

CARGO: FISIOTERAPEUTA

PERÍODO TARDE

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2025 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA AMÉLIA

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 05 (cinco) alternativas, assim dispostas:

Disciplina	Composição
Língua Portuguesa	1 a 5
Matemática	6 a 7
Informática Básica	8 a 10
Conhecimentos Gerais	11 a 12
Conhecimentos Específicos	13 a 40

- A Prova terá duração de 3h (três horas), incluindo preenchimento da Folha de Respostas.
- 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.
- Para uso do sanitário e/ou beber água, você deverá solicitar ao Fiscal de Sala e somente levantar após autorização.
- O candidato só poderá sair da sala em definitivo após 1h (uma hora) do início da prova.
- 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.
- 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.
- 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.
- Você poderá utilizar seu Caderno de Questões para rascunho.
- 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.
- 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.
- 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.
- Questões com mais de uma alternativa assinalada, rasurada, em branco ou preenchidas de forma diferente das instruções serão anuladas.
- 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.
- Caso algum candidato seja flagrado na tentativa de fraude, esse será automaticamente eliminado do Concurso, ainda sujeito a processo civil ou criminal.
- Qualquer questionamento ou dúvidas devem ser feitos em voz alta ao fiscal.
- Os 03 (três) últimos candidatos deverão sair juntos da sala, após a conferência e lacre do material da sala.
- Aguarde 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.

‘Tremembé’: como vivem hoje os criminosos da série da Prime Video
Nomes como Suzane von Richthofen e Elize Matsunaga fazem parte da produção
Por Giovanna Fraguito – 13 nov 2025, 10h00

A série Tremembé, lançada no final de outubro na Prime Video, baseada nos livros do jornalista Ullisses Campbell, retrata o cotidiano de detentos famosos, que conviveram na penitenciária do interior paulista. Com o sucesso da produção, aumentou também o interesse sobre como estão os nomes que tiveram suas penas lembradas. A seguir, como cada um dos citados vive.

Suzane von Richthofen (Marina Ruy Barbosa), que cumpria pena de 34 anos pela morte dos pais, progrediu para o regime aberto em janeiro de 2023. Desde então, retomou presencialmente o curso de direito, que havia iniciado ainda na prisão, além de ter se casado com o médico Felipe Zecchini Muniz e dado à luz seu primeiro filho em janeiro de 2024. Atualmente, mora em Angatuba (SP) e é dona de um micro empreendimento, uma loja online que comercializa chinelos e outros produtos artesanais personalizados.

Daniel e Cristian Cravinhos, condenados respectivamente a 39 e 38 anos de prisão, encontram-se atualmente em regime aberto. Daniel (Felipe Simas), que obteve liberdade em 2018, trabalha com customização de motos. E possui além do seu relacionamento com a biomédica Carolina de Andrade. Já Cristian (Kelner Macêdo) teve uma trajetória mais conturbada: chegou a perder o benefício da liberdade após ser detido sob suspeita de agressão e tentativa de suborno a policiais em Sorocaba (SP), mas conquistou sua liberdade em 2024.

Elize Matsunaga (Carol Garcia), que cumpriu pena de 19 anos e 11 meses pelo assassinato e esquartejamento do marido, o empresário Marcos Kitano Matsunaga, diretor executivo da Yoki, vive discretamente em Franca, interior de São Paulo, desde maio de 2022. Após sua libertação, trabalhou como motorista de aplicativo e se dedicou à produção de acessórios para pets. Não há informações sobre a relação com a filha.

Alexandre Nardoni (Lucas Oradovsch), que cumpria pena de 31 anos pela morte da filha Isabella Nardoni, de 5 anos, em 2008, foi solto em maio de 2024 e trabalha como promotor de vendas na empresa familiar. Anna Carolina Jatobá (Bianca Comparato), condenada a 26 anos no mesmo caso, obteve liberdade em junho de 2023. Embora tenham se separado durante o período de reclusão, foram vistos juntos em agosto de 2025, com indícios de reconciliação. Os dois filhos do casal ficaram sob os cuidados dos avós paternos, família de Alexandre, e hoje têm 18 e 20 anos.

O ex-médico Roger Abdelmassih (Anselmo Vasconcelos), condenado a 278 anos de prisão, pena posteriormente reduzida para 181 anos, cumpre pena na Penitenciária II de Tremembé, no interior de São Paulo, pelo estupro de 37 pacientes, crimes cometidos em seu consultório de reprodução assistida entre 1995 e 2008. Atualmente, ele ocupa uma cela individual no setor médico. Ele apresenta problemas cardíacos e respiratórios, mas a Justiça tem negado todos os pedidos de prisão domiciliar.

Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/veja-gente/tremembe-como-vivem-hoje-os-criminosos-da-serie-da-prime-video/>

1. O texto “Tremembé: como vivem hoje os criminosos da série da Prime Video” tem como principal objetivo e estrutura central
 - a) detalhar a produção e a recepção da série da Prime Video sobre crimes famosos.
 - b) apresentar a opinião do jornalista Ullisses Campbell sobre os condenados citados.
 - c) comparar o sistema prisional de Tremembé com outras penitenciárias paulistas.
 - d) informar sobre o regime de vida atual dos detentos famosos retratados na série, após progredirem de regime ou serem libertados.
 - e) criticar as decisões da Justiça ao conceder o regime aberto a condenados por crimes graves.
2. No trecho “Elize Matsunaga vive discretamente em Franca”, a palavra destacada é classificada morfológicamente como
 - a) adjetivo, qualificando o substantivo “Franca”.
 - b) advérbio de modo, modificando o sentido do verbo “vive”.
 - c) substantivo, sendo o nome de uma maneira de viver.
 - d) preposição, estabelecendo uma relação de lugar.
 - e) verbo, conjugado na terceira pessoa do singular.
3. Analise o período: “Alexandre Nardoni, que cumpria pena de 31 anos pela morte da filha Isabella Nardoni, de 5 anos, em 2008, foi solto em maio de 2024”. A oração subordinada destacada é classificada como:
 - a) Oração Subordinada Substantiva Objetiva Direta.
 - b) Oração Subordinada Adverbial Causal.
 - c) Oração Subordinada Adjetiva Restritiva, sem vírgulas.
 - d) Oração Subordinada Adjetiva Explicativa, introduzida pelo pronome relativo.
 - e) Oração Subordinada Adverbial Temporal.
4. No trecho: “O ex-médico Roger Abdelmassih cumpre pena na Penitenciária II de Tremembé... Ele apresenta problemas cardíacos e respiratórios”. Sobre o verbo em destaque, é correto afirmar que
 - a) é um Verbo de Ligação, pois estabelece uma característica ao sujeito.
 - b) é um Verbo Transitivo Direto, exigindo um objeto direto (“problemas cardíacos e respiratórios”).
 - c) é um Verbo Intransitivo, pois o complemento indica o lugar da ação.
 - d) está no plural para concordar com o Predicado Composto.
 - e) deveria estar no Pretérito Perfeito para indicar o início dos problemas de saúde.
5. Considerando as informações sobre os condenados em regime aberto (Suzane, Cravinhos, Matsunaga, Nardoni e Jatobá) e a situação de Roger Abdelmassih, qual inferência sobre as condições de cumprimento de pena, diretamente suportada pelo texto, é a mais plausível?
 - a) O regime de prisão domiciliar é concedido automaticamente a detentos com problemas de saúde.
 - b) A condenação por crimes passionais (como os de Richthofen e Matsunaga) garante maior facilidade na progressão de regime.
 - c) Detentos em regime aberto têm se dedicado a atividades laborais, empreendimentos ou retomada de estudos.
 - d) A maior parte dos condenados citados está cumprindo integralmente sua pena em regime fechado.
 - e) A Justiça de São Paulo tem sido inflexível na revisão das penas de todos os detentos de Tremembé.

