional comprovou formalmente seu conhecimento e experiência profissional em uma área específica da Fisioterapia ou da Terapia Ocupacional

38)

38) O Pop Sound (estalido ou craqueamento) comumente ouvido durante as técnicas ajustivas é foco de estudos desde a década de 40, apesar de diversos estudos, o mecanismo não foi completamente compreendido e ainda é tema de muita discussão na quiropraxia. Sobre o pop sound assinale a alternativa que corresponda a teoria mais aceita atualmente:

(A) Fenômeno de cavitação, a alteração da pressão intra capsular causa a formação de bolhas de ar gerando o som

(B) Fenômeno de reposicionamento vertebral, assim que reposicionada a vertebra gera um som mecânico audível

(C) Fenômeno de estiramento de tecidos moles, ao aplicar as técnicas os tecidos periarticulares sob tensão produzem o som característico.

- (D) Fenômeno mecânico, a pressão aplicada sobre a articulação gera um contato ósseo que produz o som
- (E) O som é produzido por crepitações de tecidos moles de chocando contra saliências ósseas.
-

39)

39) A técnica diversificada (HVLA) caracteriza-se principalmente por:

- (A) Trações sustentadas e de grande amplitude.
- (B) Mobilizações rítmicas de baixa velocidade.
- (C) Thrusts rápidos e de curta amplitude com alta precisão segmentar.
- (D) Alongamentos passivos prolongados.
- (E) Uso exclusivo de instrumentos.
-

40)

40) Segundo a literatura sobre as técnicas manipulativas, o HVLA é geralmente mais apropriado para:

- (A) Lesões agudas com inflamação intensa e irritabilidade marcada.
- (B) Disfunções somáticas/subaxiais subagudas ou crônicas com hipomobilidade.
- (C) Pacientes com instabilidade ligamentar documentada.
- (D) Situações de fratura consolidada há menos de 2 semanas.
- (E) Patologias sistêmicas sem envolvimento articular.
-

41)

41) Qual das alternativas representa uma justificativa neurofisiológica para o HVLA?

- (A) Estímulo dos nociceptores para "reset" doloroso.
- (B) Redução do fluxo sinovial intra-articular.
- (C) Ativação de mecanorreceptores com inibição de aferências nociceptivas.
- (D) Fadiga muscular por estresse isométrico prolongado.
- (E) Bloqueio motor periférico sustentado.
-

42)

42) O conceito de "barreira elástica" corresponde a:

- (A) Limite anatômico rígido do movimento articular.
- (B) Resistência elástica tecidual imediatamente antes da cavitação.
- (C) Posição neutra da articulação.
- (D) Primeira sensação de dor por alongamento muscular.
- (E) Intervalo de folga após a cavitação.

43)

43) Sobre a cavitação articular no HVLA, é correto afirmar que:

- (A) É indispensável para que haja melhora clínica.

- (B) Resulta da ruptura da cápsula articular.
 - (C) Decorre do colapso/liberação de gases na articulação com rápida separação das superfícies.
 - (D) Indica sempre reposicionamento ósseo permanente.
 - (E) Ocorre apenas em articulações sinoviais periféricas.
-

44)

- 44) Entre as contraindicações absolutas para manipulação HVLA incluem-se:
- (A) Osteoartrite leve sem sinais de instabilidade.
 - (B) Dor miofascial localizada sem déficit neurológico.
 - (C) Cefaleia tensional episódica.
 - (D) Fratura recente, infecção óssea/articular ou processo maligno na região.
 - (E) Hipomobilidade segmentar não dolorosa.
-

45)

- 45) Uma contraindicação relativa que exige modificação técnica e maior cautela é:
- (A) Espasmo muscular leve.
 - (B) Osteoporose.
 - (C) Hipomobilidade sem dor.
 - (D) Paciente jovem atleta.
 - (E) Mobilidade normal com dor referida.
-

46)

- 46) Qual princípio de segurança é destacado para manipulação cervical em HVLA?
- (A) Uso preferencial de rotações máximas.
 - (B) Busca de cavitação múltipla em uma única aplicação.
 - (C) Evitar thrusts em alta rotação e priorizar linhas de drive seguras.
 - (D) Aumentar a força para superar barreiras rígidas.
 - (E) Realizar a partir de posição neutra sem travamento.
-

47)

- 47) Durante o HVLA, o uso do peso corporal do quiropraxista (body drop):
- (A) Deve ser evitado completamente.
 - (B) Auxilia a gerar um impulso rápido com menor esforço muscular.
 - (C) Substitui a necessidade de travamento segmentar.
 - (D) Aumenta a duração do thrust.
 - (E) Garante cavitação em todos os casos.
-

48)

- 48) A escolha do ponto de contato (ex.: processo transversal vs. espinhoso) depende principalmente de:
- (A) Preferência do paciente.
 - (B) Direção da linha de drive e do movimento a corrigir.
 - (C) Lado dominante do fisioterapeuta.
 - (D) Intensidade sonora desejada.
 - (E) Tipo de mesa utilizada.
-

49)

- 49) Aplicar HVLA a partir da posição neutra do segmento alvo é inadequado porque:
- (A) Aumenta o risco de cavitação exagerada.
 - (B) Reduz a precisão do contato.
 - (C) Não engaja a barreira elástica, exigindo forças desnecessárias.
 - (D) Impede o uso de alavanca curta.
 - (E) Gera hiperatividade proprioceptiva.
-

50)

- 50) A sincronização do thrust com a expiração do paciente é utilizada para:
- (A) Intensificar a compressão torácica.
 - (B) Aumentar o som de cavitação.
 - (C) Reduzir a tensão muscular e facilitar o impulso.
 - (D) Eliminar a necessidade de estabilização manual.
 - (E) Alongar passivamente a cápsula.