

FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

1) 1) Considerando o tecido ósseo, qual das alternativas descreve corretamente uma fratura?

- (A) Inflamação do osso sem alteração da sua integridade estrutural.
 - (B) Lesão apenas na cartilagem articular, sem envolvimento do tecido ósseo.
 - (C) Distensão ligamentar próxima ao osso, sem comprometimento ósseo.
 - (D) Quebra da continuidade da arquitetura de um osso, com perda de sua integridade mecânica.
 - (E) Edema ósseo transitório sem ruptura estrutural.
-

2)

2) Baseado no guideline publicado na JOSPT em 2024, após uma fratura distal do rádio tratada cirurgicamente, qual é a intervenção fisioterapêutica recomendada para otimizar os desfechos funcionais em curto e longo prazos?

- (A) Introduzir precocemente exercícios ativos de punho, mão e ombro, além de atividades leves de vida diária, nas primeiras 3 semanas.
 - (B) Manter o membro imobilizado por, pelo menos, 6 semanas para garantir estabilidade óssea antes do início dos exercícios.
 - (C) Iniciar exercícios ativos de punho, mão e ombro apenas após o 1º mês para prevenir dor excessiva.
 - (D) Priorizar apenas exercícios passivos no período inicial, evitando movimentos ativos até 3 meses pós-cirurgia.
 - (E) Evitar atividades de vida diária até o ganho total de amplitude de movimento e força, geralmente após 6 meses.
-

3)

3) Em relação ao tratamento fisioterapêutico conservador das fraturas proximais do úmero, qual das alternativas descreve corretamente as condutas da primeira fase?

- (A) Realizar exercícios ativos de ombro com carga leve e amplitude completa desde a 1ª semana.
- (B) Iniciar descarga de peso no membro acometido logo no período inicial, priorizando fortalecimento global.
- (C) Priorizar analgesia, controle de edema, exercícios ativos de cotovelo, punho e mão e ativação

periescapular, evitando rotação externa do úmero e carga no membro acometido.

- (D) Retirar a tipoia já na 1ª semana e iniciar movimentos ativos livres de ombro acima de 90° flexão.

(E) Introduzir exercícios resistidos progressivos antes da 6ª semana.

4)

4) O teste FADURI (flexão, abdução e rotação interna de quadril) é um dos testes recomendados para investigar a suspeita de impacto femoroacetabular como estrutura envolvida na dor do quadril. De acordo com a literatura, suas propriedades clinimétricas são: Sensibilidade: 96%; Especificidade: 0,11%; +veLR*: 1,08; -veLR*: 0,36.

A partir dessas informações, assinale a alternativa correta.

Legenda: *veLR: Razão de Verossimilhança

(A) Se o paciente sentir dor durante o teste FADURI, a probabilidade de impacto femoroacetabular aumenta, já que a sensibilidade é alta.

(B) Se o paciente não apresentar dor durante o teste FADURI, a probabilidade de diagnóstico de impacto femoroacetabular diminui de maneira significativa, devido à alta sensibilidade do teste.

(C) Um teste positivo confirma o diagnóstico de impacto femoroacetabular, pois a razão de verossimilhança positiva (+veLR = 1,08) indica forte associação.

(D) O FADURI é considerado um teste confirmatório, pois é específico e raramente é positivo em condições que não envolvem impacto femoroacetabular.

(E) O FADURI deve ser utilizado apenas quando houver forte suspeita clínica, pois, apresenta baixa sensibilidade e elevado risco de falso-negativo.

5)

5) Mulher, 70 anos, professora aposentada, está com 15 dias de artroplastia total de quadril direito não cimentada por consequência de osteoartrite avançada. Refere dor de longa data, com piora nos últimos dois anos, com dificuldade de deambular longas distâncias, porém, não necessitava de dispositivo auxiliar de marcha antes da cirurgia. Refere que já não conseguia subir escadas com o membro inferior direito (mora em um sobrado), desta forma, optou por tratamento cirúrgico.

Na avaliação fisioterapêutica apresentou:

- IMC 32 kg/m²
- Cicatriz em bom aspecto, indicando acesso cirúrgico posterior
- Dor: 5/10 na escala numérica de dor durante a deambulação.

- Força muscular G3 extensores de joelho e flexores de quadril; G2 abdutores de quadril
- HOOS: Dor = 58/100; Função em AVD = 52/100; Qualidade de vida = 44/100.
- Timed Up and Go (TUG): 17 segundos (usou andador).
- 30-Second Chair Stand Test: 0 repetições (não conseguiu realizar sem auxílio dos membros superiores).
- 40 m Fast-Paced Walk Test: 0,7 m/s (usou andador).
- Transferências: dependência parcial para levantar-se de cadeira e cama.

Baseado(a) no caso acima, responda a alternativa correta sobre a interpretação da avaliação da funcionalidade e intervenção fisioterapêutica correspondente:

(A) O desempenho reduzido no 40m Fast-Paced Walk Test reflete limitação em funções corporais (b280 – dor), devendo a conduta priorizar analgesia e exercícios isométricos de quadríceps e abdutores de quadril.

(B) A baixa pontuação no Chair Stand Test corresponde à restrição em participação (d920 – lazer e recreação), sugerindo fortalecimento de quadríceps para retorno precoce às atividades sociais para melhora funcional.

(C) O déficit no 30-Second Chair Stand Test está relacionado à estrutura corporal (s750 – quadril), sendo recomendados exercícios de ganho de amplitude do movimento de flexão do quadril, visto que exercícios em cadeia cinética fechada são contraindicados nesta fase.

(D) O resultado alterado no TUG e no 40 m Walk Test indica limitação em atividade (d450 – andar), associada a risco de quedas, sendo indicada a progressão supervisionada de treino de marcha com dispositivo auxiliar.

(E) A dependência parcial para transferências está relacionada a fator ambiental (e310 – apoio familiar), sendo recomendada a orientação familiar para que as transferências sejam sempre com ajuda de terceiros para evitar a flexão do quadril acima de 90°, abdução e rotação interna, para diminuir o risco de luxação da prótese

(E) Liberar retorno gradual ao futebol recreativo, já que a prática é recreativa e menos exigente do que esportes de alto rendimento.

6)

6) Homem, 32 anos, praticante recreativo de futebol, encontra-se com 12 semanas de reconstrução do LCA com enxerto de tendão flexor. Está motivado para iniciar corrida e retornar futuramente ao futebol recreativo.

Avaliação fisioterapêutica:

- ADM completa, sem dor ou derrame articular;
- Déficit de 25% de torque dos extensores em relação ao lado contralateral (dinamometria isométrica portátil);
- KOOS: Dor = 90/100; Função em AVD = 82/100; Esporte/Rec. = 45/100; Qualidade de vida = 50/100;
- Valgo dinâmico do joelho operado durante o agachamento unipodal;

De acordo com os princípios da fase intermediária de reabilitação após LCA, qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar corrida contínua supervisionada em superfície plana, associada à progressão de exercícios do gesto esportivo (corrida e futebol) com foco em controle neuromuscular (redução do valgo dinâmico) e fortalecimento progressivo de quadríceps e isquiotibiais.