Matemática

6. Considere os números complexos $z_1 = 5 + 2i$ e $z_2 = -3 - i$. Com isso, assinale a alternativa que apresenta corretamente o resultado do produto de z_1 por z_2 .
- a) $-17 - i$
 - b) $-17 + i$
 - c) $13 + 11i$
 - d) $-13 + 11i$
 - e) $-13 - 11i$
7. Considere a matriz $A = \begin{bmatrix} 3 & 2 \\ 1 & 0 \end{bmatrix}$ e $B = \begin{bmatrix} a & b \\ c & d \end{bmatrix}$, tais que o produto $A \cdot B = \begin{bmatrix} -1 & 8 \\ 1 & 2 \end{bmatrix}$. E então, assinale a alternativa que apresenta corretamente o valor de $a + b + c + d$.
- a) 0
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 6

Informática Básica

8. Considere o seguinte cenário: durante a digitação de um trabalho no Microsoft Word 365 (versão em português), Ana percebeu que escreveu incorretamente a palavra “sucessor”, ela escreveu “sussessor” em várias partes do documento. Ao revisar o texto, ela identificou que o erro ocorreu 12 vezes em diferentes páginas e deseja corrigir todas as ocorrências de uma só vez sem precisar alterar palavra por palavra manualmente. Nesse contexto, assinale a alternativa que apresenta a forma correta de realizar essa substituição no Microsoft Word 365 (versão português).
- a) Maria deve utilizar o recurso Localizar e Substituir, localizar a palavra incorreta e substituir todas as ocorrências de “sussessor” por “sucessor”.
 - b) Maria deve utilizar o Verificador Ortográfico, corrigindo manualmente cada ocorrência identificada.
 - c) Maria deve ativar o recurso Correção Automática, para que o Word substitua automaticamente todas as palavras incorretas.
 - d) Maria deve selecionar cada palavra incorreta e utilizar o atalho Ctrl + D para fazer as substituições uma a uma.
 - e) Maria deve habilitar a opção Traduzir Documento na guia Revisão, para que o programa substitua automaticamente os termos incorretos.

9. Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas.

Na utilização da Internet, cada recurso acessado é identificado por um endereço único denominado _____, que permite localizar páginas e arquivos na web. O envio de arquivos de um computador local para um servidor é chamado de _____, enquanto o processo inverso, ao copiar arquivos de um servidor para o computador é denominado _____, enquanto o software responsável por permitir o acesso e a navegação nas páginas da web é conhecido como _____.

- a) domínio / backup / upload / site
- b) link / transferência / download / rede
- c) ip / download / upload / protocolo
- d) url / upload / download / navegador
- e) hyperlink / acesso / download / servidor

10. De acordo com Bezerra (2023), malware é um termo genérico que engloba softwares maliciosos projetados para comprometer a confidencialidade, integridade e disponibilidade de sistemas e dados, por meio de diferentes técnicas de infecção, propagação e persistência. A partir da definição apresentada, relacione as colunas com os malwares e as descrições apresentadas e assinale a alternativa com a sequência correta.

- 1. Phishing.
 - 2. Worm.
 - 3. Trojan.
 - 4. Ransomware.
- () Código malicioso que se propaga automaticamente por redes e sistemas, explorando vulnerabilidades, sem depender da execução de um arquivo hospedeiro.
- () Técnica de engenharia social que utiliza mensagens falsas, links ou sites fraudulentos para induzir usuários a revelar credenciais ou informações sigilosas.
- () Programa malicioso que se disfarça de software legítimo e, após ser instalado, pode abrir brechas de segurança, roubar dados ou permitir acesso remoto indevido.
- () Malware que criptografa os dados do usuário ou bloqueia o acesso ao sistema e exige pagamento para restabelecer o acesso.
- a) 1 – 4 – 2 – 3.
 - b) 2 – 3 – 4 – 1.
 - c) 2 – 1 – 3 – 4.
 - d) 3 – 1 – 4 – 2.
 - e) 4 – 2 – 3 – 1.

Conhecimentos Gerais

11. De acordo com o artigo nº 82 da Lei orgânica de Santa Amélia/PR, a publicação das Leis e Atos Municipais far-se-á em órgão de imprensa local ou regional, ou por afixação na sede da Prefeitura ou na Câmara Municipal, conforme o caso. Com base no parágrafo único do referido artigo, assinale a alternativa correta.
- a) A escolha do órgão de imprensa para a divulgação das leis e atos administrativos far-se-á através contrato administrativo, levando-se em conta a empresa que apresentar o menor preço.
 - b) A escolha do órgão de imprensa para a divulgação das leis e atos administrativos far-se-á através de licitação, em que se levarão em conta não só as condições de preço, como as circunstâncias de frequência, horário, tiragem e distribuição.
 - c) A escolha do órgão de imprensa para a divulgação das leis e atos administrativos será feita diretamente pelo Prefeito, sem necessidade de licitação, desde que haja justificativa de interesse público e o preço seja compatível com o praticado no mercado, comprovadamente através de pelo menos, três orçamentos.
 - d) Para a seleção do órgão de imprensa para a divulgação das leis e atos administrativos, considerar-se-á apenas o menor preço ofertado, sendo vedada a análise de critérios como horário, tiragem ou distribuição.
 - e) A escolha do órgão de imprensa para a divulgação das leis e atos administrativos será feita diretamente através de chamamento público, em que se levarão em conta a melhor técnica.
12. Em 28 de outubro de 2025, o Estado do Rio de Janeiro deflagrou uma grande operação policial nos Complexos da Penha e do Alemão contra a facção Comando Vermelho, com mais de 2.500 agentes envolvidos, helicópteros, blindados e drones. A ação resultou em dezenas de mortos, entre civis suspeitos e policiais, e suscitou críticas de violações de direitos humanos por parte de moradores. Qual é o nome dado a essa operação?
- a) Operação Horizonte.
 - b) Operação Liberdade.
 - c) Operação Contenção.
 - d) Operação Conquista.
 - e) Operação Fortaleza.

Conhecimentos Específicos

13. A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. A avaliação da dor é fundamental para o tratamento adequado e a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Tanto na fisioterapia quanto em outras áreas da saúde, a avaliação da dor visa compreender sua causa, gravidade e impacto nas atividades diárias, humor, cognição e sono. O fisioterapeuta deve dominar o conhecimento científico e prático para a escolha do tratamento baseado nos mecanismos clínicos, ou seja, de acordo com o tipo de dor predominante. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito da fisiopatologia da dor nociplástica.
- a) Dor nociplástica é a dor associada a um processamento adaptativo patológico, disfuncional ou, ainda, ao mal funcionamento do sistema nervoso. Essa condição envolve a amplificação da sinalização dos neurônios nociceptivos no sistema nervoso central (SNC), mesmo na ausência de evidências claras de dano tecidual real ou ameaçador. Ou seja, é a dor que ocorre apesar de não haver lesão periférica ou doença somatossensorial que justifique a ativação dos nociceptores.
 - b) Dor nociplástica é toda dor associada à lesão e a doenças do sistema nervoso central (SNC) ou sistema nervoso periférico (SNP). Ou seja, surge em decorrência de lesões nos nervos, medula espinhal ou cérebro. O mecanismo da dor nociplástica inclui danos aos nervos que resultam em sinais anormais como sensação de queimação, formigamento ou choque elétrico.
 - c) Por definição, a dor nociplástica é caracterizada por surgir da nocicepção alterada. Em suma, é uma categoria de dor crônica que não se enquadra nas definições tradicionais de dor nociceptiva ou neuropática.
 - d) A dor nociplástica pode ocorrer isoladamente ou como comorbidade em outras condições de dor crônica. Portanto, é importante que o fisioterapeuta consiga reconhecê-la para proporcionar diagnóstico e tratamento adequados aos pacientes que sofrem com essa condição.
 - e) O mecanismo da dor nociplástica envolve o sistema de processamento da dor de forma hiperativa, amplificando as sensações dolorosas. Como exemplo é possível citar dor crônica sem causa estrutural.

