

CARGO: FISIOTERAPEUTA

PERÍODO TARDE

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2025 PREFEITURA MUNICIPAL DE CENTENÁRIO DO SUL/PR

Atenção: Confira seu cargo e leia todas as instruções constantes no seu Caderno de Questões e Folha de Respostas.

1. Seu caderno deve conter 40 (quarenta) questões, com 04 (quatro) alternativas, assim dispostas:

Disciplina	Composição
Língua Portuguesa	01 a 05
Matemática	06 a 10
Informática Básica	11 a 15
Conhecimentos Gerais	16 a 20
Conhecimentos Específicos	21 a 40

2. A Prova terá duração de 3h (três horas), incluindo preenchimento da Folha de Respostas.
3. Após sua identificação, você deverá permanecer dentro da sala, sendo permitida a saída somente acompanhado de um fiscal e após 30min (trinta minutos) do início da prova.
4. Para uso do sanitário e/ou beber água, você deverá solicitar ao Fiscal de Sala e somente levantar após autorização.
5. O candidato só poderá sair da sala em definitivo após 1h (uma hora) do início da prova.
6. Ao deixar a sala definitivamente, não poderá utilizar o sanitário dos candidatos que ainda estão realizando prova, e só poderá levar o Caderno de Questões restando 1h (uma hora) para o final da prova.
7. Enquanto estiver realizando a Prova é proibido utilizar materiais de consulta, livros, apostilas, calculadoras, régua, quaisquer equipamentos eletrônicos, chapéus, bonés, e/ou similares, conforme constante no edital de abertura. Caso o fiscal constate alguma irregularidade irá anotar em Ata da Sala, para devidas providências da Comissão Organizadora.
8. Sobre sua carteira deverá permanecer somente documento oficial original com foto, caneta de tinta azul ou preta de corpo transparente, Caderno de Questões e Folha de Respostas.
9. Você poderá utilizar seu Caderno de Questões para rascunho.
10. Você receberá do Fiscal de Sala a Folha de Respostas definitiva. Confira seus dados e em caso de erro, chame o fiscal. Após conferir, **assine no campo destinado à assinatura do candidato**. Em hipótese alguma ela será substituída caso o candidato dobre, amasse, rasgue ou molhe. Cuidado, pois esse será o único documento válido para correção.
11. Caso algum equipamento eletrônico emita som, mesmo que desligado e lacrado no plástico de pertences, o candidato portador do equipamento será automaticamente eliminado do concurso.
12. Transcreva suas respostas para Folha de Respostas com caneta de tinta azul ou preta de corpo transparente. **Atenção:** verifique na Folha de Respostas a forma correta de preenchimento.
13. Questões com mais de uma alternativa assinalada, rasurada, em branco ou preenchidas de forma diferente das instruções serão anuladas.
14. Após terminar sua Prova avise o Fiscal, pois ele autorizará a entrega da sua Folha de Respostas e Caderno de Questões, se for o caso.
15. Caso algum candidato seja flagrado na tentativa de fraude, esse será automaticamente eliminado do Concurso, ainda sujeito a processo civil ou criminal.
16. Qualquer questionamento ou dúvidas devem ser feitos em voz alta ao fiscal.
17. Os 03 (três) últimos candidatos deverão sair juntos da sala, após a conferência e lacre do material da sala.
18. Guarde a autorização do Fiscal para iniciar sua Prova.



-----DESTAQUE AQUI-----

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Língua Portuguesa

Leia o texto para responder as questões.

Algumas pessoas são naturalmente ruins em matemática?

Um fazendeiro tem três tipos de animais em sua fazenda. Seus animais são todos ovelhas, exceto três. Todos cabras, exceto quatro. E todos cavalos, exceto cinco. Quantos animais de cada tipo o fazendeiro tem? Se esse enigma te deixou confuso, você não está sozinho. A resposta é um cavalo, duas cabras e três ovelhas. Mas por que a matemática parece vir com tanta facilidade para algumas pessoas, enquanto outras parecem ter dificuldade?

Embora a genética possa desempenhar um papel, ela é apenas uma peça de um quebra-cabeça muito maior, que envolve uma combinação complexa de biologia, psicologia e ambiente.

Estudos com irmãos gêmeos

A professora Yulia Kovas, do Goldsmiths, uma Universidade de Londres, no Reino Unido, é geneticista e psicóloga e estuda porque as pessoas têm diferentes habilidades matemáticas. Ela trabalhou em um estudo de grande escala com gêmeos, acompanhando cerca de 10 mil pares de gêmeos idênticos e não idênticos desde o nascimento, para investigar como fatores genéticos e ambientais moldam as capacidades de aprendizagem. “Gêmeos idênticos são mais semelhantes do que gêmeos não idênticos em todas as características psicológicas que estudamos. Portanto, eles são mais parecidos em habilidade matemática, e isso sugere que os ambientes domésticos não explicam toda a variabilidade. Parece que os genes, sim, contribuem”, explica.

Segundo a professora Kovas, no Ensino Médio e na vida adulta, o componente genético da aprendizagem e da habilidade matemática parece ficar em torno de 50% a 60%. “Isso reforça a ideia de que genes e ambientes são ambos importantes”, afirma. O ambiente a que somos expostos também é um fator importante a ser considerado. E isso não se limita apenas à qualidade da escola ou à quantidade de ajuda que recebemos com a lição de casa. Pode ser algo “aleatório”, como algo ouvido no rádio que mudou o rumo dos nossos interesses, sugere a professora Kovas. Mas ela observa que predisposições genéticas podem levar uma pessoa a se expor mais a determinados estímulos.

Embora nem todos se tornem matemáticos especialistas, a boa notícia é que todos podem melhorar sua capacidade, segundo a doutora Iro Xenidou-Dervou, que pesquisa cognição matemática na Universidade de Loughborough, no Reino Unido. Há evidências de que, para desenvolver nossa numeracia e nossas habilidades matemáticas, nossos pensamentos, crenças, atitudes e emoções desempenham um papel importante, explica ela. A doutora Xenidou-Dervou afirma que a “ansiedade em relação à matemática” pode influenciar o desempenho, e que é importante que as pessoas que querem melhorar acreditem que são capazes.

'Ansiedade matemática'

Experiências negativas, como ouvir que você é ruim em matemática ou tirar uma nota mais baixa em uma prova em comparação com os colegas, podem levar a um “ciclo vicioso” de pensamentos ansiosos, afirma ela. “A ansiedade em relação à matemática leva à evitação da matemática, o que por sua vez leva a um desempenho ruim, o que então aumenta ainda mais a ansiedade matemática.” E isso sobrecarrega a nossa memória de trabalho, onde o pensamento acontece. “O que ocorre com a ansiedade é que esses pensamentos negativos e ansiosos ocupam muito desse espaço precioso na nossa memória de

trabalho, e sobra muito pouco para que você realmente use para resolver o problema em questão”, explica Xenidou-Dervou.

Ela cita um estudo da Universidade de Loughborough com crianças de nove e dez anos que investigou a relação entre memória de trabalho e ansiedade em matemática. As crianças receberam uma tarefa de cálculo mental com números de dois dígitos, mas também passaram por uma condição em que ouviam palavras antes da tarefa, que precisavam reter e depois recordar verbalmente. O desempenho das crianças que apresentavam “alta ansiedade em matemática” foi particularmente afetado, observa ela.

[...]

Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cly0p23d3yvo>

- No trecho “Gêmeos idênticos são mais semelhantes do que gêmeos não idênticos em todas as características psicológicas que estudamos. Portanto, eles são mais parecidos em habilidade matemática...”, a palavra em destaque estabelece entre as orações uma relação de**
 - oposição às características psicológicas mencionadas.
 - adição de novos fatores genéticos ao estudo.
 - conclusão, indicando que a semelhança na matemática é uma decorrência da similaridade genética geral.
 - condição para que os gêmeos sejam considerados idênticos.
- No primeiro parágrafo da seção “Estudos com irmãos gêmeos”, na oração “A professora Yulia Kovas [...] estuda porque as pessoas têm diferentes habilidades matemáticas”, o sujeito da forma verbal “estuda” é classificado como**
 - Sujeito Oculto.
 - Sujeito Simples.
 - Sujeito Composto.
 - Sujeito Inexistente.
- No fragmento “...a 'ansiedade em relação à matemática' pode influenciar o desempenho...”, o uso do acento indicativo de crase justifica-se porque**
 - o substantivo “relação” exige a preposição “a” e o substantivo feminino “matemática” admite o artigo definido feminino “a”.
 - trata-se de uma expressão adverbial de modo formada por palavra feminina.
 - o verbo “influenciar” é transitivo indireto e exige a preposição “a”.
 - é um caso de crase facultativa antes de nomes de áreas do conhecimento.
- Sobre a acentuação de “genética” e “matemática”, assinale a alternativa correta.**
 - Ambas são acentuadas por serem paroxítonas terminadas em ditongo.
 - Apenas “genética” é acentuada, pois em “matemática” o acento é opcional.
 - O acento em “genética” justifica-se pela presença de um hiato tônico.
 - Ambas seguem a regra das proparoxítonas, que determina que todas devem ser acentuadas.

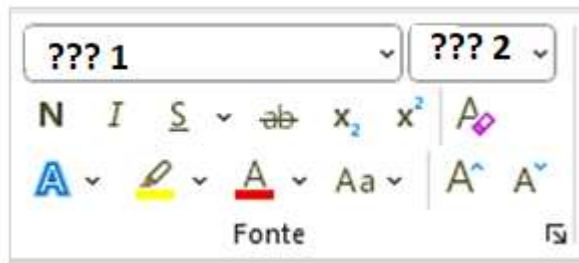
5. No trecho “A professora Yulia Kovas, do Goldsmiths, uma Universidade de Londres, no Reino Unido, é geneticista...”, as vírgulas que isolam o trecho em destaque servem para
- separar o sujeito do seu predicado verbal.
 - isolar um aposto explicativo que detalha a filiação institucional e a localização da pesquisadora.
 - indicar a supressão de um verbo na oração principal (elipse).
 - separar orações coordenadas que não possuem conjunção.

Matemática

6. Uma escola recebeu R\$ 960,00 para a realização de um projeto educacional. Esse valor foi utilizado da seguinte forma:
- $\frac{1}{4}$ do valor total foi gasto com materiais;
 - Do valor restante, $\frac{1}{3}$ foi utilizado para pagamento de serviços;
 - O dinheiro que sobrou foi dividido igualmente entre 8 turmas.
- Quanto cada turma recebeu?
- R\$ 40,00
 - R\$ 45,00
 - R\$ 50,00
 - R\$ 60,00
7. O preço de um produto sofreu dois reajustes consecutivos: primeiro, um aumento de 20% e, em seguida, um desconto de 25% sobre o novo preço. Após esses reajustes, o produto passou a custar R\$ 180,00. Qual era o preço inicial do produto?
- R\$ 180,00
 - R\$ 187,50
 - R\$ 200,00
 - R\$ 240,00
8. Uma gráfica produz 900 panfletos em 6 horas, usando 3 máquinas. Quantos panfletos serão produzidos em 8 horas, utilizando 4 máquinas, no mesmo ritmo?
- 1.200
 - 1.400
 - 1.600
 - 1.800
9. Considere o polinômio $P(x) = 2x^3 - 5x^2 + kx + 6$. Sabendo que $x = 1$ é uma raiz desse polinômio, determine o valor de k .
- 3
 - 1
 - 1
 - 3
10. Dois ângulos adjacentes e suplementares são representados pelas medidas $(3x + 10)^\circ$ e $(2x - 20)^\circ$. Qual é a medida do maior ângulo?
- 56°
 - 90°
 - 124°
 - 130°

Informática Básica

11. Considere o seguinte cenário: Lara está formatando um documento no Microsoft Word 365 (versão português) e precisa configurar o texto para a fonte “Arial” no tamanho “12”. Ao acessar o grupo Fonte na guia Página Inicial, ela observa as seguintes funcionalidades:



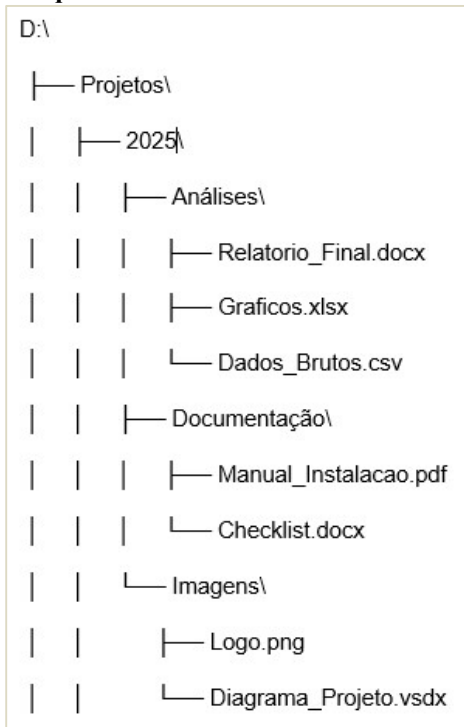
- Grupo Fonte – Microsoft Word 365 (versão português). Considerando as informações apresentadas na figura, assinale a alternativa que preenche corretamente os campos “??? 1” e “??? 2”, respectivamente.
- 12 / Calibri
 - Arial / 12
 - 12 / Arial
 - Arial Narrow / 11

12. Considere a planilha de dados produzida no Microsoft Excel 365 (versão português) a seguir:

	A	B	C	D	E	F	G
	ID de estoque	Nome	Descrição	Preço unitário	Quantidade em estoque	Valor de estoque	
1							
2	IN0001	Item 1	Descr 1	R\$ 51,00	25		
3	IN0002	Item 2	Descr 2	R\$ 93,00	132		
4	IN0003	Item 3	Descr 3	R\$ 57,00	151		
5	IN0004	Item 4	Descr 4	R\$ 19,00	186		
6	IN0005	Item 5	Descr 5	R\$ 75,00	62		
7							
8							

- Fonte: Microsoft Excel 365 (versão português). A partir dessas informações e considerando que a célula F2 está selecionada, assinale a alternativa que apresenta corretamente a fórmula que deve ser utilizada para calcular o valor de estoque do Item 1.
- =SOMA(D2;E2)
 - =D2/E2
 - =D2*E2
 - =MULT(D2;E2)

13. Considere a seguinte hierarquia de pastas criada por Lucas para organizar documentos de trabalho. A hierarquia foi construída no Windows 10:



Fonte: Hierarquia de Pastas - Windows 10.

- Considerando as informações apresentadas e os recursos de gerenciamento do Windows 10, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta.
- () Se o usuário mover a pasta “Documentação” para fora da pasta “2025”, todos os arquivos internos (Manual_Instalacao.pdf e Checklist.docx) serão movidos junto com ela.
- () Ao excluir permanentemente a pasta “Imagens”, os arquivos “Logo.png” e “Diagrama_Projeto.vsdx” também serão removidos definitivamente, caso não haja backup prévio.
- () Para copiar o arquivo “Relatorio_Final.docx” para outra pasta do sistema, o usuário pode usar Ctrl + C e Ctrl + V ou arrastar o arquivo mantendo a tecla Ctrl pressionada. (O sinal de + representa que as teclas devem ser pressionadas simultaneamente).
- () Caso o usuário renomeie a pasta “Análises” para “Análises_2025”, o Explorador de Arquivos passará a exibir o novo caminho baseado no novo nome da pasta.
- a) V – V – V – V.
b) V – V – F – F.
c) V – V – F – V.
d) F – V – F – V.

14. Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas.

Malwares são programas maliciosos capazes de comprometer sistemas de diversas formas. O _____ atua criptografando arquivos e exigindo pagamento para liberá-los, enquanto o _____ monitora discretamente atividades do usuário, capturando dados sensíveis. Ambos representam ameaças avançadas que demandam _____ e práticas eficazes de _____ para minimizar riscos.