(B) Adiar a corrida até atingir simetria de 90% de força, mantendo apenas exercícios aeróbicos de baixo impacto como bicicleta ergométrica.

(C) Introduzir treino pliométrico bipodal e unipodal, pois o enxerto já está preparado para suportar demandas explosivas nesta fase.

(D) Priorizar exclusivamente exercícios em cadeia cinética fechada, considerando que os exercícios em cadeia aberta não devem ser utilizados na reabilitação após reconstrução do LCA.

7)

7) As normas éticas da prática fisioterapêutica são estabelecidas pelo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013), sendo complementadas pelo código de ética da ABRAFITO. Considerando esses documentos, assinale a alternativa correta.

(A) O fisioterapeuta pode negar atendimento por motivos pessoais, desde que encaminhe o paciente a outro profissional, não configurando conduta antiética.

(B) O fisioterapeuta pode prescrever tratamento fisioterapêutico sem realizar avaliação prévia, desde que possua autorização do paciente.

(C) O sigilo profissional pode ser quebrado sempre que o fisioterapeuta julgar conveniente, desde que o faça de boa-fé e em benefício próprio.

(D) A atualização científica é facultativa ao fisioterapeuta, pois não configura obrigação ética, mas apenas recomendação para quem atua em instituições de ensino.

(E) É vedado ao fisioterapeuta utilizar imagens, declarações ou cartas de agradecimento de pacientes para autopromoção, em consonância com as normas do COFFITO e da ABRAFITO.

8)

8) O exercício profissional do fisioterapeuta é regulamentado pelo Decreto-Lei nº 938/1969, que estabelece a fiscalização da profissão pelo sistema COFFITO/CREFITOs. O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013) orienta que o fisioterapeuta deve zelar pelo prestígio da profissão, buscando atualização contínua e contribuindo para o seu fortalecimento. Nesse contexto, como pode ser entendido o papel de associações científicas como a ABRAFITO?

(A) As associações científicas, como a ABRAFITO, têm a mesma função do COFFITO, incluindo fiscalização profissional e regulamentação do exercício da fisioterapia.

(B) A filiação a associações científicas é obrigatória para todos os fisioterapeutas, constituindo condição legal para o exercício da profissão no Brasil.

(C) O associativismo, embora não seja obrigatório, constitui forma de cumprir princípios éticos de valorização da profissão, promovendo atualização técnico-científica e defesa da especialidade, em complemento ao papel regulamentador e fiscalizador do COFFITO/CREFITOs.

(D) As associações científicas podem ampliar o rol de atividades privativas do fisioterapeuta, desde que aprovadas em assembleia e divulgadas em seus estatutos.

(E) O associativismo é essencialmente recreativo e social, não tendo relevância ética ou profissional para os fisioterapeutas.

9)

9) Paciente, 42 anos, agente comunitária, com dor cervical mecânica, de início insidioso há 6 meses, sem história pregressa de trauma. Ao exame físico apresenta EVA 5; moderada restrição de movimento para extensão e rotação à D e à E, porém para este lado relata um pouco mais de dor. Apresenta força muscular preservada de MMSS e MMII. Teste de Spurling negativo e escore de 20% para o Neck Disability Index (NDI). Registra dificuldade para longas caminhadas durante a função laboral e dificuldade para ajustar o pescoço para dormir. De acordo com o Guia de Boas Práticas: Neck Pain Guideline Revision 2017, qual das condutas apresentadas é recomendada para esta condição?

(A) Manipulação ou mobilização cervical e torácica, associada a exercícios ativos

(B) Repouso absoluto e uso de colar cervical durante a atividade laboral

(C) Uso isolado de modalidades eletrotermofototerápicas

(D) Solicitação imediata de exames de imagem de rotina

(E) Analgesia farmacológica exclusiva

10)

10) Paciente, masculino, 38 anos, analista de TI, com dor lombar súbita há 10 dias após levantar uma caixa relatando intensidade de dor (EVA) 7/10. Não há relato de trauma de alta energia, não apresentou febre, perda de peso, incontinência ou déficits neurológicos. Durante avaliação apresenta-se apreensivo e teme "piorar a dor." Nestas condições, pergunta-se qual orientação você dará para o manejo do quadro algico nas próximas 1–2 semanas, considerando as melhores diretrizes para dor lombar aguda inespecífica sem sinais de red flags?

(A) Uso contínuo de cinta rígida

(B) Prescrever repouso por 3–5 dias

(C) Evitar flexão lombar até dor zerar

(D) Solicitar ressonância magnética lombar de rotina

(E) Orientar manter-se ativo e retomar atividades graduais

11)

11) Paciente 47 anos, feminino, relata dor cervical, intensidade 6/10, persistente há 8 meses, associada a tensão na região de trapézio superior e elevador da escápula bilateral, limitação leve de amplitude de movimento para inclinação cervical e rotação a direita e relata dificuldade para dormir. Durante a anamnese, observa-se que a paciente acredita que "a coluna tem alguma lesão", evita movimentos por medo de piorar a dor e apresenta altos níveis de ansiedade em relação ao prognóstico. O exame físico apresenta força muscular preservada e testes específicos para coluna cervical negativos. Não há registro de parestesia para membros superiores. Segundo as evidências de diretrizes clínicas de alta qualidade para dor musculoesquelética, qual aspecto da avaliação deve ser priorizado?

(A) Avaliar apenas alinhamento postural e ADM cervical

(B) Avaliar medo, evitação, catastrofização e crenças disfuncionais que influenciam cronificação da dor

(C) Valorizar exclusivamente achados radiológicos prévios

(D) Solicitar novos exames laboratoriais para excluir inflamação

(E) Usar apenas percepção subjetiva de dor para acompanhamento

12)

12) Uma adolescente de 12 anos, praticante de voleibol, procurou atendimento fisioterapêutico devido a assimetria de ombros, visualizada pela mãe e pela própria adolescente. Para a avaliação fisioterapêutica trouxe um exame de imagem evidenciando, em incidência anteroposterior, uma deformidade angular com convexidade torácica à direita, e convexidade lombar à esquerda. Ângulo de Cobb de 28° e Sinal de Risser 1. O diagnóstico clínico é de Escoliose Idiopática do Adolescente.

Ao exame físico, utilizando o teste de Adam, teste específico de flexão anterior do tronco, observou-se gibosidade torácica direita e gibosidade lombar à esquerda e com o escoliômetro, observou-se a rotação vertebral maior que 7 graus.

Com base na descrição da deformidade e considerando os fundamentos sobre escoliose

idiopática do adolescente, indique a alternativa correta:

(A) A deformidade na escoliose idiopática do adolescente normalmente tem um padrão de desvio com os processos espinhosos girados em direção ao lado convexo da curva.

(B) As curvas da escoliose idiopática do adolescente não podem ser corrigidas por uma mudança ativa na postura e necessitam de órtese para a correção.