14. A lesão medular (LM) é uma condição complexa que afeta múltiplos sistemas, impactando significativamente a capacidade individual dependendo do comprometimento da medula espinal. Pode ser traumática ou não traumática. E, a capacidade funcional de um indivíduo é determinada pelo grau de comprometimento dos sistemas motor, sensorial e autonômico. É essencial uma avaliação precisa para diagnosticar a extensão da lesão (completa/incompleta) e identificar os níveis medulares e estruturas íntegras. Assim, esses aspectos são importantes para definir o processo de reabilitação do indivíduo e determinar suas potencialidades, ou seja, quão funcional ele será no futuro. Diante do exposto, analise as assertivas a respeito da fase de reabilitação na lesão medular pós-hospitalização e assinale a alternativa correta.
- I. Na reabilitação pós-hospitalização, a fisioterapia avalia mobilidade, função respiratória, integridade da pele, sistema sensorio-motor, amplitude de movimento, tônus e força muscular. O objetivo é estimular a reabilitação e prevenir complicações futuras, utilizando ferramentas e escalas de avaliação para documentar a evolução a curto, médio e longo prazo.
- II. A fisioterapia pós-lesão medular, ao abranger domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), visa melhorar a participação e qualidade de vida, modificando deficiências para promover a independência. Com os avanços na medicina, reabilitação e tecnologia, indivíduos com lesão medular vivem mais e com maior independência. O foco da reabilitação mudou para qualidade de vida e participação comunitária, tornando essencial avaliar e implementar intervenções que melhorem essa participação.
- III. No planejamento da reabilitação, é crucial estabelecer metas funcionais viáveis de curto e longo prazo. Elas são individuais, baseadas na avaliação fisioterapêutica, e respeitam as necessidades e o nível/extensão da lesão medular.
- IV. O foco da reabilitação é maximizar a independência funcional. Contudo, se a lesão impedir essa independência, pode ser preciso um cuidador. A avaliação fisioterapêutica, ao identificar dificuldades e potenciais, direciona as metas de tratamento, incluindo, se necessário, cuidadores e familiares. O fisioterapeuta pode ter em mente algumas metas funcionais esperadas em indivíduos com lesão medular completa, de acordo com o nível neurológico preservado. É crucial a avaliação individual de cada paciente para definir novas metas e observar a evolução clínica.
- V. A fisioterapia para lesão medular visa fortalecer regiões preservadas, estimular trocas posturais e transferências, otimizar controle de tronco, promover independência em cadeira de rodas e ortostatismo terapêutico. A recuperação funcional e neuroplasticidade estão ligadas a estímulos sensoriais e exercícios repetitivos; otimizar mobilidade, independência e qualidade de vida ainda é um desafio, daí a importância de diferentes intervenções.
- a) Apenas I, II e III estão corretas.
b) Apenas IV e V estão corretas.
c) Apenas II e IV estão corretas.
d) Apenas I, III e V estão corretas.
- e) Todas estão corretas.
15. A realidade de uma população em constante envelhecimento é cada vez mais palpável, tanto no contexto dos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A velhice não é sinal de doença, mas a maior expectativa de vida pode vir acompanhada de maior número de doenças crônicas e, dentre elas, está o acidente vascular encefálico (AVE). Este por sua vez, pode ser definido como a redução ou a interrupção completa da circulação sanguínea em determinada região tecidual encefálica gerando comprometimento motor e sensitivo que reflete o local, extensão e duração da lesão. Diante dessa afirmativa, são características clínicas do acidente vascular encefálico (AVE), exceto:
- a) no momento da lesão alguns sinais e sintomas são característicos: desvio da rima labial, cefaleia, vertigem, rebaixamento do nível de consciência, alteração visual, convulsão, disartria, paresia, parestesia, desvio do olhar, náuseas, vômitos, agitação psicomotora, ptose palpebral e/ou dispneia.
- b) hipotonia na fase aguda e hipertonía na crônica; hiper-reflexia tendinosa; presença do reflexo cutâneo-plantar (Babinski); hipometria ou hipermetria; alteração do nível de consciência, campo visual, julgamento e planejamento.
- c) há algumas complicações secundárias que o paciente que teve acidente vascular encefálico (AVE) pode vir a apresentar, e uma delas é a marcha hemiparética. Esta, se caracteriza pelo fato de que durante a marcha ocorre a flexão do membro superior (MS) e extensão do membro inferior (MI) do hemicorpo acometido, fazendo com que este não suporte todo o peso na fase de apoio e não se projete totalmente na fase de balanço. Como a força dos dorsiflexores está diminuída, o movimento contra a gravidade não ocorre e o indivíduo realiza a circundução da pelve para completar o movimento e não arrastar o pé.
- d) os sinais e sintomas do acidente vascular encefálico (AVE) são de início insidioso e assimétrico, podendo, qualquer uma de suas manifestações, aparecer isoladamente ou em associação, podendo variar de paciente para paciente. E, os sinais clínicos do acidente vascular encefálico (AVE) são constituídos, principalmente, pela tríade: tremor, rigidez e bradicinesia.
- e) o descondicionamento cardiorrespiratório está dentre as complicações secundárias que um paciente que teve acidente vascular encefálico (AVE) pode apresentar, pois, as atividades comuns passam a exigir alto gasto energético e o indivíduo se mantém sedentário, aumentando o risco de reincidência da doença. Além disso, há também a possibilidade da presença de úlceras de pressão, trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar, disfagia, broncoaspiração, afasia, disartria, apraxia, discalculia, ataxia, ombro doloroso, déficit de equilíbrio, contraturas, incontinência urinária e/ou fecal, comprometimento das atividades de vida diária (AVD's) e depressão.

16. A pelve e o assoalho pélvico, em conjunto com seus ligamentos e fâscias, formam uma estrutura estável que fornece sustentação e proteção aos órgãos pélvicos e conecta os membros inferiores ao esqueleto axial, transmitindo o peso da porção superior do corpo aos membros inferiores. Pelas suas características morfológicas, biomecânicas e pela constituição dos seus tecidos conectivos, já que é na pelve que estão alguns dos ligamentos mais fortes do corpo, se fosse para definir a pelve em uma palavra, essa seria estabilidade. Estabilidade na marcha, estabilidade em repouso, estabilidade para as vísceras e estabilidade para o feto se desenvolver durante a gestação. Sendo assim, relacione corretamente os ligamentos que a pelve possui indicados a seguir com a sua descrição correspondente e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Ligamentos iliolumbares.
 2. Ligamentos sacroilíacos anteriores.
 3. Ligamentos sacroilíacos posteriores.
 4. Ligamentos sacrotuberoso e sacroespinhoso.
 5. Ligamentos púbicos anterior, inferior, superior e posterior.
 6. Ligamento inguinal.
- A. Limitam a anteversão pélvica. Ambos se originam no sacro, um se insere na tuberosidade isquiática e o outro se insere na espinha isquiática.
 - B. Articulam os ossos púbicos formando a sínfise púbica, juntamente com o disco de fibrocartilagem interpúbico.
 - C. Limitam a inclinação lateral do tronco, conectam a quinta vértebra lombar à crista ilíaca.
 - D. Ponto de inserções musculares, conecta espinhas ilíacas anterossuperiores ao tubérculo púbico.
 - E. Limitam a anteversão pélvica ou nutação, conectam o sacro à superfície anterior do ílio.
 - F. Limitam a retroversão pélvica ou contranutação, dividem-se em posterior curto (do ílio posterior à parte inferior do sacro), posterior longo (da espinha ilíaca posterossuperior à terceira e quarta vértebras sacrais) e interósseo (conectam aspectos posteriores das articulações sacroilíacas).
- a) 1F – 2D – 3E – 4C – 5A – 6B.
 - b) 1B – 2C – 3A – 4F – 5D – 6E.
 - c) 1A – 2B – 3C – 4D – 5E – 6F.
 - d) 1D – 2F – 3B – 4E – 5C – 6A.
 - e) 1C – 2E – 3F – 4A – 5B – 6D.