- a) ransomware / spyware / resposta a incidentes / segurança preventiva
b) spyware / ransomware / engenharia reversa / proteção
c) trojan / worm / autenticação dupla / assinatura digital
d) adware / rootkit / criptografia assimétrica / restauração automática

15. No Microsoft Outlook, ao redigir um e-mail, o usuário pode utilizar diferentes campos para adicionar destinatários conforme o objetivo da comunicação. Entre eles estão Cc e Cco, que possuem funções distintas. Pautando-se nessas informações, relacione corretamente os tipos de destinatários às suas respectivas características e assinale a alternativa com a sequência correta. Os números 1 e 2 podem ser usados mais de uma vez.

1. Cc
2. Cco
- () Os destinatários adicionados nesse campo recebem a mensagem, porém seus endereços ficam ocultos dos demais.
- () É utilizado quando se deseja copiar alguém abertamente, permitindo que todos visualizem quem mais recebeu a mensagem.
- () Indicado quando se pretende manter a privacidade dos destinatários adicionais, evitando exposição dos e-mails.
- () Os endereços inseridos nesse campo podem ser visualizados por todos os demais destinatários da mensagem.
- a) 1 – 1 – 2 – 2.
b) 2 – 1 – 1 – 2.
c) 1 – 2 – 2 – 1.
d) 2 – 1 – 2 – 1.

Conhecimentos Gerais

16. De acordo com a Lei Orgânica de Centenário do Sul/PR, analise as assertivas e assinale a alternativa correta. Compete ao Município, privativamente:
- I. legislar sobre assuntos de interesse global.
II. suplementar a legislação Federal e Estadual, no que couber.
III. elaborar o Plano Diretor e normas urbanísticas dele decorrentes.
IV. criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual.
V. manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação superior, especial e profissionalizante.
VI. elaborar o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.
- a) Apenas I, II, III e VI estão corretas.
b) Apenas IV, V e VI estão corretas.
c) Apenas II, III, IV e VI estão corretas.
d) Apenas II, III e IV estão corretas.

Conhecimentos Específicos

17. De acordo com o artigo 29 da Lei Orgânica de Centenário do Sul/PR, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta. O processo legislativo compreende a elaboração de:
- () emendas à Lei Orgânica do Município.
 - () leis complementares.
 - () leis ordinárias.
 - () sentenças monocráticas.
 - () resoluções.
 - () ação direta de inconstitucionalidade (ADI).
- a) F – V – V – F – V – V.
b) V – V – V – F – V – F.
c) V – V – V – F – F – F.
d) V – F – V – V – V – F.
18. Em novembro de 2025, a Polícia Federal deflagrou a Operação Compliance Zero, que visou combater fraudes financeiras envolvendo instituições do Sistema Financeiro Nacional. No âmbito dessa operação, a Justiça Federal negou habeas corpus e manteve a prisão do presidente do Banco Master, acusado de participar de um esquema de emissão de títulos de crédito falsos estimado em bilhões de reais. Quem era o presidente do Banco Master que foi preso pela Polícia Federal no âmbito da operação em 2025?
- a) Daniel Vorcaro.
b) Alexandre de Moraes.
c) Gabriel Galípolo.
d) André Seixas Maia.
19. Em 2025, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Alexandre de Moraes, e sua esposa, Viviane Barci de Moraes, foram incluídos na lista de sanções da Lei Magnitsky, mecanismo norte-americano que pune indivíduos acusados de corrupção ou violações de direitos humanos. No entanto, o governo dos Estados Unidos anunciou a retirada dos nomes do casal dessa lista, decisão que surpreendeu parte da opinião pública brasileira e internacional. Em qual mês de 2025, os Estados Unidos anunciaram oficialmente a retirada das sanções contra Alexandre de Moraes e sua esposa?
- a) Julho.
b) Setembro.
c) Novembro.
d) Dezembro.
20. Em dezembro de 2025, a Copa do Brasil chegou à sua grande final, reunindo dois clubes tradicionais do futebol brasileiro. O primeiro jogo foi realizado em São Paulo, e o segundo jogo, que decidiu o título, ocorreu no Rio de Janeiro. Quais foram os times que disputaram a final da Copa do Brasil em 2025 e em qual estádio foi realizado o último jogo da decisão?
- a) Corinthians e Fluminense, no Mineirão.
b) Vasco e Cruzeiro, no Engenhão.
c) Corinthians e Vasco, no Maracanã.
d) Palmeiras e Vasco, em São Januário.
21. A marcha necessita da perfeita integração dos sistemas central, vestibular e musculoesquelético, permitindo o deslocamento livre de um lugar a outro. A análise da marcha é de suma importância e tem como auxiliares na avaliação diversos equipamentos. Além disso, é necessário que o fisioterapeuta realize a análise da marcha do seu paciente, para a observação de alterações musculoesqueléticas, para a observação de alterações em algumas patologias, assim como para prescrição de tratamento, prescrição de prótese e auxiliares da marcha. Existem diversas situações em que a marcha deve ser analisada, como em situações de lesões nos membros inferiores ou alguma patologia que afeta a marcha. Considera-se que na marcha normal, existe uma simetria natural entre os lados esquerdo e direito, mas na marcha patológica, muitas vezes existe um padrão assimétrico. Diante do exposto a respeito das marchas patológicas, assinale a alternativa que apresenta a descrição correta de marcha claudicante ou antálgica.
- a) Marcha em bloco devido à rigidez muscular característica, ocasionando também uma dificuldade em iniciar os movimentos (ficam parados em um lugar movimentando apenas o tronco, até que conseguem dar um passo). Neste tipo de marcha, os pacientes apresentam passos curtos, com a cabeça e o tórax inclinados para a frente. Não apresentam balanços dos braços e têm dificuldade de iniciar movimento e mudar de direção.
- b) Marcha característica de pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), que realizam um semicírculo com o membro espástico (sem apresentar os movimentos de flexão de membros inferiores). O membro superior permanece flexionado, pronado e em adução.
- c) Esta marcha é muito comum em pacientes com paralisia cerebral que, devido à hipertonia dos membros inferiores, faz com que eles se cruzem a cada passo, além de arrastar os pés.
- d) Consiste em uma marcha autoprotetora, ou seja, reduzindo o período de apoio no membro afetado e deixando diminuindo o período de balanço do membro não comprometido, resultando em velocidade reduzida e menor comprimento de passo. Essa marcha pode estar relacionada a uma debilidade de membros inferiores ou a lesão mais grave.

22. O disrafismo espinhal é um termo amplo que se refere a um grupo de defeitos congênitos da coluna vertebral causados pela falha no fechamento do tubo neural durante as primeiras semanas de desenvolvimento embrionário. Estes defeitos variam em gravidade e apresentação clínica, além disso, estas anomalias não apenas impactam a medula espinhal, mas também influenciam significativamente a estrutura e a função da coluna vertebral, muitas vezes levando a deformidades complexas como escoliose e cifose. A relação entre o disrafismo espinhal e as deformidades da coluna é complexa e multifacetada. E, a presença de uma anomalia neurológica intrínseca pode afetar o crescimento e a estabilidade da coluna, resultando em deformidades que requerem intervenção precoce para prevenir a progressão e complicações associadas. A respeito do disrafismo espinhal e das deformidades da coluna vertebral, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta.

() O disrafismo espinhal apresenta ampla variabilidade clínica e neurológica, tornando-se um desafio diagnóstico e terapêutico. A apresentação clínica pode variar de formas leves, onde os pacientes são assintomáticos ou apresentam apenas pequenas alterações cutâneas na região lombar, até formas graves, onde há comprometimento significativo da função neurológica e cognitiva. Crianças com formas graves de disrafismo espinhal podem estar acamadas, apresentando severas limitações motoras e cognitivas.