(C) A escoliose idiopática do adolescente afeta quatro vezes mais os meninos do que as meninas, especialmente aqueles passando por um estirão de crescimento rápido.

(D) A magnitude do desvio lateral da curva escoliótica é tipicamente medida sobre uma radiografia avaliando o sinal de Risser.

(E) A rotação da vértebra altera a posição de alinhamento da vértebra, mas também promove uma assimetria da caixa torácica com diminuição de espaço no lado côncavo e aumento de espaços no lado convexo

sessões. Alternar as aplicações entre modo contínuo e modo pulsado reduz o desenvolvimento da tolerância analgésica.

13)

13) A fotobiomodulação com o uso de laser e LED possui diversos mecanismos de ação devido à interação da luz com diferentes tecidos. Porém, o aumento do metabolismo energético via mitocôndrias celulares é o principal mecanismo definido pela literatura e um dos mais importantes. A partir do seu estímulo, alguns efeitos são provocados. Assinale a alternativa que mostra os efeitos diretamente relacionados ao aumento da atividade mitocondrial.

(A) Drenagem do edema e aumento no aporte de oxigênio para o tecido.

(B) Redução da hipóxia secundária à inflamação e liberação de gás hidrogênio no líquido intersticial.

(C) Diminuição na atividade da enzima LDH e drenagem do edema.

(D) Aumento do potencial de membrana mitocondrial e aumento da síntese de trifosfato de adenosina.

(E) Redução das interleucinas inflamatórias e aumento na transcrição de RNAm.

14)

14) A TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), tanto de baixa quanto de alta frequência, pode gerar tolerância analgésica com uso repetitivo e parâmetros mantidos constantes, segundo a literatura. Assinale a alternativa que descreva o que é a tolerância analgésica e o que pode ser feito na prática clínica para minimizá-la.

(A) É a redução da eficácia analgésica mediante a utilização repetida da TENS. Variar a frequência da corrente entre as sessões faz com que o paciente demore mais para desenvolver essa tolerância.

(B) É o aumento da capacidade do paciente de tolerar maiores intensidades de corrente ao longo das sessões. Variar a frequência da corrente entre as sessões faz com que o paciente demore mais para desenvolver essa tolerância.

(C) É a redução da efetividade de tratamento após algumas sessões, reduzindo o efeito analgésico da corrente. Aumentar a duração do pulso a cada sessão reduz a tolerância analgésica.

(D) É o aumento da capacidade do paciente de tolerar maiores intensidades de corrente ao longo das sessões. Aumentar a duração do pulso a cada sessão reduz a tolerância analgésica.

(E) É o aumento da capacidade do paciente de tolerar maiores intensidades de corrente ao longo das

15)

15) A tecarterapia tem sido utilizada com maior frequência nos últimos anos e ganhado destaque devido ao seu efeito térmico e hipertérmico nos tecidos mais profundos. Por ser um recurso relativamente novo, assinale a alternativa que contém descrições relacionadas à tecarterapia.

(A) A tecarterapia provém da transferência elétrica capacitiva, semelhante às ondas curtas. Devido a isso, promove efeitos térmicos como aumento do fluxo sanguíneo e metabólico dos tecidos.

(B) A tecarterapia possui duas formas de transferência elétrica: capacitiva e resistiva. Os efeitos são praticamente os mesmos da radiofrequência: relaxamento muscular, antiespasmódico, analgesia e estímulo metabólico.

(C) A tecarterapia, como os outros recursos térmicos como ondas curtas, não precisam de meios de transmissão da corrente elétrica.

(D) A terapia por tecar é realizada de forma estacionária, pois dessa forma o calor terá maior profundidade nos tecidos.

(E) A tecarterapia é uma combinação de ondas eletromagnéticas e acústicas podendo gerar calor profundo como o ultrassom e ondas curtas. Dessa forma, essa combinação gera um equipamento que pode movimentar (ultrassom) e gerar calor profundo como as ondas curtas.

16)

16) Paciente do sexo feminino, 19 anos, comparece ao consultório relatando dor crônica na região periarticular da ATM há 8 meses. Refere piora da dor durante a mastigação e ao abrir a boca, além de dificuldades frequentes para realizar exercícios físicos devido à fadiga. Ao exame, apresenta limitação discreta da abertura bucal e sensibilidade à palpação da musculatura mastigatória, sem sinais agudos de inflamação. Durante a consulta, a paciente demonstra ansiedade e relata episódios de insônia relacionados à dor. Considerando a avaliação clínica multidimensional recomendada para distúrbios temporomandibulares crônicos, qual das seguintes abordagens para avaliação inicial e monitoramento da dor é mais adequada?

(A) Avaliar apenas amplitude mandibular, sem considerar outros fatores.

(B) Realizar exames de imagem isolados para buscar alterações anatômicas.

(C) Integrar avaliação clínica, questionários de dor e fatores psicossociais.

(D) Medir exclusivamente intensidade da dor, sem avaliar função ou qualidade de vida.

(E) Priorizar exames laboratoriais para diferenciar origem da dor.

17)

17) Paciente J.O.A, 25 anos, corredora amadora, relata dor anterior no joelho após longas corridas. Durante a avaliação biomecânica, o fisioterapeuta observa que ela apresenta dificuldade em alcançar a extensão completa do joelho ao final da fase de apoio da marcha. O profissional explica que o joelho realiza um movimento de rotação intrínseca durante os últimos graus de extensão, importante para a estabilidade articular em pé. Considerando a biomecânica funcional do joelho, qual é o nome desse mecanismo que "trava" o joelho em extensão completa e o torna mais estável, permitindo a economia de energia durante a postura ereta?

(A) Mecanismo de pivô central.

(B) Rolamento puro dos côndilos femorais

(C) Deslizamento condilar tibiofemoral.

(D) Mecanismo de alavanca patelar.

(E) Mecanismo de screw-home (rotação automática).

18)

18) Paciente do sexo masculino, 40 anos, maratonista, relata dor crônica na região medial do tornozelo e na planta do pé esquerdo, especialmente durante e após treinos longos de corrida. Ele observa que, durante a fase de apoio da marcha, seu pé "rola para dentro" excessivamente, um fenômeno comumente descrito como pronação. O fisioterapeuta explica que essa pronação é um movimento tridimensional complexo que ocorre predominantemente na articulação subtalar (talocalcânea), sendo fundamental para a absorção de choque e adaptação do pé às irregularidades do solo. Considerando a cinesiologia do retopé e a observação clínica, qual combinação de movimentos articulares na articulação subtalar caracteriza a pronação do pé durante a marcha?

(A) Inversão, adução e flexão plantar

(B) Eversão, abdução e dorsiflexão.

(C) Inversão, abdução e dorsiflexão.

(D) Eversão, adução e flexão plantar

(E) Flexão plantar, adução e rotação interna tibial.