17. As diferentes doenças reumáticas existentes ocasionam comprometimentos que interferem no desempenho das atividades de vida diária do indivíduo, bem como no seu estudo, trabalho e demandam altos custos com a saúde. Tais comprometimentos podem gerar incapacidades funcionais, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos de todas as idades. Sendo assim, os profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, devem se concentrar na reabilitação dos pacientes por meio do controle das atividades das doenças e do quadro de dor, preservando a integridade física e psicológica. E para isso, é necessário investigar os melhores modelos de treinamento com evidências baseadas na eficácia e segurança para cada paciente com doença reumatológica, respeitando a sua individualidade. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito das características da artrite idiopática juvenil (AIJ) e da atuação

fisioterapêutica no tratamento de pacientes com esta patologia.

- a) A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumática mais comum na infância e pode se manifestar até os 16 anos, sendo que evolui com o avanço da idade. O quadro clínico pode incluir manifestações sistêmicas, febre, surtos inflamatórios e musculoesqueléticos, incluindo dor, calor, rubor, tumefação e perda de função, rigidez, câibras, tenossinovite, contraturas, atrofias e fraquezas musculares, resultando em incapacidade funcional e mal-estar generalizado.
- b) O acompanhamento de uma equipe multiprofissional é muito importante, pois além das queixas físicas, esses pacientes também podem apresentar ansiedade e depressão, que, muitas vezes, refletem no desempenho corporal. A fisioterapia utiliza-se de vários recursos terapêuticos, objetivando a prevenção de incapacidade funcional, o alívio dos sintomas decorrentes do quadro clínico da artrite idiopática juvenil (AIJ) e a melhora da qualidade de vida.
- c) Na artrite idiopática juvenil (AIJ), o acometimento articular é menos frequente nas articulações do joelho, quadril e tornozelo. Entre as principais manifestações intra-articulares, estão febre persistente, *rash* cutâneo (manchas de pele), linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, uveíte, serosite, psoríase, pericardite, comprometimento nutricional, retardo do crescimento e puberdade tardia.
- d) A realização de uma avaliação fisioterapêutica criteriosa é muito importante para determinar um diagnóstico cinético-funcional preciso e prescrever uma conduta fisioterapêutica adequada. Também é necessário que as condições clínicas sejam analisadas, assim como considerar no tratamento o uso de recursos que apresentem evidência científica. Algumas crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ) podem apresentar baixa performance física e comprometimento das capacidades aeróbia e anaeróbia, levando a limitação na capacidade de executar as atividades de vida diária e esportivas. Para a realização do programa de reabilitação, é necessária uma avaliação adequada, pois o comprometimento articular, as disfunções cardíacas e as autonômicas colaboram para a reduzida capacidade cardiovascular.
- e) É muito importante que as crianças e os familiares participem de um programa de orientação e educação para aprender a conviver e se adaptar a algumas limitações impostas pela fisiopatologia da doença, assim como no enfrentamento da doença e na adesão a programas de reabilitação. Portanto, a fisioterapia tem papel fundamental no tratamento da artrite idiopática juvenil (AIJ), principalmente na diminuição da dor, no ganho de força muscular e de mobilidade articular, na capacidade funcional e na qualidade de vida. Dentre os recursos utilizados no tratamento, estão a cinesioterapia (exercícios isométricos e de força muscular), a hidroterapia, a eletrotermofototerapia e, a prática de exercícios de pilates clínico pode aumentar a mobilidade em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ), tornando-os mais ativos na realização das atividades diárias.

18. A coluna vertebral tem a função de dar estabilidade e segurança para que as extremidades do corpo consigam se mover, proteger a medula espinal e suportar o peso corporal durante as atividades do dia a dia. Como a coluna apresenta uma biomecânica complexa, qualquer desequilíbrio muscular e/ou articular pode favorecer a ocorrência de lesões, causando limitações e restrições funcionais. As órteses indicadas para essa região podem colaborar com o tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Diante do exposto, analise as assertivas a respeito das lesões que podem acometer a coluna vertebral e como as órteses podem contribuir para a resolução dessas lesões e assinale a alternativa correta.
- O mecanismo de lesão da entorse cervical é um movimento abrupto de rotação, flexão ou extensão que acomete os músculos trapézio superior, esternocleidomastóideo, escaleno e esplênio da cabeça e do pescoço. Os sintomas são: dor localizada, sensibilidade pontual e restrição de movimentos. A órtese mais indicada, além do tratamento fisioterapêutico, é um colar cervical.
 - A estenose da coluna é um alargamento do canal vertebral que pode invadir a medula espinal, podendo ocorrer tanto por uma variação congênita como por alguma alteração nas vértebras, incluindo o desenvolvimento de esporões ósseos, osteófitos ou protuberâncias discais. Os sintomas podem ser: parestesia, como queimação e formigamento, aumento de força e da função na região correspondente, e a dor pode estar ausente no início. Além disso, movimentos de hiperflexão e hiperextensão tendem a melhorar os sintomas. As órteses indicadas são aquelas de controle moderado e até mesmo máximo, que proporcionam diminuição do espaço intervertebral (tração).
 - A hérnia de disco trata-se de uma extrusão ou degeneração do disco vertebral, podendo ocorrer por trauma ou sobrecarga repetitiva. Os sintomas são: dor, limitação de movimento, alterações sensitivas e de força. A hérnia de disco ocorre mais frequentemente na coluna cervical e lombar, e as órteses indicadas são colar cervical e, no caso das hérnias lombares, uma cinta, que ajudaria no alívio dos sintomas.
 - A escoliose caracteriza-se por um desvio lateral da coluna e pode ser não estrutural ou estrutural. No tipo não estrutural, não há alterações estruturais das vértebras ou dos discos intervertebrais, sendo uma condição não progressiva, que não costuma ser grave, não tem rotação fixa das vértebras e que, nas flexões laterais, encontra-se de forma simétrica nos aspectos clínico-radiográficos, além disso, a escoliose tende a desaparecer após o tratamento da doença de base. Já as estruturais apresentam deformidades no corpo vertebral, os tecidos moles estão retraídos na concavidade da curva e as vértebras envolvidas se apresentam com deformidade em rotação fixa, em que o corpo vertebral roda para a convexidade da curvatura. As órteses indicadas para escoliose têm o objetivo de impedir a progressão e o aumento das curvas e apresentam os melhores resultados em pacientes com escoliose não estrutural, com curvas não graves, menores que 50 de Cobb, que ainda estejam em fase de crescimento e com curvas flexíveis. O colete de Milwaukee é a órtese mais utilizada para escolioses.
- V. As fraturas vertebrais podem ser por compressão (movimento de hiperflexão ou quedas) ou por processos transversos e espinhosos (chutes ou trauma direto no local) e apresentam alto risco, em função da grande probabilidade de acometerem a medula espinal. No caso de fraturas por compressão na cervical, as órteses mais indicadas são Minerva e Halo. Em outros casos, podem ser utilizados os colares Philadelphia ou Miami. Na coluna lombar, podem ser utilizadas as órteses toracolumbossacras ou lombossacras, pois estabilizem a região lombar, permitindo a cicatrização óssea, como a Knight e a Taylor.
- VI. A espondilólise e espondilolistese caracterizam-se por alterações na estrutura e no posicionamento das vértebras e estão associadas com estabilidade vertebral e dor. A espondilolistese é uma descontinuidade óssea do segmento vertebral, mais precisamente na região entre as facetas articulares superiores e inferiores do arco vertebral. Já a espondilólise é a subluxação de duas vértebras adjacentes. Em geral, a espondilólise é uma consequência e progressão da espondilolistese. E, as órteses indicadas são as toracolumbossacras ou lombossacras que estabilizam a região lombar, como a *four-post* e a Minerva.
- Apenas I, III, IV e V estão corretas.
 - Apenas IV, V e VI estão corretas.
 - Apenas II, IV e VI estão corretas.
 - Apenas I, II e III estão corretas.
 - Todas estão corretas.
19. A radiografia de tórax é um exame de imagem bem comum, principalmente devido a seu baixo custo, à possibilidade de ser realizado à beira-leito e à grande disponibilidade nos sistemas hospitalares, seja de grandes centros, periferias ou até mesmo intra-hospitalar. Sua interpretação é primordial para encontrar alterações torácicas e no campo pleuropulmonar, favorecendo tanto o diagnóstico nosológico quanto o diagnóstico cinético funcional. No entanto, para obter sucesso nessa interpretação, é imprescindível uma sistematização da avaliação da imagem, respeitando a semiologia e a terminologia radiológica. A opacidade é descrita como um termo genérico e inespecífico que indica qualquer imagem que atenua o feixe de raios X tornando a imagem radiográfica mais opaca (“branca”). Portanto, leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome do tipo de opacidade descrito: “Indica preenchimento do espaço aéreo, obliterando a imagem de vasos e vias aéreas, com maior densidade, de cunho homogêneo e limites imprecisos. Sua etiologia pode ser de preenchimento por: transudato (aumento da pressão hidrostática ou redução da pressão coloidosmótica), exsudato (processo infeccioso), sangue, material gástrico e neoplasia (carcinoma broncogênico). Relacionados a este tipo de opacidade, têm-se os sinais radiográficos mais clássicos: o sinal do broncograma aéreo e o sinal da silhueta.”
- Nódulo.
 - Opacidade em vidro fosco.
 - Massa.
 - Consolidações.
 - Opacidades intersticiais.