() Os déficits neurológicos no disrafismo espinhal podem ser sutis ou graves: os casos simples podem incluir apenas sintomas esfínterianos, como incontinência urinária ou fecal, sem déficits motores evidentes e, esses pacientes são deambulantes; os casos intermediários podem apresentar fraqueza muscular e perda de sensibilidade em diferentes graus, variando de leve fraqueza até paraparesia flácida já com alterações ortopédicas como o pé torto, são pacientes geralmente deambulantes, eventualmente com uso de órteses já que a fraqueza é pior nos segmentos distais; e, os casos graves incluem paraplegia flácida completa, onde há perda total de função motora abaixo do nível da lesão, além de possíveis comprometimentos cognitivos severos causados pelas comorbidades do disrafismo, esses pacientes geralmente são não deambulantes e se locomovem em cadeira de rodas ou eventualmente são acamados.

() As deformidades da coluna associadas ao disrafismo espinhal podem surgir tanto intraútero quanto após o nascimento da criança: a cifoescoliose, descrita como a curvatura lateral da coluna, pode ser leve e compensada pelo corpo, ou severa, causando deformidades estruturais significativas; a escoliose, descrita como curvatura exagerada da coluna no plano sagital que pode ser longa, quando inclui vários segmentos da coluna ou de raio curto, quando acompanhadas de malformação óssea vertebral; e, a cifose, descrita como a combinação de escoliose e cifose, resultando em uma deformidade complexa e multifacetada.

() As deformidades da coluna associadas ao disrafismo espinhal estão incluídas dentro do grande grupo das escolioses neuromusculares. Essas escolioses estão inseridas no contexto das escolioses de início tardio,

que é uma condição caracterizada pela presença de uma deformidade da coluna detectada em crianças grandes. A escoliose de início precoce é subdividida em diferentes tipos com base na etiologia e características da deformidade: escoliose neuromuscular, curvatura da coluna sem causa conhecida, diagnosticada antes dos 10 anos; escoliose idiopática de início precoce, resultante de malformações vertebrais por defeitos de formação ou segmentação da coluna durante a fase embrionária e estão presentes desde antes do nascimento; e, escoliose congênita: associada a condições neurológicas ou musculares.

() As escolioses neuromusculares podem ser classificadas em dois tipos principais com base no padrão da curvatura: tipo C, a curvatura da coluna forma um arco simples, em forma de “C” longo, este tipo de escoliose é comum em pacientes com controle neuromuscular assimétrico, onde a fraqueza muscular em um lado do corpo é mais pronunciada e, acomete predominantemente, pacientes não deambulantes; tipo S, a curvatura da coluna forma dois arcos opostos, resultando em uma deformidade em forma de asas, este tipo frequentemente é visto em pacientes que deambulam com ou sem auxílio. E, a distinção entre os tipos C e S é importante para a orientação do tratamento e prognóstico, pois cada padrão de curvatura pode responder de maneira diferente às intervenções terapêuticas.

() O tratamento conservador das deformidades da coluna vertebral associadas ao disrafismo espinhal visa melhorar a função e prevenir a progressão da deformidade. A fisioterapia desempenha um papel crucial na manutenção da mobilidade e da função respiratória das crianças com disrafismo espinhal. Programas de exercícios personalizados podem ajudar a fortalecer os músculos paravertebrais, melhorar a flexibilidade e prevenir contraturas. Além disso, técnicas de fisioterapia respiratória são importantes para manter a capacidade pulmonar e prevenir complicações respiratórias. O uso de órteses, como coletes de suporte, pode ser indicado em situações excepcionais para pacientes com escoliose e cifose para ajudar a manter o alinhamento da coluna e reduzir a progressão da deformidade. E, quando indicada é considerada uma medida temporária até que o paciente esteja pronto para a intervenção cirúrgica, se necessária.

- a) V – F – V – F – V – F.
- b) V – V – F – F – V – V.
- c) F – F – V – V – F – F.
- d) F – V – F – V – F – V.

23. A fisiologia e biomecânica respiratórias dependem da interação entre pulmão e caixa torácica. A função pulmonar principal é a troca gasosa, com difusão de oxigênio e dióxido de carbono pela membrana alvéolo-capilar. O fluxo de ar nos pulmões (inspiração/expiração) é gerado pela variação de volume torácico, via ação muscular e retração elástica. Desequilíbrios nesse sistema podem ter abordagens terapêuticas. De forma geral, limitações na caixa torácica e/ou no compartimento abdominal interferem diretamente na ação dos músculos respiratórios e na função pulmonar, e estão associadas à redução da expansibilidade torácica, diminuindo os volumes pulmonares. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito das condições que influenciam na biomecânica respiratória.
- a) Posição corporal: a posição sentada minimiza a mobilidade torácica e volumes pulmonares, superando outras posições (ortostatismo, Fowler, decúbitos). O decúbito ventral eleva a mobilidade abdominal. Decúbitos dorsal e lateral aumentam a expansibilidade torácica por não gerar restrições, além disso, não alteram a estática visceral e nem a ação da musculatura abdominal, aumentando a excursão inspiratória.
- b) Envelhecimento: com o envelhecimento, todos os componentes do sistema respiratório são afetados. A complacência da parede torácica diminui, aumentando o trabalho respiratório. Há perda de força muscular e redução do fluxo respiratório. Ocorre dilatação dos alvéolos, alargamento dos espaços aéreos, diminuição da área de superfície de troca e perda de tecido de suporte (“enfisema senil”). Essas alterações diminuem o recolhimento elástico do pulmão e aumentam o volume residual e a capacidade residual funcional, enquanto a capacidade vital e o volume expiratório forçado diminuem. A heterogeneidade da relação ventilação/perfusão aumenta e a difusão de monóxido de carbono diminui. No entanto, a troca gasosa se mantém estável, com leve diminuição da pressão arterial de oxigênio.
- c) Deformidades: hipercifose e cifoescoliose são deformidades da coluna com angulação convexa posterior. A escoliose envolve rotação vertebral e costal, alterando os espaços intercostais e reduzindo a eficiência dos músculos respiratórios, especialmente o diafragma, devido a uma posição desfavorável. Isso causa comprometimento ventilatório restritivo, com redução da capacidade vital e pulmonar total, inversamente relacionadas ao ângulo escoliótico.
- d) Obesidade: há uma perda da função pulmonar devido à combinação de efeitos na complacência pulmonar e torácica. A complacência pulmonar reduz-se pelo aumento do volume sanguíneo pulmonar, fechamento de vias aéreas dependentes (resultando em atelectasia) e aumento da tensão superficial alveolar (devido à capacidade residual funcional diminuída), sendo exponencialmente relacionada ao índice de massa corpórea (IMC). A complacência da caixa torácica diminui pelo aumento de tecido adiposo na parede torácica e acúmulo de gordura visceral.
24. A dor localizada ou que irradia para o membro superior é frequentemente decorrente de um alinhamento incorreto que causa compressão ou tensão nos nervos, nos vasos sanguíneos ou nos tecidos moles de suporte. O alinhamento incorreto pode ocorrer principalmente na região cervical, região torácica ou cingulo do membro superior. Pode haver também envolvimento conjunto das três áreas, e o tratamento deve ser direcionado à correção global. O fisioterapeuta precisa ser capaz de reconhecer e identificar estas alterações, principalmente durante suas fases iniciais, o que pode aumentar a probabilidade de encontrar um modo de neutralizar ou prevenir os problemas mais dolorosos ou incapacitantes que se desenvolvem mais tarde. Assim sendo, leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome da síndrome que acomete o membro superior descrita: “Manifesta-se com dor na região anterior do antebraço com parestesia radicular ao longo da distribuição do nervo mediano na mão. Os potenciais pontos de compressão distal à fossa antecubital incluem a aponeurose bicipital, no ponto em que ela se conecta ao músculo pronador redondo ou entre as duas cabeças do pronador redondo. Quando presentes, variações anatômicas, como o ligamento de Struthers, também podem influenciar na compressão. Os fatores agravantes incluem traumatismo, pronação repetitiva do antebraço e movimentos de flexão do cotovelo, bem como de flexão do punho. Os sintomas podem ser desencadeados por flexão resistida do punho, pronação do antebraço, flexão do cotovelo, testes de compressão do pronador, teste de Tinel e teste de tensão neural adversa.”
- a) Síndrome do túnel cubital.
- b) Síndrome do túnel do carpo.
- c) Síndrome do pronador.
- d) Síndrome do desfiladeiro torácico.