19)

19) Paciente masculino, 14 anos, arremessador de beisebol, apresenta dor crônica no cotovelo direito há aproximadamente seis meses, com piora progressiva durante os arremessos e após os treinos. Relata também episódios intermitentes de "travamento" ou bloqueio do cotovelo e uma sensação de estalido, além de discreta perda da extensão completa da articulação. O exame físico revela sensibilidade à palpação sobre o capítulo do úmero e dor na extensão terminal. Para uma avaliação mais detalhada, foi solicitada uma ressonância magnética (RM) do cotovelo.

Descrição da RM: "O exame de RM do cotovelo direito demonstra edema no osso subcondral do capítulo do úmero, acompanhado de um defeito osteocondral focal na superfície articular, medindo aproximadamente 5x7 mm, com bordas escleróticas adjacentes. Observa-se também a presença de um pequeno fragmento osteocondral livre na fossa olecraniana. Não há evidências de ruptura do ligamento colateral ulnar ou de tendinopatia significativa nos epicôndilos medial ou lateral."

Com base no quadro clínico e nos achados da ressonância magnética, qual é o diagnóstico mais provável para a condição do cotovelo do paciente?

- (A) Epicondilite lateral crônica com calcificação.
- (B) Ruptura parcial do ligamento colateral ulnar.
- (C) Osteoartrose pós-traumática do cotovelo.
- (D) Osteocondrite Dissecante do capítulo do úmero.
- (E) Bursite olecraniana.

20)

20) Feedback é o ato de levar o interlocutor a compreender sobre seu comportamento na empresa, mostrando como ele foi interpretado ou recebido pelo próximo e seu desempenho. Uma das formas de agir para ofertar feedback é através do feedback construtivo. Assinale a alternativa que melhor descreve o feedback construtivo.

- (A) Aborda algum comportamento ou atitude que deve ser melhorada, ofertando um caminho para melhorar.
- (B) Oferece um elogio a algum comportamento executado com qualidade e eficiência no exercício da função.
- (C) Apresenta ao colaborador a necessidade de repetir algum comportamento de sucesso já realizado.
- (D) Apresenta-se como um comentário negativo, justificando uma atitude inadequada no ambiente de

trabalho.

(E) Aborda o fato ocorrido em si, sem destacar qualquer tipo de julgamento ou comentário sobre seus impactos.

21)

21) Em um processo de venda, o time de marketing de uma empresa precisa seguir determinados passos para compor um comportamento já construído de realização da venda. Esse processo conhecido como funil de vendas e deve seguir os seguintes passos:

- (A) Atrair, Relacionar, Converter, Vender, Analisar.
- (B) Atrair, Relacionar, Converter, Analisar, Vender.
- (C) Relacionar, Atrair, Analisar, Converter, Vender.
- (D) Atrair, Converter, Relacionar, Vender, Analisar.
- (E) Vender, Analisar, Relacionar, Converter, Atrair.

22)

22) Você está analisando uma diretriz clínica atualizada para manejo da dor lombar baseada em Prática Baseada em Evidências (PBE). Ao interpretar este tipo de documento, é fundamental compreender como se dá a tradução da evidência científica para recomendações clínicas, especificamente o que significam os níveis de evidência de I a V. Sobre este tema, assinale a alternativa correta:

- (A) O nível de evidência I indica evidência de alta qualidade, baseada em estudos com rigoroso delineamento metodológico, como ensaios clínicos randomizados (ECRs) e revisões sistemáticas com metanálise.
- (B) O nível de evidência II indica evidência de moderada qualidade, baseada em estudos observacionais ou ensaios quase-experimentais realizados de forma não controlada e com amostra reduzida.
- (C) O nível de evidência I indica evidência de moderada a alta qualidade e pode ser baseado em estudos observacionais do tipo caso-controle e coorte, a depender do tipo de pergunta clínica a ser respondida.

(D) O nível de evidência III e IV indicam evidência de baixa qualidade baseada em séries de casos ou estudos transversais, cujos resultados são aplicáveis a populações maiores de forma similar aos ensaios clínicos randomizados.

(E) O nível de evidência V indica que a evidência é baseada em opinião de especialistas, que deve ser priorizada na tomada de decisão clínica mesmo quando há estudos experimentais sobre o tema disponíveis na literatura.

evidências.

(D) Condutas antiéticas que comprometem a segurança do paciente.

(E) Ações administrativas voltadas apenas à eficiência operacional.

23)

23) Um fisioterapeuta atendeu um paciente com dor musculoesquelética crônica. Após realizar a avaliação fisioterapêutica, o profissional considerou prescrever um recurso sustentado por evidências de baixa qualidade, associado a custos elevados e a potenciais efeitos indesejados. Nessa situação, a conduta descrita corresponde a:

(A) Intervenção de alto valor, já que qualquer recurso adicional amplia as possibilidades de tratamento.

(B) Estratégia centrada no paciente, pois amplia as opções terapêuticas.

(C) Cuidado fundamentado, visto que intervenções inovadoras devem ser priorizadas.

(D) Prática recomendada, uma vez que a redução da dor justifica custos elevados.

(E) Intervenção de baixo valor, por combinar benefício incerto com potenciais prejuízos que superam as vantagens para o paciente.

24)

24) Em um serviço de manejo de condições musculoesqueléticas de alta demanda, fisioterapeutas relataram que a sobrecarga de atendimentos e a necessidade de decisões rápidas frequentemente levam à adoção de condutas tradicionais ou baseadas no costume do serviço. Essa situação gera incerteza sobre a adequação das intervenções escolhidas em relação ao melhor cuidado possível para cada paciente.

Assinale a alternativa que descreve o que esses fatores representam:

(A) Aspectos secundários, pouco relevantes para a qualidade do atendimento.

(B) Estratégias intencionais de atualização profissional e alinhamento entre pares.

(C) Barreiras institucionais e organizacionais que dificultam a implementação da prática baseada em

25)

25) Em um hospital universitário, fisioterapeutas e residentes participaram de um projeto voltado para ampliar o uso da prática baseada em evidências. Foram implementadas ações como capacitação para utilização da literatura científica, acesso facilitado a bases de artigos e reorganização da carga horária, garantindo tempo para atualização e atendimento mais centrado no paciente. Assinale a alternativa que melhor representa o tipo de iniciativa descrita.

- (A) Medidas restritas à atualização teórica, desconectadas da prática clínica.
- (B) Ações institucionais que geram aumento de custos e não resultam em benefícios proporcionais para a incorporação da prática baseada em evidências.
- (C) Condutas baseadas na experiência clínica, desconsiderando a integração com evidência científica.
- (D) Facilitadores que favorecem a incorporação da prática baseada em evidências no cotidiano profissional.
- (E) Estratégias administrativas voltadas à eficiência organizacional, com impacto pouco relevante na decisão clínica.

26)

26) As fraturas de calcâneo representam importante desafio ortopédico, especialmente quando há comprometimento intra-articular. Tais lesões, geralmente decorrentes de traumas de alta energia, podem gerar perda da altura do calcâneo, alargamento do retopé e incongruência articular. Clinicamente, esses pacientes apresentam dor intensa, limitação para deambular, dificuldade em terrenos irregulares e risco elevado de desenvolver complicações tardias, como deformidade residual e osteoartrite pós-traumática. Diante disso, assinale a alternativa que expressa corretamente as consequências clínicas e funcionais mais frequentes das fraturas graves do calcâneo.