20. A artroplastia de quadril consiste na substituição do acetábulo e da cavidade glenoide por material artificial. Existem vários tipos de técnicas para a artroplastia total de quadril e independentemente da abordagem escolhida, todas seguem o mesmo princípio, no qual há a remoção dos restos e das partes moles, e da cabeça femoral, sendo então o acetábulo substituído pela prótese, fixada mecanicamente ou com cimento ósseo. Então, a cabeça femoral é substituída e fixada da mesma maneira. Na maioria dos casos, há sucesso nas artroplastias de quadril, havendo redução na dor e melhora da amplitude de movimento e marcha. E, o sucesso do tratamento fisioterapêutico nesses casos, deve-se basicamente a uma boa avaliação clínica e funcional, além de que é papel do fisioterapeuta a educação e a orientação do paciente quanto aos cuidados com o membro operado e à reabilitação. Diante dessa afirmativa, são orientações dadas pelo fisioterapeuta que fazem parte da educação do paciente pós artroplastia total de quadril, exceto:

- a) a prevenção de luxação da prótese deve ser um ponto a se considerar. O fisioterapeuta deve orientar o paciente quanto a posições e gestos que podem levar à instabilidade do quadril, sendo a combinação de flexão, adução e rotação interna a que oferece maior risco. O ato de amarrar o calçado é um exemplo clássico dessa situação.
- b) deve-se orientar o paciente sobre a necessidade diária de estar realizando giros bruscos, cruzar as pernas, sentar-se em poltronas altas, assim como orientá-lo a dormir em decúbito lateral sem um travesseiro entre as pernas e, de preferência, com o membro operado para baixo, favorecendo uma adução excessiva.
- c) o paciente deve ser educado, por meio do tratamento fisioterapêutico, a cuidar de sua prótese e aumentar sua vida útil, devendo controlar o peso corporal, não carregar peso, evitar longas caminhadas e repousar durante algum período do dia.
- d) a artroplastia de quadril pode deixar algumas sequelas. A dismetria é a principal delas, devendo ser corrigida com palmilhas. Também, um alinhamento inadequado do membro pode ocorrer, permanecendo alguns graus de rotação interna ou externa. Porém, não se deve corrigi-lo, sob o risco de diminuir a estabilidade do quadril, e sim adaptar o paciente a essa condição.
- e) a longo prazo, pode haver infecção no local da prótese e afrouxamento. Isso provocaria uma dor intensa, contínua e persistente, sendo necessário que o fisioterapeuta oriente que caso isso aconteça, o paciente deve procurar o cirurgião para uma reavaliação cirúrgica. Assim, o tratamento fisioterapêutico para artroplastia de quadril se consolida, em grande parte, em criar consciência no paciente, orientando-o e educando-o quanto às suas atividades diárias, desde as mais simples até as mais complexas, para reduzir o risco de diminuir a vida útil da prótese e aumentar a sobrecarga articular, levando a dores residuais.

21. O trabalho de parto é um momento de significativo estresse para a gestante, tanto pelas questões emocionais e a expectativa com a chegada do bebê quanto pelas contrações uterinas que geram fortes dores. Além disso, o trabalho de parto é dividido em duas fases. Na primeira fase do trabalho de parto, ocorrem contrações uterinas que permitem a dilatação progressiva do colo uterino, enquanto na segunda fase, ocorre a expulsão fetal, na qual as contrações e a dilatação do colo uterino se tornam mais intensas. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta com relação à abordagem fisioterapêutica na primeira fase do trabalho de parto.

- a) A primeira fase do trabalho de parto é marcada por intensas dores. Esses sintomas devem ser respeitados e considerados pela fisioterapia, visto que dor é subjetiva e pode ser influenciada por aspectos socioculturais, psicológicos, da individualidade e do ambiente. Dessa forma, os objetivos fisioterapêuticos nessa fase são promover alívio da dor e auxiliar na redução da ansiedade da gestante e do tempo de trabalho de parto. Para alcançar esses objetivos fisioterapêuticos e proporcionar bem-estar à gestante nesse momento, o fisioterapeuta pode utilizar uma série de recursos não invasivos e não farmacológicos. Além disso, a primeira fase do trabalho de parto requer estratégias simples e rápidas que controlem a dor da gestante e promovam o relaxamento da musculatura pélvica para que a fase de expulsão ocorra o mais rápido possível.
- b) O fisioterapeuta utiliza a cinesioterapia nesta fase do trabalho de parto, pois os exercícios terapêuticos nessa fase podem contribuir para o alívio da dor e para reduzir o tempo do parto. Podem ser realizados exercícios de alongamento, exercícios com bola suíça e bastão, exercícios de mobilização pélvica (retroversão e anteversão), exercícios ativos de membros superiores e inferiores, e deambulação associada a exercícios de membros superiores e respiratórios.
- c) As técnicas de terapia manual podem ser utilizadas para aliviar os sintomas dolorosos, como a massagem, com deslizamentos superficiais e suaves. Essa massagem pode ser realizada pelo fisioterapeuta ou pelo acompanhante da gestante (após as orientações do fisioterapeuta). Sugere-se que, entre as contrações, as massagens sejam realizadas na coluna, nos membros superiores e nos membros inferiores. Já durante as contrações, a massagem deve ser aplicada na região lombossacra, que corresponde à inervação do útero e do canal de parto.
- d) Com relação aos exercícios respiratórios nesta fase, podem ser realizadas incursões inspiratórias e expiratórias prolongadas, propriocepção diafragmática, incluindo comandos verbais e orientações para preparação ao parto. O fisioterapeuta deve orientar que a gestante respire com um padrão natural, sem respirações rápidas e superficiais, que podem interferir na fisiologia natural e nas trocas gasosas, causar hiperventilação pulmonar e favorecer hipoxemia fetal.
- e) O fisioterapeuta precisa se atentar ao posicionamento da gestante, pois na primeira fase do parto, a gestante pode adotar diferentes posições que forneçam desconforto e insegurança a ela. E, alguns cuidados devem ser evitados pelo fisioterapeuta no momento de orientar a gestante. Assim, as posições que mais favorecem a contratilidade uterina são as horizontais, com ou sem bola suíça (sentada, ortostática, ajoelhada, cócoras, quatro apoios ou em deambulação). Entretanto, se a