25. **Do ponto de vista articular, o ombro é formado por cinco articulações que atuam de forma integrada. Essas articulações são classificadas em dois grupos principais: anatômicas (ou verdadeiras), nas quais existe contato direto entre superfícies ósseas; e fisiológicas (ou funcionais), que não apresentam conexão óssea direta, mas exercem papel fundamental na cinemática do ombro. Diante do exposto, assinale a alternativa que apresenta a descrição correta das características da articulação acromioclavicular do complexo articular do ombro.**

- a) Formada pela incisura clavicular do esterno e pela extremidade medial da clavícula. É uma articulação sinovial em sela. Único ponto de conexão óssea entre o tronco e o membro superior. Envolve estruturas nobres como o plexo braquial e a artéria subclávia. E, contribui com movimentos acessórios que acompanham os deslocamentos do ombro.
- b) Formada pela extremidade distal da clavícula e pela face articular do acrômio. É uma articulação sinovial plana com movimentos limitados de deslizamento. Limitada, mas permite microajustes em três planos. Permite pequenos ajustes posicionais necessários para a movimentação global do ombro. E, serve como base de operação para os movimentos escapulares.
- c) Formada pela cabeça do úmero e pela cavidade glenoidal da escápula. É uma articulação sinovial esferoidal. Confere a maior amplitude de movimento do ombro. Possui baixa estabilidade devido à desproporção entre as superfícies articulares (cabeça do úmero ampla e convexa contra uma cavidade glenoidal menor e rasa). Embora frequentemente seja usada como sinônimo de ombro, não atua isoladamente na mobilidade total da articulação.
- d) Formada pela face anterior da escápula e pela parede posterolateral do tórax. Não possui contato ósseo direto, com separação promovida pelos músculos subescapular e serrátil anterior. E, é essencial para o ritmo escapuloumeral e para a amplitude completa dos movimentos do ombro.

26. O assoalho pélvico feminino é um conjunto de músculos, ligamentos e tecidos conectivos que desempenham papéis fundamentais para a saúde da mulher. No que se refere ao profissional fisioterapeuta, este fundamenta sua intervenção no exercício das funções e estruturas anatômicas do assoalho pélvico. Por isso, conhecer as estruturas anatômicas do assoalho pélvico ajuda o profissional fisioterapeuta no diagnóstico, manejo e encaminhamentos apropriados para tratar e prevenir disfunções associadas a essa região. Diante do exposto, analise as assertivas a respeito do assoalho pélvico feminino e assinale a alternativa correta.
- I. O assoalho pélvico é uma região anatômica única, formada por músculos, fáscias e ligamentos que formam uma rede de sustentação. Ele fica na base da pelve e consiste em uma estrutura muscular que parece uma espécie de cama elástica. O períneo feminino é a região superficial do assoalho pélvico, situado inferiormente ao diafragma da pelve. Tem um formato de um losango, delimitado anteriormente pela sínfise púbica, anterolateralmente pelos ramos iliopúbicos dos ossos íliacos, lateralmente pelas tuberosidades isquiáticas, posterolateralmente pelos ligamentos sacrotuberosos e posteriormente pelo cóccix.
- II. Os músculos superficiais do assoalho pélvico são o bulboesponjoso, o isquiocavernoso, o esfíncter externo do ânus e os músculos transversos superficiais e profundos do períneo. O bulboesponjoso tem função de constrição da vagina. O isquiocavernoso auxilia na ereção do clitóris, origina-se no ísquio e insere-se na raiz do clitóris. O transversos do períneo, dividido em ramos superficial e profundo, tem função de sustentação do diafragma urogenital. O esfíncter anal é composto por dois músculos, um interno (fibras musculares lisas) de controle involuntário e outro externo (fibras musculares estriadas) de controle voluntário, e é importante para a continência fecal. Os músculos profundos do assoalho pélvico, que revestem as paredes internas da pelve, são o elevador do ânus e o coccígeo, e, junto com a fáscia endopélvica (tecido conjuntivo que liga as vísceras à parede pélvica), constituem o diafragma pélvico. O levantador do ânus é composto por três músculos: o puborretal, o pubococcígeo e o iliococcígeo.
- III. A integridade dos músculos do assoalho pélvico (AP) também depende de um fornecimento adequado de sangue, drenagem eficiente de resíduos e uma inervação precisa. Os principais vasos responsáveis pela irrigação do assoalho pélvico são as artérias que derivam da aorta e das artérias internas. A artéria pudenda interna é a principal fonte de irrigação sanguínea para o assoalho pélvico. Ela se origina da artéria íliaca interna e divide-se em várias ramificações que fornecem sangue aos músculos do assoalho pélvico. A deficiência na irrigação sanguínea pode levar a condições como isquemia muscular, resultando em dor, fraqueza e disfunção do assoalho pélvico. A insuficiência vascular pode ser causada por doenças vasculares ou obstruções.
- IV. Os músculos do assoalho pélvico funcionam para apoiar os órgãos pélvicos por meio de contração e relaxamento coordenados como uma unidade. O assoalho pélvico fornece suporte ativo por meio de um estado constante de contração muscular e suporte passivo do tecido conjuntivo circundante e da fáscia. A contração voluntária ocorre quando o paciente consegue contrair os músculos do assoalho pélvico sob demanda e, o relaxamento voluntário ocorre quando o paciente consegue relaxar os músculos do assoalho pélvico conforme necessário, após uma contração. A coordenação dessas ações musculares é essencial para manter a continência urinária e permitir a micção e a defecação em horário e local socialmente aceitáveis. E, a função sexual normal é coordenada pelos músculos do assoalho pélvico, genitália e sistema nervoso autônomo.
- V. A inervação dos músculos do assoalho pélvico é importante para a coordenação e controle das funções motoras e sensoriais da pelve. Os músculos do assoalho pélvico recebem inervação por vias somáticas, viscerais e centrais. A inervação da pele da parte inferior do tronco, períneo e região proximal da coxa é mediada pelos nervos ílio-hipogástrico, ilioinguinal e genitofemoral (L1-L3). A principal fonte de inervação é o plexo sacral, que é formado por ramos dos nervos espinhais S1 a S4. Esses nervos formam um plexo complexo que fornece inervação aos músculos do assoalho pélvico, bem como aos órgãos pélvicos. O nervo pudendo é o principal nervo que inerva os músculos do assoalho pélvico. Ele é responsável pela sensibilidade e controle motor dos músculos perineais e do esfíncter anal externo.
- a) Apenas III e V estão corretas.
b) Apenas I, IV e V estão corretas.
c) Apenas II e IV estão corretas.
d) Todas estão corretas.
27. Malformação congênita é qualquer alteração da estrutura anatômica normal interna ou externa presente ao nascimento. Define-se como malformação maior qualquer defeito grave capaz de diminuir a expectativa de vida ou comprometer a função normal. Já a malformação menor é qualquer defeito estrutural com necessidade de tratamento ou não, sem consequências permanentes. Durante o desenvolvimento do feto, as malformações resultam de fatores pré-natais de origem genética, ambiental ou desconhecida, que se manifestam isoladamente ou como um conjunto de anomalias, com ou sem etiologia definida. E, o diagnóstico precoce é de grande importância para o suporte integral ao recém-nascido (RN) e à família. Leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome da malformação congênita descrita: “É a herniação de tecido cerebral por falhas ósseas, sendo geralmente recoberta por pele íntegra. A localização mais frequente é a linha média da região occipital. Pode haver associação com a síndrome de Meckel-Gruber. A gravidade depende da quantidade de tecido nervoso extracraniano e da associação com outras malformações.”
- a) Anencefalia.
b) Encefalocele.
c) Espinha Bífida.
d) Hidrocefalia.