- (A) A articulação tibiotársica é a mais afetada, e o tratamento conservador apresenta resultados equivalentes ao cirúrgico.
- (B) A articulação subtalar é a mais acometida, e o tratamento conservador pode resultar em incongruência articular, deformidade do calcâneo, dor e osteoartrite, comprometendo seriamente a função do paciente.

(C) A recuperação funcional é rápida, com retorno à marcha sem auxílio em até 3 meses.

(D) O tratamento conservador garante alinhamento adequado do tornozelo e calcâneo na maioria dos casos.

(E) A abordagem cirúrgica é preferível, não havendo dúvidas quanto à sua eficiência.

27)

27) A artrodese da coluna cervical inferior está associada à limitação de determinados movimentos. Considerando a biomecânica cervical, qual alteração é mais esperada após esse procedimento?

- (A) Redução predominante da inclinação lateral cervical
- (B) Redução predominante da rotação cervical.
- (C) Redução uniforme de todos os movimentos cervicais.
- (D) Redução predominante da flexão e extensão cervical.
- (E) Perda predominante da amplitude de movimento cervical.

28)

28) A crioterapia é uma estratégia amplamente utilizada no tratamento inicial de lesões agudas em tecidos moles. Qual das alternativas descreve corretamente um de seus efeitos principais?

- (A) O gelo aplicado isoladamente é capaz de eliminar totalmente o edema local.
- (B) A crioterapia tem como efeito principal a analgesia, favorecendo a mobilização e a realização precoce de exercícios.
- (C) O uso do gelo é contraindicado no pós-operatório, pois dificulta a contração muscular.
- (D) A aplicação do frio aumenta a inflamação local, atrasando a recuperação funcional.
- (E) A crioterapia não apresenta influência sobre a inibição artrogênica da musculatura.

29)

29) Qual é a principal consideração que os fisioterapeutas devem ter ao utilizar intervenções de terapia manual?

- (A) Os efeitos da terapia manual podem ser avaliados em tempo real durante a prática clínica.
- (B) Os mecanismos de ação da terapia manual limitam-se ao tecido local onde a técnica é aplicada.

(C) A terapia manual envolve múltiplos mecanismos sistêmicos (imunes, cardiovasculares, neuroendócrinos), que interagem entre si e com variáveis contextuais.

(D) Revisões demonstram que os efeitos da terapia manual ocorrem apenas pela função mecânica direta sobre a articulação.

(E) Não há evidência de que fatores contextuais influenciam a resposta clínica da terapia manual.

30)

30) Paciente M.S.J., sexo feminino, 31 anos, apresenta diagnóstico de disfunção temporomandibular (DTM) crônica do tipo mialgia e deslocamento de disco com redução. Apresenta dor moderada à palpação na musculatura mastigatória e déficit de abertura mandibular (30 mm). Não apresenta disfunção cervical e cefaleia associadas à DTM. Com base no que foi apresentado, qual alternativa melhor contempla os sinais e/ou sintomas associados ao caso acima?

(A) Déficit de movimento da região cervical.

(B) Dor à palpação da região cervical.

(C) Parestesia na região de face.

(D) Dor à palpação dos músculos temporais

(E) Déficit de movimento da articulação escapulotorácica.

31)

31) Paciente A.M.S. é cabeleireira em um salão de beleza há 15 anos. Apesar de gostar muito de sua profissão teve que se afastar, pois estava com queixa de dor na região do ombro direito. Após conversar com uma cliente, a mesma a alertou da necessidade de procurar ajuda profissional e indicou sua fisioterapeuta, Dra. Telma, que a avaliou e observou discinesia escapular óbvia à direita com atraso na rotação superior escapular. Com base no quadro clínico apresentado, qual alteração da função muscular é mais provável de causar a alteração do ritmo escapuloumeral citada?

(A) Déficit de força do trapézio médio.

(B) Déficit de flexibilidade de trapézio inferior.

(C) Déficit de força de peitoral maior.

(D) Déficit de flexibilidade de serrátil anterior.

(E) Déficit de força de peitoral menor.

32)

32) Paciente E.J.A., 45 anos, sexo masculino, foi diagnosticado com lombalgia há 1 ano. Durante a avaliação fisioterapêutica, relatou dor ao realizar o movimento de flexão lombar e demonstrou interesse em compreender o que acontece com as estruturas anatômicas envolvidas durante esse movimento. Considerando o caso apresentado, qual alternativa descreve corretamente o comportamento esperado das estruturas anatômicas durante a flexão da região lombar?

(A) Frouxidão do ligamento supraespinal.

(B) Compressão da região posterior do disco intervertebral.

(C) Estiramento do ligamento longitudinal anterior.

(D) Frouxidão da cápsula da articulação apofisária.

(E) Estiramento do ligamento interespinhoso.

33)

33) Sobre a atuação do fisioterapeuta, enquanto participante de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, marque a alternativa incorreta.

(A) É dever fundamental do fisioterapeuta, incentivar o pessoal sob a sua direção, coordenação, supervisão e orientação, na busca de qualificação contínua e permanente, em benefício do cliente/paciente/usuário e do desenvolvimento da profissão, respeitando sua autonomia.

(B) A responsabilidade do fisioterapeuta por erro cometido em sua atuação profissional, não é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma instituição ou de uma equipe, e será apurada na medida de sua culpabilidade.

(C) O fisioterapeuta, ao participar de eventos culturais, científicos e políticos com colega ou outros profissionais, deve ser respeitoso e cordial para com os participantes, evitando qualquer referência que possa ofender a reputação moral, científica e política dos mesmos.

(D) O fisioterapeuta solicitado para cooperar em diagnóstico ou orientar em tratamento considera o cliente/paciente/usuário como permanecendo sob os cuidados do solicitante.

(E) O fisioterapeuta que solicita para cliente/paciente/usuário sob sua assistência os serviços especializados de colega, deve indicar a este, a conduta profissional.

34)

34) A campanha Choosing Wisely visa incentivar os profissionais de saúde e pacientes a discutir exames e tratamentos desnecessários. Considerando as sentenças apresentadas a seguir, em relação à campanha Choosing Wisely para a área de fisioterapia musculoesquelética, assinale a alternativa falsa.

(A) Os gastos com saúde continuam a aumentar, com uma parcela significativa direcionada para práticas de desperdício, particularmente cuidados de baixo valor.

(B) Testes diagnósticos, procedimentos e tratamentos que não oferecem nenhum benefício aos pacientes e, em alguns casos, podem até causar danos são classificados como atendimento de alto valor.

(C) Embora o aumento dos custos de saúde seja uma questão global, a campanha Choosing Wisely enfatiza o valor do atendimento e os riscos potenciais para os pacientes, em vez de se concentrar no custo como o principal fator motivador.