gestante tiver alguma patologia que requeira repouso, o fisioterapeuta pode posicionar a paciente de forma confortável em decúbito lateral direito, pois assim proporcionará melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. É recomendado posicionar a gestante em decúbito dorsal, visto que nessa posição parece ocorrer o aumento do ritmo das contrações uterinas e alteração do retorno venoso e da saturação de oxigênio fetal pela compressão de veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico.

22. A fisioterapia neurofuncional avalia a topografia e os níveis de lesão neurológica para entender as repercussões clínicas e as fases de recuperação. Essa análise é crucial para a compreensão do quadro clínico, o diagnóstico e a elaboração do plano de tratamento fisioterapêutico, considerando as condições de saúde e fatores contextuais do paciente. Portanto, o conhecimento anatomoclínico aprimora o diagnóstico fisioterapêutico e a acurácia prognóstica. Leia o fragmento a seguir a respeito do sistema nervoso e assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas.

“O sistema nervoso é dividido, estruturalmente, em central e periférico. O limite entre esses sistemas é a _____ (membrana meníngea que reveste as estruturas centrais). O sistema nervoso _____ é constituído pelo encéfalo e pela medula espinal. O sistema nervoso _____ é formado por nervos, gânglios e receptores sensoriais. Funcionalmente, o sistema nervoso é organizado em sistema _____ ou voluntário e sistema visceral ou _____. Lesões neurológicas _____ causam déficits motores (paresia, hipotonia, hiporreflexia) e sensoriais (hipoestesia, anestesia), além de sintomas sensoriais decorrentes de falhas no processamento central (parestesia, disestesia, alodinia). Já as lesões _____ apresentam sintomas sensoriais semelhantes, porém com distribuição mais difusa, podendo afetar todo o hemicorpo contralateral ao dano. E, quanto aos sinais motores, há a combinação de sinal deficitário, paresia ou plegia, e sinais de liberação, em que há aumento da atividade motora reflexa, como a hipertonia elástica e hiper-reflexia.”

- a) pia-máter / periférico / central / autônomo / somático / centrais / periféricas
- b) dura-máter / central / periférico / autônomo / somático / periféricas / laterais
- c) aracnoide / lateral / central / periférico / autônomo / centrais / somáticas
- d) pia-máter / central / periférico / somático / autônomo / periféricas / centrais
- e) dura-máter / somático / periférico / central / autônomo / centrais / periféricas

23. A doença de Parkinson (DP) se manifesta com maior frequência depois dos 50 anos de idade, considerada um dos distúrbios nervosos mais comuns dos idosos, que acomete tanto homens quanto mulheres e, que em alguns casos, pode ser hereditária, principalmente quando acomete uma pessoa jovem. É descrita como uma doença neurodegenerativa que ocorre quando as células nervosas do cérebro que produzem dopamina são destruídas lentamente. Além disso, os sinais e sintomas da doença de Parkinson (DP) são de início insidioso e assimétrico, podendo, qualquer uma de suas manifestações, aparecer isoladamente ou em associação, podendo variar de paciente para paciente. Diante do exposto a respeito dos sinais e sintomas da doença de Parkinson (DP), assinale a alternativa que apresenta a descrição correta da rigidez.

- a) Corresponde à dificuldade de iniciar o movimento, e a lentidão e pobreza de movimentos que tais pacientes exibem. Os movimentos voluntários e automáticos estão reduzidos em sua velocidade, alcance e amplitude. É resultado da falta de integração da informação sensitiva pelos gânglios da base, com uma alteração no planejamento motor e na facilitação do movimento. Essa alteração na mão dominante leva a uma escrita lenta e com letra pequena (micrografia) e à dificuldade nas atividades de vida diária (AVD's). Além disso, a face do paciente também é alterada, perde a expressão espontânea.
- b) É definido como surtos involuntários rítmicos, alternados de movimento de grupos musculares antagonistas, ocorrendo cerca de 4 a 7 oscilações por segundo. Clinicamente descrito como sendo de repouso, exacerba-se durante a marcha, no esforço mental e em situações de tensão emocional, diminui com a movimentação voluntária do segmento afetado e desaparece com o sono. Mas à medida que a doença avança, ele pode ocorrer com o movimento e não só ao repouso.
- c) Trata-se de uma forma de hipertonía denominada plástica, em que a resistência à movimentação passiva é uniforme ao longo de toda a excursão do segmento mobilizado (roda denteada) e em todas as direções. Pode ter distribuição desigual, iniciando, frequentemente, em um membro, ou em um dos lados, e, eventualmente, disseminando-se até envolver todo o corpo. Ela aumenta com tensão nervosa ou nos ambientes frios. Um dos primeiros sinais dessa alteração, é a perda dos movimentos associados dos braços durante o andar. Os casos mais avançados mostram extensão do punho, flexão das articulações metacarpofalangianas e hipertensão das articulações interfalangianas. É, embora esse sintoma não seja responsável pela escassez de movimento que caracteriza o parkinsonismo, indubitavelmente contribui para ela.
- d) É uma incapacidade transitória na execução de movimentos ativos. Ele afeta mais comumente as pernas ao andar, mas também pode envolver a abertura das pálpebras. A parada ocorre subitamente e é transitória, durando, no máximo, alguns segundos de cada vez. Os pés parecem “grudados no solo” e, então, subitamente, “se desprendem,” possibilitando que o paciente caminhe novamente. Costuma ocorrer quando o paciente começa a andar, tentar voltar quando está caminhando ou quando teme não ser capaz de lidar com barreiras como portas giratórias, corredores estreitos ou ruas com tráfego pesado.

e) As reações de endireitamento, equilíbrio e extensão protetora estão todas diminuídas. Quando o equilíbrio se perde, os ajustes compensatórios imediatos, necessários para que seja recuperado o equilíbrio, ficam reduzidos. Se o paciente chega a cair, poderão estar ausentes as respostas protetoras, resultando em lesões frequentes. Na medida em que falham, o paciente colapsa na cadeira quando tenta sentar-se (senta-se em bloco). Serve para diferenciar o Parkinson de outras alterações motoras. Correspondem a um alentecimento dos movimentos, especialmente os automáticos, havendo uma pobreza geral da movimentação. Na instabilidade postural os pacientes experimentam dificuldades crescentes durante atividades dinâmicas desestabilizantes, como: alcance funcional, andar e virar.