28. As técnicas de terapia manual desempenham um importante papel no tratamento dos diferentes tipos de dores. A abordagem é feita de acordo com os achados da avaliação, sintomas mais neurais, musculares ou articulares, passando por essa hierarquia de tecidos. Dentro da terapia manual há a mobilização neural. Essa é uma técnica que tem demonstrado eficiência para melhorar pacientes com dor nociceptiva e neuropática. Envolve movimentos controlados e ritmados do nervo selecionado, em nível proximal, medial ou distal de sua raiz, visando melhorar a condução nervosa e a mobilidade intrínseca (mobilidade do nervo entre os demais tecidos). Diante dessa afirmativa, são efeitos fisiológicos da técnica de mobilização neural, exceto:
- a) aumento da mobilidade neural: ajuda a desfazer aderências entre os tecidos nervosos e as estruturas adjacentes. Essas adesões podem comprimir os nervos, causando dor. Ao liberar essas restrições há alívio da pressão sobre os nociceptores (fatores mecânicos).
 - b) aumento do fluxo sanguíneo e aumento do fluxo axoplasmático: auxilia na melhora da nutrição e remoção de metabólitos, o que reduz a sensibilidade dos nociceptores (fatores químicos).
 - c) diminuição da atividade de músculos superficiais: facilita a ativação de músculos profundos que promovem a estabilização do segmento. Essa resposta ocorre por causa da diminuição dos estímulos dos motoneurônios alfa e gama pela estimulação dos órgãos tendinosos a partir da manipulação articular.
 - d) aumento da condução neural: estimula as fibras aferentes de maior calibre, preferencialmente as fibras A beta que competem com as fibras nociceptivas C na transmissão do sinal doloroso. Ao estimular as fibras de maior diâmetro, a mobilização neural pode inibir a dor.

29. Os músculos da face são chamados de músculos da expressão facial. Diversos músculos podem atuar em conjunto a fim de produzir um movimento ou o movimento também pode ocorrer em uma única região. E, a perda da função dos músculos da face interfere na capacidade de comunicar sentimentos por meio de expressões faciais e de falar com clareza. Diante dessa afirmativa, assinale a alternativa que apresenta o nome do músculo que puxa o ângulo interno das sobrancelhas para baixo e produz rugas transversais sobre a ponte do nariz; que eleva e projeta o lábio inferior e enruga a pele do queixo, como ao “fazer beicinho”; e, que traciona a sobrancelha para baixo e para dentro, produzindo rugas verticais na fronte, como ao “franzir a testa” respectivamente.

- a) Músculo prócero / Músculo mental / Músculo corrugador do supercílio.
- b) Músculo masseter / Músculo platisma / Músculo levantador da pálpebra superior.
- c) Músculo bucinador / Músculo abaixador do lábio inferior / Músculo orbicular do olho.
- d) Músculo levantador do lábio superior / Músculo orbicular da boca / Músculo temporal.

30. O uso efetivo do exercício terapêutico pelo fisioterapeuta no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos depende de um raciocínio clínico sólido, baseado nas melhores evidências disponíveis, que justifiquem as intervenções de tratamento selecionadas. O exame da região envolvida é um pré-requisito importante para a identificação das deficiências que estão limitando, ou que podem estar impedindo uma participação integral nas atividades desejadas. A respeito das lesões tendíneas, assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas.

“_____ é o termo geral que remete à lesão do tendão afetada por cargas mecânicas. _____ é a inflamação da membrana sinovial que cobre um tendão. _____ é a inflamação do tendão e, pode resultar na formação de cicatriz ou de depósitos de cálcio. _____ é a inflamação com espessamento da bainha tendínea. _____, por sua vez, é a degeneração do tendão devida a microtraumas repetitivos.”

- a) Tendinose / Tendinopatia / Tenovaginite / Tendinite / Tenossinovite
- b) Tenovaginite / Tendinite / Tenossinovite / Tendinose / Tendinopatia
- c) Tenossinovite / Tenovaginite / Tendinose / Tendinopatia / Tendinite
- d) Tendinopatia / Tenossinovite / Tendinite / Tenovaginite / Tendinose

31. **A avaliação respiratória é uma prática fundamental para monitorar e garantir o bem-estar dos pacientes. Ao integrar técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta pulmonar, os profissionais de saúde podem obter uma compreensão abrangente do estado de saúde, facilitando o diagnóstico precoce e o manejo eficaz de uma variedade de condições respiratórias agudas e crônicas. A ausculta respiratória é uma técnica diagnóstica segura, econômica e não invasiva, utilizada por profissionais de saúde para identificar sons pulmonares. É crucial diferenciar os sons respiratórios normais dos anormais e a fisiopatologia que causa diferentes sons pulmonares para uma compreensão aprofundada dos processos da doença. Diante do exposto a respeito dos ruídos adventícios, assinale a alternativa que apresenta a descrição correta de sibilos.**
- a) São gerados dentro das vias aéreas, geralmente causados por acúmulo de líquido ou secreção nas vias aéreas periféricas ou alvéolos. São sons curtos, explosivos e ocorrem predominantemente durante a fase inspiratória, mas podem ocorrer durante a expiração. As principais condições clínicas em que esses ruídos adventícios podem estar presentes são pneumonia, fibrose pulmonar intersticial, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infecção pulmonar, edema pulmonar, insuficiência cardíaca e síndrome do desconforto respiratório agudo.
- b) São sons graves, geralmente indicando secreção em via aérea alta e muitas vezes eliminada pela tosse. São graves e de baixa frequência, presentes na inspiração e na expiração, sendo mais intensos na expiração, pois bloqueiam a via aérea. Ocorrem quando há estreitamento dos brônquios, seja por espasmo ou edema da parede, ou presença da secreção. Estão presentes principalmente na bronquite crônica e na fibrose cística.
- c) São sons agudos e de alta frequência associados a broncoespasmos e doenças das vias aéreas, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Podem ocorrer em situações de reações alérgicas e aspiração de corpo estranho e estão presentes tanto na inspiração quanto na expiração.
- d) É um som contínuo e indica obstrução da laringe ou traqueia, sendo predominantemente inspiratório e auscultado nas regiões centrais e superiores do tórax e pescoço. Pode ser causado por edema laríngeo, inalação de corpos estranhos ou tumores.
32. **A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica progressiva caracterizada pela incapacidade de o coração suprir as necessidades metabólicas do organismo prejudicando o crescimento e o desenvolvimento infantil. O tratamento da insuficiência cardíaca envolve o conhecimento do fator desencadeante da doença e sua eliminação, além do controle dos sintomas e da progressão. Além disso, a insuficiência cardíaca tem características distintas na população infantil e, se manifesta de maneiras diferentes nas diversas faixas etárias. O fisioterapeuta por sua vez, pode se deparar com pacientes para serem atendidos que apresentem insuficiência cardíaca, sendo, portanto, necessário ter conhecimento a respeito das particularidades desta patologia. Diante dessa afirmativa, são características do quadro clínico da insuficiência cardíaca em lactentes, exceto:**
- a) desenvolvimento ponderoestatural excessivo.
- b) sudorese excessiva.
- c) dificuldade de sucção.
- d) infecções respiratórias de repetição.
33. **A mão possui uma ampla gama de movimentos, fundamentais para a execução de tarefas funcionais complexas. Esses movimentos ocorrem em articulações específicas e incluem flexão, extensão, abdução, adução e oponência dos dedos e do polegar. O polegar apresenta um padrão de movimentos mais complexo e tridimensional, decorrente da configuração anatômica da sua articulação carpometacarpiana, do tipo selar. Sendo assim, correlacione corretamente os principais movimentos do polegar indicados com a sua descrição correspondente e assinale a alternativa com a sequência correta.**
1. Flexão do polegar.
2. Extensão do polegar.
3. Abdução do polegar.
4. Adução do polegar.
5. Oponência do polegar.
- A. Deslocamento do polegar perpendicularmente à palma da mão, saindo do plano dos outros dedos.
- B. Consiste na combinação de abdução, flexão e rotação medial do primeiro metacarpo, permitindo que a polpa do polegar entre em contato com a polpa dos demais dedos.
- C. Movimento em que o polegar se afasta da base da palma, aumentando o ângulo entre suas falanges e o primeiro metacarpo.
- D. Movimento em que o polegar se aproxima da base da palma, reduzindo o ângulo entre suas falanges e o primeiro metacarpo.
- E. Retorno do polegar ao plano da palma, aproximando-se do indicador.
- a) 1C – 2A – 3E – 4B – 5D.
- b) 1E – 2D – 3B – 4C – 5A.
- c) 1A – 2B – 3C – 4D – 5E.
- d) 1D – 2C – 3A – 4E – 5B.