(D) A campanha Choosing Wisely foi lançada pela American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation em 2012 para desafiar a mentalidade "mais é melhor" nas práticas de saúde.

(E) A campanha Choosing Wisely tem como objetivo, reduzir o custo dos cuidados de saúde, incentivando conversas entre profissionais de saúde e pacientes sobre exames e tratamentos comumente utilizados, mas que podem não ser necessários.

35)

35) A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) é responsável pelo controle da qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população, além de identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos no atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar; domiciliar e segurança do paciente. O fisioterapeuta especialista deve ser mais resolutivo promovendo estratégias de intervenção que fortalecem o SUS; logo, nota-se que as fraturas da diáfise da tíbia são um problema frequente decorrente do trauma de trânsito, sendo o Brasil considerado o 5º país do mundo com este indicador epidemiológico considerado um grave problema de saúde pública. Neste contexto, há um predomínio da ocorrência em homens de faixa etária jovem. Independentemente da fratura ser considerada fechada ou exposta, geralmente está associada a lesões da pele e do tecido subcutâneo. Nestas situações, podemos nos

deparar com baixa, média e alta complexidade durante o tratamento médico e da abordagem fisioterapêutica. Sendo assim, está correto afirmar que:

(A) A síndrome compartimental é uma complicação possível nesta região; todavia, não é uma situação alarmante dentro do sistema de saúde, não gerando riscos à vida dos pacientes.

(B) As fraturas estáveis de diáfise da tíbia são tratadas com gesso tipo PTB (patellar tendon bearing), que permite a descarga de peso a partir da sexta semana.

(C) As hastes intramedulares (HIM) são indicadas para a maioria das fraturas médio-diafisárias, sendo que o ponto de entrada da haste pode ser alcançado por meio do afastamento do tendão patelar ou pela sua divulsão. Nestes casos, a descarga de peso no membro acometido costuma ser precoce.

(D) As fraturas instáveis e desviadas do terço proximal e distal costumam verificar a utilização de placas e parafusos, sendo que os fixadores externos são utilizados somente nas fraturas expostas mais graves quando envolvem perda de tecido ósseo. Felizmente, nesta situação com o fixador externo, o fisioterapeuta não costuma se deparar com o bloqueio do tornozelo em equino.

(E) Na fase hospitalar, recomenda-se exercícios passivos de flexoextensão do quadril, do joelho e do tornozelo iniciando no primeiro dia de pós-operatório. Caso necessário, pode ser confeccionado uma tala de posicionamento neutro do tornozelo, a qual deve ser retirada para a realização dos exercícios.

36)

36) A dor inespecífica da coluna vertebral é considerada um grande problema de saúde pública no mundo, sendo um grande motivo da ampliação das filas no nosso sistema de saúde. A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) já identificou que a fisioterapia é uma profissão que pode auxiliar de maneira expressiva no tratamento e na diminuição das filas dentro da nossa estrutura de saúde seguindo as diretrizes de práticas clínicas sobre o tratamento de pacientes com dores cervical e lombar. A partir do exposto, está incorreto afirmar que:

(A) Nas dores inespecíficas da região cervical e lombar, recomenda-se uma combinação de educação, exercícios e terapia manual como o tratamento preferencial baseado em evidências científicas.

(B) As diretrizes clínicas não recomendam terapias como ultrassom, neuroestimulação elétrica transcutânea, tração, correntes interferenciais e ondas curtas para tais tratamentos, mostrando-se ineficazes.

(C) As intervenções educativas recomendadas incluem tranquilizar o paciente de que a dor não é uma condição grave; afirmar que não há uma doença séria e que os sintomas irão melhorar com o tempo, incluindo informações de que os exames de imagem não são recomendados; encorajar o paciente a se manter ativo evitando o repouso, continuando as suas atividades normais; e educar sobre o autocuidado, exercícios e estratégias de enfrentamento.

(D) As intervenções fisioterapêuticas baseadas em exercícios físicos variam amplamente, incluindo exercícios aquáticos ou em solo (terrestre), com diferentes enfoques (reforço muscular, resistência, mobilidade ou capacidade cardiovascular) com base em conceitos e metodologias específicas, tais como Pilates, McKenzie, etc., bem como exercícios gerais; logo, não parece haver superioridade de algum método ou tipo de exercício sobre outro.

(E) A fisioterapia manipulativa ortopédica consiste em um conjunto de abordagens utilizadas a partir de um raciocínio clínico adequado incluindo somente manipulações articulares, bem como abordagens direcionadas aos tecidos moles. Tais procedimentos estão amparados pela International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT).

37) A Resolução COFFITO nº 424/2013 estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e, nela, podemos verificar aspectos importantes que norteiam a nossa conduta humana como profissionais resolutivos dentro do Sistema Único de Saúde. O seu artigo 10 descreve as proibições ao fisioterapeuta dentro do exercício profissional, estando incorreta a seguinte afirmação:

37)

(A) Negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso de indubitável emergência e recomendar, prescrever e executar tratamento ou nele colaborar, quando for desnecessário, proibido por lei ou pela ética profissional, atentatório à moral ou à saúde do cliente/paciente/usuário e praticado sem o consentimento formal do cliente/paciente/usuário ou de seu representante legal ou responsável, quando se tratar de menor ou incapaz.

(B) Praticar qualquer ato que não esteja regulamentado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e autorizar a utilização ou não coibi-la, mesmo a título gratuito, de seu nome ou de sociedade que seja sócio, para atos que impliquem na mercantilização da saúde e da Fisioterapia em detrimento da responsabilidade social e sócio-ambiental.

(C) Divulgar, para fins de autopromoção, declaração, atestado, imagem ou carta de agradecimento emitida por cliente/paciente/usuário ou familiar deste, em razão de serviço profissional prestado.

(D) Deixar de atender a convocação do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional à que pertencer ou do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e usar da profissão para corromper a moral e os costumes, cometer ou favorecer contravenções e crimes, bem como adotar atos que caracterizem assédios moral ou sexual.

(E) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas e religiosas quando no exercício de suas funções profissionais e deixar de comunicar ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, recusa, demissão ou exoneração de cargo, função ou emprego, que foi motivada pela necessidade de preservar os legítimos interesses de sua profissão.

programas e políticas de saúde, tanto no âmbito público quanto privado, deve colaborar com os seus conhecimentos na assistência ao ser humano, devendo envidar todos os esforços para o desenvolvimento de um trabalho harmônico na equipe.

(B) É dever fundamental do fisioterapeuta, incentivar o pessoal sob a sua direção, coordenação, supervisão e orientação, na busca de qualificação continuada e permanente, em benefício do cliente/paciente/usuário e do desenvolvimento da profissão, respeitando sua autonomia.

(C) A responsabilidade do fisioterapeuta por erro cometido em sua atuação profissional, não é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma instituição ou de uma equipe, e será apurada na medida de sua culpabilidade em primeira instância pelo COFFITO.