24. Os programas de reabilitação cardiovascular (RCV) envolvem uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas. A reabilitação cardiovascular é um ramo da cardiologia que, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, restaura o indivíduo a uma condição clínica, física, psicológica e profissional satisfatória, permitindo-lhe retomar uma vida ativa e produtiva. Assim, pode-se afirmar que a reabilitação cardiovascular oferece diversos benefícios aos pacientes com coronariopatias. Diante dessa afirmativa, são benefícios da reabilitação cardiovascular em pacientes com coronariopatias, exceto:

- a) com relação à frequência cardíaca e pressão arterial há redução da frequência cardíaca; redução da pressão arterial sistólica; e, concentração plasmática de catecolaminas durante exercícios de intensidade submáxima.
- b) predispõe a maior chance de eventos coronarianos subsequentes, além de promover descompensações com pioras repentinas ou graduais da função cardíaca.
- c) há aumento do limiar de angina pois ocorre maior tempo de diástole promovido pela diminuição da frequência cardíaca, aumentando o fluxo coronariano.
- d) favorece o controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- e) há melhora da isquemia miocárdica pois apresenta redução da demanda de oxigênio pelo miocárdio em determinados níveis de esforço; aumento do volume sistólico; atenuação da taquicardia durante exercícios submáximos; melhora da resposta vasodilatadora dependente do endotélio; e, aumento da perfusão na microcirculação coronariana, provavelmente devido ao recrutamento de vasos colaterais.

25. As doenças respiratórias são condições que afetam o sistema respiratório, podem ser agudas ou crônicas e, incluem variados sintomas. O fisioterapeuta visa prevenir e tratar doenças pulmonares, utilizando técnicas para melhorar a função respiratória, mobilizar secreções, fortalecer a musculatura e proporcionar uma qualidade de vida para os pacientes. Assim sendo, leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome da doença respiratória descrita: “É uma doença caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. Apresenta sintomas respiratórios como sibilos, falta de ar, sensação de aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e em intensidade com a limitação variável do fluxo aéreo expiratório. Geralmente está associada à hiper-responsividade brônquica e à inflamação das vias aéreas. A sua principal característica quando aguda, é um episódio súbito e reversível de broncoconstrição, levando a um aumento da resistência das vias aéreas que varia em gravidade. A mudança aguda na carga mecânica (principalmente resistiva) gera hiperinsuflação, aumento do esforço muscular respiratório e dispneia. A hiperinsuflação também reduz a eficiência muscular respiratória, e, portanto, o desempenho da musculatura respiratória pode, em última análise, evoluir para fadiga e exaustão.”

- a) Pneumonia.
- b) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- c) Tuberculose.
- d) Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).
- e) Asma.

26. Os pacientes com doença de Alzheimer (DA) apresentam perda de memória, o pode ter consequência na vida diária, de muitas maneiras, conduzindo a problemas de comunicação, riscos de segurança e problemas de comportamento. Logo, a doença de Alzheimer (DA) é definida como uma doença neuropsiquiátrica progressiva do envelhecimento, insidiosa, crônica e com características degenerativas, que desencadeia uma série de efeitos tanto a nível intelectual quanto a nível motor, marcadas pelo envelhecimento prematuro do cérebro, cujos primeiros sinais aparecem, com frequência, em meados da vida adulta, progredindo rapidamente na diminuição para a perda das funções mentais. Assim sendo, a respeito da descrição das principais características clínicas da doença de Alzheimer (DA), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () Mudanças físicas: pode ocorrer perda de peso, redução de massa muscular, escaras de decúbito, infecções, pneumonia.
- () Memória episódica: é a memória que as pessoas têm de episódios da sua vida, passando do mais mundano ao mais pessoalmente significativo.
- () Memória de procedimento: esta categoria abrange a memória do significado das palavras, como, por exemplo, uma flor ou um cão.
- () Memória semântica: esta é a memória de como conduzir os nossos atos, quer física como mentalmente, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, ou jogar xadrez.
- () Agnosia: é o termo usado para descrever a incapacidade para efetuar movimentos voluntários e propositados, apesar do fato de a força muscular, a sensibilidade e a coordenação estarem intactas.
- () Afasia: é o termo utilizado para descrever a dificuldade ou a perda de capacidade para falar ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual, em resultado de uma lesão do respectivo centro nervoso.
- () Apraxia: é o termo utilizado para descrever a perda de capacidade para reconhecer o que são os objetos, e para que servem.
- () Mudança de personalidade: uma pessoa que tenha sido sempre calma, educada e afável pode comportar-se de uma forma agressiva e doentia. São comuns as mudanças bruscas e frequentes de humor.

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

27. **Os dispositivos auxiliares da marcha e da locomoção também são chamados de meios auxiliares de locomoção, ou equipamentos de assistência à mobilidade. Incluem uma série de aparelhos ou dispositivos que podem ser utilizados pelos pacientes para auxiliar no desempenho de suas funções motoras no dia a dia. Bengalas, muletas, andadores e cadeiras de rodas são exemplos dos principais dispositivos auxiliares de marcha e locomoção utilizados atualmente. E, para que os dispositivos auxiliares de marcha e locomoção desempenhem a sua função da melhor forma possível, é preciso que o fisioterapeuta auxilie o paciente adequadamente, indicando, ajustando e ensinando a ele a adequada utilização do dispositivo. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta com relação as características das muletas e as principais indicações para o uso deste dispositivo.**
- a) As muletas são dispositivos auxiliares de locomoção e marcha que podem ser utilizadas em pares. Além disso, o uso das muletas exige uma maior amplitude de movimento articular e força de membros superiores, principalmente de músculos flexores e depressores do ombro, extensores de cotovelo, extensores de punho e flexores dos dedos. Em situações em que a correção da marcha necessita de maior estabilidade do que as bengalas, o profissional de fisioterapia pode indicar o uso de muletas. Estão indicadas em situações de disfunções de marcha em que se objetiva minimizar ou reduzir a descarga de peso nos membros inferiores, podendo reduzir de 50 a 100% o peso descarregado em um dos membros.
- b) De acordo com as características de apoio dos membros, as muletas podem ser classificadas em: axilares ou de antebraço. As muletas axilares possuem sua base de apoio nas axilas, em geral, essas muletas são mais baratas, porém costumam ser mais incômodas e difíceis de usar e, o seu uso incorreto pode causar irritações de estruturas anatômicas na região axilar. Esses dispositivos proporcionam um andar sem apoio no membro inferior. Além disso, essas muletas permitem ajustes quanto à altura, para que possam ser ajustadas conforme a necessidade apresentada pelo paciente.
- c) As muletas de antebraço, também chamadas de muletas canadenses, proporcionam a retirada do apoio do membro inferior. Possuem uma haste vertical de alumínio, com braçadeiras acima e abaixo dos cotovelos, a fim de compensar a fraqueza dos extensores de cotovelo. Sua estrutura se diferencia das muletas axilares, uma vez que seu apoio está no antebraço, feito por meio de uma estrutura em forma de plataforma horizontal, a qual se estende por todo o antebraço, suporta o peso e permite que o paciente permaneça com a mão livre sem retirar a muleta do antebraço. Quando comparadas às muletas axilares, as muletas de antebraço são menos incômodas.
- d) O mecanismo de funcionamento das muletas se baseia na sustentação de peso na extremidade inferior bilateral, para fornecer o descarregamento da extremidade superior. Elas são muito úteis quando o paciente possui restrição de descarga de peso em membros superiores. Contudo, para o paciente fazer uso de muletas, ele necessita ter força suficiente de membros inferiores e força insuficiente de membros superiores, que deve ser analisada na avaliação inicial do paciente, realizada depois da indicação do tipo de dispositivo auxiliar a ser utilizado.
- e) O uso desse tipo de dispositivo exige, ainda, que o paciente tenha uma boa condição relacionada ao equilíbrio de tronco e boa coordenação motora, de modo a realizar uma marcha com segurança. São indicadas em condições de disfunções de marcha em que o paciente necessite usar seus braços para realizar o apoio e a propulsão durante a marcha, e não apenas melhorar o equilíbrio e a informação tátil, como no uso de bengalas.
28. **O acometimento do sistema respiratório com evolução para insuficiência respiratória aguda (IRA) é comum nas unidades de terapia intensiva (UTI), em que o uso da ventilação mecânica (VM), em muitos casos, é imprescindível. Além disso, destaca-se que o suporte ventilatório, assim como o imobilismo, acarreta acúmulo de secreção no sistema respiratório, e isso pode impactar negativamente na mecânica respiratória, na troca gasosa e, ainda, resultar na pneumonia associada a ventilação mecânica. Inúmeras são as técnicas e recursos para remoção de secreção brônquica que o fisioterapeuta pode usar no atendimento desses pacientes com acometimento do sistema respiratório. Sendo assim, faz-se necessário que o fisioterapeuta conheça e saiba empregar da melhor forma possível cada uma dessas técnicas, conforme a necessidade do paciente. Diante do exposto, são aspectos da técnica: ciclo ativo da respiração (CAR), exceto:**
- a) é uma técnica que se divide em três etapas: controle respiratório, que consiste em uma respiração profunda diafragmática no nível do volume corrente com relaxamento da parte superior do tórax e ombros; expansão torácica, que consiste em exercícios de inspiração profunda com ou sem apneia e uma expiração calma e relaxada; e, técnica de expiração forçada (TEF) composta de um ou dois *huffings*, de baixo ou alto volume, combinado com períodos de controle respiratório.
- b) o ciclo ativo da respiração (CAR) é flexível e adaptado para atender às necessidades dos pacientes. Pode ser usado em qualquer posição, inclusive em drenagem postural.
- c) é um recurso para melhorar a oxigenação pré e pós-aspiração traqueal, mobilizar o excesso de secreção brônquica e reexpandir áreas pulmonares colapsadas. Essa é uma técnica usada principalmente em pacientes com ventilação mecânica invasiva, que apresentam quadros hipersecretivos. A técnica consiste na utilização de um grande volume corrente utilizando-se um ressuscitador manual, seguido por um platô inspiratório e rápida liberação da bolsa para fornecer altos fluxos expiratórios.
- d) preconiza-se a realização de sequências de 3 a 4 ciclos de controle respiratório, sequências de 3 a 4 ciclos de expansão torácica e sequências de 1 ou 2 *huffings*. O tempo de execução do ciclo ativo da respiração (CAR) depende da quantidade de secreção, da localização e da fadiga do paciente.
- e) a técnica é efetiva na remoção de secreções, evitando o efeito indesejável de obstrução do fluxo aéreo, que pode estar presente durante a técnica de expiração forçada (TEF) isolada. Na fase de expansão torácica, podem ser associadas manobras desobstrutivas.