34. A espirometria é um exame a partir do qual se avalia de forma funcional os fluxos e volumes pulmonares estáticos. Esse exame geralmente representa dados por meio de gráficos que podem ter dois tipos de curva, a de fluxo-volume e a de volume-tempo. A partir da espirometria, é possível identificar alterações da função pulmonar, observando uma disfunção restritiva, obstrutiva, mista ou até mesmo inespecífica. A espirometria dinâmica abrange volumes, capacidades e a velocidade com que o ar deixa os pulmões, ou seja, o fluxo expiratório. Os volumes pulmonares são classificados em quatro tipos, estes, são considerados fundamentais, enquanto as capacidades são denominadas virtuais, pois não se mede uma capacidade pulmonar, mas estima-se por meio de valores dos volumes. Diante disso, assinale a alternativa incorreta a respeito das capacidades respiratórias.

- a) Capacidade pulmonar total (CPT): é volume de ar contido nos pulmões (volume total) após uma inspiração máxima. Ou seja, é a soma de todos os volumes (volume corrente + volume de reserva expiratória + volume de reserva inspiratória + volume residual).
- b) Capacidade vital (CV): é a quantidade mínima de ar inspirada após uma expiração máxima. Ou seja, é a combinação da soma de volume de reserva inspiratória, volume de reserva expiratória e volume residual.
- c) Capacidade inspiratória (CI): é o volume máximo inspirado após uma expiração normal. Ou seja, é a soma do volume corrente com o volume de reserva inspiratório.
- d) Capacidade residual funcional (CRF): é o volume de ar que permanece nos pulmões após a expiração normal. Ou seja, é resultado da soma de volume de reserva expiratória com o volume residual.

35. A espondilite anquilosante pode ser descrita como uma artropatia reumática sistêmica crônica e progressiva com surtos inflamatórios. Se desenvolve por meio de interações genéticas e fatores ambientais, porém sua etiologia ainda é incerta. Diagnósticos precoces são um desafio, mas podem reduzir de forma significativa os efeitos incapacitantes causados pela espondilite anquilosante e minimizar o impacto da doença nos pacientes e no sistema de saúde. E, a escolha dos melhores recursos fisioterapêuticos para o paciente depende da avaliação cinético-funcional e dos objetivos que serão propostos de forma individualizada. Assim sendo, a respeito da descrição das manifestações articulares da espondilite anquilosante, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () A manifestação clínica mais comum é a dor nas articulações sacroilíacas e/ou na coluna lombar, que pode irradiar para os membros superiores, sem parestesia. Inicialmente pode haver fases de melhora e de piora do quadro algico, podendo não apresentar sintomas por dias e até meses, mas, com a completa instalação da doença, a dor ocorre diariamente. Os sintomas, em geral, pioram com o calor local e a mobilização articular e melhoram com o repouso. Por isso o paciente geralmente apresenta melhora da dor pela manhã e à noite, associada à hipermobilidade matinal.
- () Apesar da sacroileíte ser a manifestação mais precoce da espondilite anquilosante, também podem

ser afetadas as articulações periféricas e estruturas extra-articulares. Os tecidos subcondrais tornam-se granulomatosos e infiltrados com plasmócitos, linfócitos, mastócitos, macrófagos e condrócitos. Há erosão irregular e esclerose das articulações afetadas. O tecido é gradualmente substituído por fibrocartilagem e depois se torna ossificado. Quando essas lesões ocorrem na coluna vertebral, a junção do anel fibroso da cartilagem do disco e a margem do osso vertebral sofrem danos irreversíveis. As fibras anulares externas são substituídas por osso e há uma fusão das vértebras. Em estágios avançados da doença, a fusão geralmente ascende pela coluna, formando uma longa coluna óssea conhecida como “coluna em bambu”.

- () Durante a inspeção, pode-se observar aumento e até mesmo presença de hiperlordose lombar, inicialmente por espasmo muscular doloroso e, posteriormente, por anquilose fibrosa e óssea. Há graus variáveis de aumento da mobilidade lombar em todos os planos.
 - () Na coluna torácica, além da dor, pode haver aumento da expansibilidade e diminuição da cifose. Considera-se a expansibilidade torácica alterada quando, por meio da cirtometria, medida no quarto espaço intercostal, o valor é igual ou superior a 2,5 cm.
 - () Na coluna cervical, pode ocorrer dor, limitação de movimentos, retificação e até mesmo perda da lordose fisiológica, caracterizando assim o sinal da flecha ou seta. Nos casos mais avançados, devido à perda das curvaturas fisiológicas da coluna e do desvio do eixo gravitacional, o paciente apresenta também uma semiflexão dos quadris e adquire a chamada “postura do esquiador”.
 - () Com relação aos sintomas extra-axiais, pode-se observar artrite periférica, normalmente nos membros inferiores, entesite, que pode se apresentar como tendinite calcânea, fascite plantar e entesite intercostal que causa dor na caixa torácica. A dactilite ou “dedo em salsicha” pode ocasionar tenossinovite do tendão flexor digital.
- a) F - V - V - V - F - V.
 - b) V - F - F - V - V - F.
 - c) F - V - F - F - V - V.
 - d) V - F - V - F - F - F.

36. A amputação geralmente é um evento devastador na vida do indivíduo. A reabilitação precoce e uma equipe multi e interdisciplinar coesa são fundamentais para garantir o sucesso funcional e psicológico do paciente amputado. E, o fisioterapeuta atua em todas as etapas, da pré-cirurgia à independência protética. As amputações de membros inferiores (MMII) podem ser decorrentes de doenças vasculares periféricas (DVP), diabetes *mellitus* (DM) e também podem ser causadas por traumas. A avaliação fisioterapêutica dos pacientes com amputação de membro inferiores é crucial para a implementação de um programa de reabilitação eficaz. Ela deve ser abrangente e considerar aspectos físicos, funcionais, psicológicos e sociais do paciente. E, a reabilitação pós-amputação visa metas realistas e individualizadas. Diante dessa afirmativa, são objetivos fisioterapêuticos na fase pré-protetização de pacientes com amputação de membros inferiores, exceto:

- a) recuperar a funcionalidade e independência nas atividades diárias, laborais e esportivas.
- b) estimular cuidados com a pele e manejo do edema em membro residual, além de promover alívio da dor no coto de amputação e dor fantasma.
- c) diminuir o risco de quedas, prevenir complicações, e preparar o indivíduo e especialmente o membro residual para protetização.
- d) promover cuidados com membro amputado e, diminuir a função e força do membro preservado.