(D) O fisioterapeuta deve reprovar quem infringir postulado ético ou dispositivo legal e representar ao Conselho Regional e Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, de acordo com o previsto no Código de Processo Ético-disciplinar e, quando for o caso, aos demais órgãos competentes. Cabe também ao fisioterapeuta, quando participar de eventos culturais, científicos e políticos com colega ou outros profissionais, ser respeitoso e cordial para com os participantes, evitando qualquer referência que possa ofender a reputação moral, científica e política dos mesmos.

(E) O fisioterapeuta deve tratar os colegas, membros e não membros da equipe de saúde e outros profissionais, com respeito e urbanidade, sejam verbalmente, por escrito ou por via eletrônica, não prescindindo de igual tratamento de suas prerrogativas.

38)

38) Dentro do campo ético da nossa profissão, existem agravos que permeiam a relação dentro de uma equipe de profissionais. Tanto a ABRAFITO como o COFFITO estabeleceram seus regramentos éticos para tais situações, sendo que o capítulo IV da Resolução do COFFITO prevê 10 artigos abordando sobre esta temática. Frente ao exposto, marque a alternativa incorreta no que se refere à conduta humana no relacionamento com a equipe.

(A) O fisioterapeuta, enquanto participante de equipes multiprofissionais e interdisciplinares constituídas em

39)

39) O processo cicatricial tecidual é dividido em fases sucessivas com duração de dias ou meses, na dependência do tipo de tecido envolvido, mediado por processos químicos locais e das características individuais do paciente. Considerando a fase de remodelação tecidual, qual das alternativas está relacionada à prescrição de uma órtese que visa aplicar uma tensão controlada e leve, por tempo prolongado, de maneira contínua, que possa ser associada aos exercícios terapêuticos sobre os tecidos moles que apresentam retrações capsulares com hipomobilidade e retrações musculotendíneas?

(A) Órtese dinâmica de uso intermitente diurno e/ou noturno.

(B) Órtese estática progressiva ou seriada, após avaliação da resposta à tensão aplicada ao tecido-alvo, de uso intermitente diurno e/ou noturno.

(C) Órteses dinâmicas são indicadas nesta fase de remodelação para alívio da dor

(D) Órtese estática de posicionamento para alívio da dor

(E) Nesta fase, o determinante para a não indicação de uma órtese é a presença de dor ao movimento ativo

40)

40) Os encaixes das próteses endoesqueléticas ou modulares para as amputações transtibiais são componentes protéticos responsáveis pela suspensão da prótese, mas também por receber a descarga de peso durante a marcha. Por isso, devem ser prescritos de maneira individualizada. Assinale a alternativa que contém as informações mais relevantes a serem verificadas nesses encaixes:

(A) Qual material será usado para confecção, de acordo com a escolha do paciente, se rígido ou maleável, para maior conforto para colocação e retirada

(B) Os encaixes tipo KBM (Konstant-Belastung-Mechanik) têm as áreas de alívio realizado sobre a patela

(C) As áreas de alívio a serem determinadas no encaixe do coto de amputação da prótese são estabelecidas a partir das áreas nas extremidades ósseas

(D) O encaixe tipo liner de fixação do coto de amputação transtibial contraindicado para este nível e amputação

(E) As joelheiras e correias são acessórios denominados encaixe de teste.

41)

41) A fratura de rádio distal (FRD) é uma das mais frequentes no adulto e, geralmente, é tratada de forma conservadora com imobilização gessada. Técnicas adjuvantes têm sido estudadas para acelerar a consolidação óssea e reduzir o tempo de afastamento funcional. Entre elas, destaca-se o uso do ultrassom pulsado de baixa intensidade (LIPUS). Qual benefício foi evidenciado em pesquisas clínicas sobre essa intervenção?

(A) O LIPUS apresentou efeito primário apenas sobre tecidos moles, sem influência na consolidação óssea.

(B) O LIPUS reduziu complicações respiratórias associadas ao período de imobilização prolongada.

(C) O LIPUS revelou maior eficácia que a cirurgia de fixação interna na correção de deformidades ósseas.

(D) O LIPUS mostrou-se capaz de substituir totalmente a imobilização gessada no tratamento não cirúrgico das FRD.

(E) O LIPUS promoveu redução do tempo para consolidação da fratura, favorecendo o retorno mais precoce às atividades laborais.

(A) É permitido ao fisioterapeuta exigir vantagens financeiras além do valor estipulado em contrato, desde que exista autorização do cliente/paciente/usuário.

(B) O fisioterapeuta pode prestar assistência gratuita a qualquer pessoa sem restrição, desde que haja autorização escrita do Conselho Regional.

42)

42) O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013) estabelece princípios e responsabilidades fundamentais que norteiam a atuação profissional. Considerando as disposições presentes em capítulos distintos do Código (Capítulo II -- Das Responsabilidades Fundamentais e Capítulo III -- Do Relacionamento com o Cliente/Paciente/Usuário), assinale a alternativa correta:

(A) O fisioterapeuta pode prescrever tratamento sem consulta prévia, desde que disponha de instrumentos técnicos adequados para justificar sua conduta terapêutica.

(B) O fisioterapeuta deve zelar pela integridade do cliente/paciente/usuário, respeitando os princípios da bioética, e tem a responsabilidade de comunicar crimes ou infrações éticas de que tenha conhecimento.

(C) O fisioterapeuta está autorizado a divulgar publicamente dados clínicos identificáveis de pacientes, sem necessidade de autorização, quando a finalidade for de autopromoção profissional.

(D) O fisioterapeuta não tem obrigação legal de manter seus dados atualizados no Conselho Regional, bastando a inscrição uma única vez no início da prática profissional.

(E) O fisioterapeuta pode abandonar o cliente/paciente/usuário durante o tratamento se não houver satisfação com a adesão às suas recomendações.

43)

43) Sobre os honorários na prática fisioterapêutica, conforme o Capítulo VIII do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, assinale a alternativa correta.

(C) A divulgação do valor dos honorários mediante anúncios públicos é incentivada para ampliar a captação de clientes e pacientes.

(D) O valor dos honorários deve considerar como referência o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos, respeitando a dignidade da profissão.

(E) O fisioterapeuta pode receber e oferecer comissões por encaminhamento de clientes, desde que isso não comprometa a qualidade do serviço prestado.

44)

44) Paciente de 30 anos, trabalhador administrativo, procura atendimento com dor lombar há 3 semanas, iniciada após longos períodos permanecendo sentado no trabalho. Refere dor contínua, sem irradiação para os membros inferiores, sem alterações de sensibilidade ou força. Nega trauma, febre, perda de peso, história de câncer ou outros sinais de alarme. No exame clínico, apresenta mobilidade preservada, sem déficits neurológicos ou alterações relevantes nos testes específicos. Apesar da ausência de sinais de gravidade, o paciente demonstra preocupação intensa e insiste em realizar exames de imagem para “confirmar a causa da dor”. Segundo as recomendações de boas práticas, qual deve ser a conduta inicial do fisioterapeuta?