37. O controle do movimento pelo cérebro é um processo complexo que envolve várias áreas e estruturas neurais trabalhando em conjunto. No processo de controle do movimento, o cérebro integra informações sensoriais, processa sinais motores e ajusta continuamente a execução dos movimentos com base no feedback sensorial. Essa integração complexa envolve várias regiões do cérebro, trabalhando em sincronia para garantir movimentos fluidos, coordenados e adaptáveis às necessidades do corpo. Os distúrbios do movimento podem ser caracterizados por atividade excessiva (hipercinética) ou reduzida (bradicinética). Leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome do distúrbio do movimento descrito: “É um distúrbio do movimento caracterizado por contrações musculares sustentadas ou intermitentes que causam movimentos ou posturas anormais e repetitivos. Os movimentos característicos são tipicamente padronizados, distorcidos e podem ser trêmulos, frequentemente iniciados ou piorados por ação voluntária e associados à ativação muscular excessiva. A paralisia cerebral é, provavelmente, a causa mais comum da forma adquirida observada em crianças. E, outras causas deste distúrbio na infância incluem uma variedade de distúrbios hereditários, como a doença de Wilson e a neurodegeneração com acúmulo de ferro no cérebro. Além disso, o início dos movimentos involuntários ocorre antes dos 20 anos em uma parte dos pacientes com este distúrbio. A distribuição dos grupos musculares afetados parece depender da idade. O distúrbio geralmente começa de modo distal em crianças, enquanto uma distribuição craniocervical é mais comum em adultos. A forma infantil geralmente progride para um distúrbio generalizado, enquanto a forma adulta geralmente permanece focal ou segmentar.”

- a) Coreia.
- b) Distonia.
- c) Mioclonias.
- d) Espasticidade.

38. Disfunções pélvicas, como incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, dor lombopélvica e disfunção sexual, são condições prevalentes que impactam profundamente o bem-estar físico e emocional dos pacientes. Neste cenário, a cinesioterapia pélvica integrada destaca-se como uma abordagem terapêutica inovadora e baseada em evidências, oferecendo um arsenal de estratégias para o fortalecimento muscular e estabilização lombopélvica, na recuperação das funções da pelve e do assoalho pélvico. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito da cinesioterapia pélvica.

- a) A cinesioterapia pélvica é uma abordagem terapêutica que utiliza exercícios específicos para melhorar a função dos músculos do assoalho pélvico e a estabilização lombopélvica. Esta técnica é frequentemente utilizada para tratar disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos e dor lombopélvica. A cinesioterapia pélvica inclui uma variedade de exercícios, como os de estabilização lombopélvica, exercícios de respiração e postura, que visam fortalecer os músculos do assoalho pélvico e melhorar a estabilidade da coluna lombar. Além disso, a prática de exercícios pélvicos pode aumentar significativamente a força dos músculos do assoalho pélvico e reduzir sintomas urinários.
- b) Os exercícios de estabilização lombopélvica, como aqueles que visam a ativar os músculos profundos do core (transverso do abdômen, assoalho pélvico, diafragma e multífidus), são eficazes na redução da dor lombar e na melhora da função dos músculos do assoalho pélvico. A cinesioterapia pélvica integrada visa a incluir na dinâmica dos exercícios pélvicos, exercícios de postura e respiração, que ajudam a otimizar a ativação dos músculos do assoalho pélvico e do diafragma, melhorando a sinergia entre esses músculos e a estabilidade lombopélvica, além de melhorar as respostas automáticas nas atividades de vida diária.
- c) O treinamento isolado dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é amplamente reconhecido como uma intervenção eficaz para diversas disfunções pélvicas e distúrbios do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos e disfunção sexual. Para a incontinência urinária, o TMAP é considerado o tratamento de primeira linha, pois destaca-se que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode reduzir significativamente a frequência de episódios de incontinência e melhorar a qualidade de vida das pacientes. A inclusão dos exercícios isolados do TMAP em um programa de cinesioterapia pélvica é crucial, pois permite uma abordagem mais abrangente e personalizada no tratamento das disfunções do assoalho pélvico. Esses exercícios fortalecem especificamente os músculos pélvicos, melhorando sua função e resistência, o que é fundamental para a reabilitação eficaz.
- d) Os exercícios respiratórios podem ser utilizados no treinamento dos músculos do assoalho pélvico e no tratamento de disfunções pélvicas. Um dos objetivos terapêuticos na reabilitação pélvica é garantir que os músculos do assoalho pélvico não respondam automaticamente aos aumentos da pressão intra-abdominal durante as atividades diárias, exercícios físicos e esportes. Por essa razão, não há benefícios em integrar conceitos de trabalho postural e respiratório na reabilitação pélvica, atuando como coadjuvantes ao treinamento isolado. Sendo irrelevante personalizar o programa de exercícios, sem a necessidade de levar em

conta as condições específicas de cada indivíduo. Além disso, adaptar as intervenções terapêuticas às características únicas de cada paciente não potencializa os resultados da reabilitação e também, não assegura um cuidado integrado e eficaz na qualidade de vida geral.

39. A lesão medular representa uma condição neurológica complexa, com implicações sistêmicas e funcionais significativas. Assim, a avaliação precisa do nível e da integridade da medula espinal é essencial para estabelecer o prognóstico funcional. A reabilitação deve ser iniciada precocemente e embasada em avaliação funcional criteriosa, visando à máxima independência e qualidade de vida. Portanto, a compreensão da fisiologia da medula espinal é crucial para entender sua patologia, pois o tipo e a intensidade do trauma ou patologia determinam as regiões afetadas e o nível de comprometimento (parcial ou total), classificando-se em síndromes medulares. Sendo assim, relacione corretamente os tipos de síndromes medulares indicados com a sua descrição correspondente e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Transversa.
 2. Corno anterior.
 3. Corno posterior.
 4. Centro medular.
 5. Cone medular.
 6. Cauda equina.
 7. Hemissecção medular (Brown-Séguar).
- A. É uma lesão lombossacral que causa paralisia flácida, perda de sensibilidade e disfunções vesicais, intestinais e sexuais.
- B. É uma lesão que ocorre acima do cone medular. Caracterizada por perda motora e sensitiva total abaixo e/ou no nível da lesão.
- C. Essa é uma lesão incompleta rara, historicamente relacionada à lesão por arma branca (faca), podendo ser à direita ou à esquerda. Caracterizada por perda motora, vibratória e proprioceptiva homolateral e perda de sensibilidade térmica e dolorosa contralateral abaixo e/ou no nível da lesão.
- D. Pode ser uma lesão completa ou incompleta abaixo do cone medular (L1-L2). Há uma lesão das raízes nervosas, que são neurônios motores inferiores, caracterizando assim uma paralisia flácida dos músculos dos membros inferiores, alteração sensitiva no dermatomo correspondente e arreflexia da bexiga e intestino.
- E. Esta é uma lesão incompleta, há perda de sensibilidade vibratória, propriocepção, tato discriminativo e tato profundo abaixo e/ou no nível da lesão. Apesar de não alterar diretamente a função motora, a perda dessas funções pode levar a um impacto significativo no controle do movimento.
- F. É uma lesão incompleta relativamente rara e na maioria das vezes causada por ausência ou diminuição do fluxo sanguíneo na parte anterior da medula espinal. Perda de função motora, sensibilidade térmica e dolorosa, com preservação do toque leve e propriocepção no nível da lesão.
- G. É a mais comum das lesões incompletas, cursando com maior comprometimento de membros superiores que inferiores. Dependendo do grau da lesão, o paciente pode apresentar perda de funcionalidade de membros superiores, mas ser capaz de deambular. Apesar de a capacidade de deambulação estar presente, ela pode ser prejudicada pela presença de espasticidade, que dificulta a funcionalidade.

- a) 1B – 2F – 3E – 4G – 5A – 6D – 7C.
- b) 1C – 2G – 3D – 4E – 5B – 6A – 7F.
- c) 1A – 2B – 3C – 4D – 5E – 6F – 7G.
- d) 1G – 2A – 3F – 4B – 5D – 6C – 7E.

40. A estabilidade das articulações da coluna vertebral não depende apenas da ação muscular. Um conjunto robusto de ligamentos conecta os corpos vertebrais, processos espinhosos e processos transversos, limitando movimentos excessivos, sustentando as curvaturas fisiológicas e protegendo estruturas neurais. Diante do exposto, assinale a alternativa que apresenta o nome do ligamento da coluna vertebral que conecta as lâminas adjacentes de vértebras vizinhas, contribuindo para a estabilidade posterior e preservando a curvatura fisiológica.

- a) Ligamento longitudinal posterior.
- b) Ligamento interespinhoso.
- c) Ligamento amarelo (flavo).
- d) Ligamento intertransverso.