(A) Explicar ao paciente que exames de imagem nem sempre são necessários, exceto quando há suspeita de doença grave.

(B) Solicitar ressonância magnética de rotina, pois auxilia no diagnóstico precoce

(C) Indicar tomografia computadorizada para descartar hérnia discal, independentemente dos achados clínicos.

(D) Prescrever opioides como primeira escolha até a realização do exame de imagem.

(E) Encaminhar imediatamente para avaliação cirúrgica.

45)

45) Mulher de 47 anos, bancária, apresenta dor lombar crônica há 8 meses. Foi submetida a diferentes abordagens em outros serviços, incluindo uso de palmilhas, colete lombar e sessões regulares de eletroterapia isolada, sem melhora significativa. Nega sinais de alerta (trauma, perda de peso, febre, história de câncer). No exame físico, apresenta dor moderada

à flexão lombar e discreta limitação de mobilidade, sem déficits neurológicos. Questiona o fisioterapeuta se deve manter o uso do colete lombar e das palmilhas, pois acredita que “sem esses apoios a coluna vai piorar”. Segundo as recomendações do Choosing Wisely em fisioterapia, qual deve ser a conduta mais adequada?

(A) Manter uso contínuo do colete lombar e palmilhas, já que proporcionam suporte mecânico.

(B) Suspender programa de exercícios até resolução espontânea da dor e reforçar repouso absoluto.

(C) Explicar que coletes e palmilhas não são indicados e priorizar exercícios e autogerenciamento.

(D) Indicar infiltração articular imediata como próxima conduta.

(E) Reforçar apenas sessões de eletroterapia isolada para analgesia.

46)

46) A campanha internacional Choosing Wisely, lançada em 2012 pela Fundação Americana de Medicina Interna, busca reduzir práticas de baixo valor em saúde. Diferentemente de iniciativas centradas apenas em corte de custos, a campanha destaca que seu propósito é promover qualidade, segurança e tomada de decisão compartilhada, incentivando diálogos entre profissionais de saúde e pacientes sobre exames, procedimentos e tratamentos que podem não ser necessários. Considerando esses princípios, assinale a alternativa correta.

(A) O Choosing Wisely tem como objetivo central reduzir custos em saúde, independentemente do impacto clínico.

(B) A campanha recomenda substituir obrigatoriamente terapias manuais por intervenções farmacológicas de menor custo.

(C) A campanha defende que intervenções de baixo valor pode ser mantidas se houver insistência do paciente.

(D) O Choosing Wisely estabelece que apenas médicos podem elaborar recomendações, excluindo outras profissões, como a fisioterapia.

(E) A campanha enfatiza segurança, qualidade e tomada de decisão compartilhada, promovendo diálogo sobre intervenções desnecessárias.

47)

47) A campanha Choosing Wisely, lançada em 2012 pela Fundação Americana de Medicina Interna e adotada por diferentes associações profissionais de saúde em mais de 30 países, busca reduzir práticas de baixo valor e incentivar uma tomada de decisão mais consciente. No Brasil, a Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica e Esportiva (ABRAFITO) é uma das entidades que aderiram à campanha, elaborando recomendações específicas para a prática fisioterapêutica. Considerando os princípios fundamentais do Choosing Wisely, assinale a alternativa correta.

(A) O Choosing Wisely tem como objetivo principal a redução de custos em saúde, independentemente do impacto sobre a qualidade assistencial.

(B) O Choosing Wisely restringe a elaboração de recomendações apenas a sociedades médicas, não contemplando outras profissões da saúde.

(C) O Choosing Wisely defende que práticas de baixo valor podem ser mantidas se houver forte demanda por parte dos pacientes.

(D) O Choosing Wisely prioriza segurança, qualidade e tomada de decisão compartilhada entre profissional e paciente, desencorajando intervenções desnecessárias.

(E) O Choosing Wisely recomenda substituir condutas baseadas em evidências por intervenções de menor custo, ainda que não apresentem comprovação de eficácia.

48)

48) Durante a reabilitação musculoesquelética, o fisioterapeuta deve considerar a manipulação das variáveis do exercício resistido (carga, séries, repetições e intervalos) para ajustar o volume e a intensidade do treino. Qual das alternativas representa corretamente a relação entre essas variáveis na prática clínica?

(A) O volume total é determinado pela soma de séries e repetições, sendo independente da carga utilizada.

(B) A intensidade do exercício resistido está relacionada diretamente ao percentual da carga máxima (1RM), influenciando o número de repetições possíveis em cada série.

(C) O aumento do volume pode ser realizado exclusivamente pela elevação da carga, sem necessidade de ajustar séries ou repetições.

(D) Intervalos curtos entre séries (15–30s) são recomendados universalmente, pois favorecem adaptações neuromusculares em qualquer condição clínica.

(E) A manipulação de séries e repetições não altera a sobrecarga total, desde que a carga seja mantida constante.

49)

49) A fascite plantar está entre as principais causas de dor no calcanhar, e pode ser tratada por meio do uso de diferentes estratégias terapêuticas, incluindo tratamentos invasivos e não invasivos. Assinale a alternativa que contenha as abordagens terapêuticas mais eficazes para melhora da dor e/ou função a longo prazo no tratamento da fascite plantar.

(A) Massagem profunda e alongamento da fáscia plantar, ultrassom, taping, corticosteróides, e terapia de choque extracorpórea

(B) Mobilização articular do tornozelo e pé, liberação de tecidos moles, alongamento da fáscia plantar e do tríceps sural, acupuntura e agulhamento seco

(C) Mobilização articular do tornozelo e pé, massagem profunda na fáscia plantar, fortalecimento da musculatura intrínseca do pé, ultrassom e taping.

(D) Alongamento da fáscia plantar e do tríceps sural, crioterapia, terapia de choque extracorpórea, taping e órteses

(E) Órteses, agulhamento seco; ultrassom, fortalecimento dos músculos do quadril, acupuntura.

50)

50) Paciente do sexo feminino, 45 anos, trabalha como secretária executiva, com rotina que envolve digitação intensiva e uso prolongado do computador. Refere queixas progressivas de dor no punho, formigamento e dormência na mão e dedos, principalmente à noite, despertando-a do sono. Relata também dificuldade para realizar tarefas manuais finas, como segurar objetos pequenos e digitar. Na avaliação fisioterapêutica, os achados mais importantes foram: a) presença de leve atrofia na região tenar; b) redução da força de preensão palmar; c) perda de sensibilidade nos dedos polegar, indicador, médio avaliada por limiar sensitivo utilizando monofilamentos de Semmes-Weinstein; d) limitação de atividades; e) Teste de Phalen e sinal de Tinel positivos.

Considerando o quadro acima, qual dos questionários autorelatados é específico para ser utilizado com a paciente?

- (A) Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ)
- (B) Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH)
- (C) Michigan Hand Questionnaire (MHQ)
- (D) Patient Specific Functional Scale (PSFS)
- (E) Patient Rated Wrist and Hand Evaluation (PRWE)