29. A bursite trocantérica é uma inflamação das bolsas localizadas na região do trocater maior do fêmur. É uma patologia que pode ocorrer por uma artropatia inflamatória ou processo degenerativo; a obesidade, associada ao aumento de idade ou à artrite, é outro fator de risco por biomecanicamente aumentar a sobrecarga na articulação coxofemoral; e, traumatismos diretos sobre o trocater maior do fêmur também podem causar lesão e inflamação local. É importante ressaltar que quando o paciente busca o diagnóstico e o tratamento nos primeiros sintomas e sinais da doença, o prognóstico é favorável e há maior probabilidade de resolução do quadro com medidas conservadoras. Diante do exposto, analise as assertivas a respeito da avaliação fisioterapêutica de pacientes com bursite trocantérica e assinale a alternativa correta.

- I. No início do processo de avaliação do paciente, algumas condições devem ser consideradas, como o índice de massa corporal, para verificar o grau de obesidade, já que este é um fator de risco para a bursite. A idade também deve ser levada em conta pela faixa etária de risco para a patologia e também pelos idosos terem um processo degenerativo progressivo das suas articulações.
- II. Na coleta da história do paciente, é necessário levar em consideração que na artropatia inflamatória ou na osteoartrose, o tempo de ocorrência e a sua progressão são importantes na avaliação do paciente; patologias de coluna lombar ou cirurgia prévia de quadril podem elucidar a causa da bursite. O paciente também pode relatar, na consulta, alguma queda ou contusão sobre a região trocanteriana.
- III. Durante a inspeção, a presença da inflamação latente irá demonstrar eritema local, da mesma forma que algum traumatismo será representado por uma lesão aberta ou um arroxado sobre a pele. Também deve ser verificada qualquer desigualdade entre o comprimento dos membros inferiores. Em casos crônicos de bursite, é identificado um estado de atrofia do quadríceps e da região glútea.
- IV. Na palpação, uma pressão leve sobre a bursa (anterior ao trocater maior) desencadeia intensa dor e desconforto. Há, também, hipossensibilidade à palpação profunda sobre o trocater maior, o que sugere tendinite do tendão do quadrado lombar.
- V. No exame físico, a rotação interna do quadril é dolorosa e causa desconforto, mas são incomuns estes sintomas durante a rotação externa. A amplitude de movimento de adução do quadril não é restrita, sendo que a dor diminui ao realizar-se a abdução e melhora na abdução contrarresistência. Na movimentação passiva, a amplitude de movimento do quadril geralmente é incompleta. Além disso, o paciente apresenta sinal de Trendelenburg negativo e a sua marcha é normal.
- VI. A baropodometria computadorizada é um recurso que pode ser aliado do fisioterapeuta na avaliação dos pacientes. É um sistema que utiliza palmilhas extremamente finas, introduzidas no interior do calçado do paciente, transmitindo informações de pressão plantar para um computador e armazenando todas as informações adquiridas em níveis estático e dinâmico. Por meio dos resultados obtidos pela unidade gramas por centímetros quadrados e a imagem fornecida pela tela do computador, podem ser verificadas alterações na

marcha, pontos de maior pressão e alterações posturais, elucidando a causa da bursite trocantérica, seja ela uma alteração postural ou uma desigualdade entre comprimentos de membros.

- a) Apenas I e IV estão corretas.
- b) Apenas I, II, III e VI estão corretas.
- c) Apenas IV, V e VI estão corretas.
- d) Apenas II, IV e V estão corretas.
- e) Todas estão corretas.

30. A bexiga hiperativa e a bexiga neurogênica consistem em disfunções que afetam muitos indivíduos e que podem ter grande impacto em sua qualidade de vida. A correta abordagem pode melhorar bastante os sintomas e, em alguns casos, inclusive, resolver completamente o problema. Para isso, há os tratamentos medicamentoso e conservador, mas muitas pessoas não os realizam por falta de conhecimento ou por constrangimento. Várias são as técnicas dentro da abordagem fisioterapêutica e, cada técnica apresenta uma peculiaridade, adaptando-se a cada perfil de paciente. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito da fisiopatologia das bexigas hiperativa e neurogênica.

- a) As bexigas hiperativa e neurogênica são apontadas pela polaciúria associada com um forte desejo ou uma sensação de perda urinária iminente. A incontinência, muitas vezes, ocorre antes de a pessoa chegar ao banheiro. Estímulos físicos ou ambientais, como água corrente, clima frio ou lavar as mãos, podem evocar uma urgência. Em muitos casos, os pacientes descrevem uma síndrome “chave na fechadura”, que se caracteriza pela urgência descontrolada de urinar ao destrancar a porta quando se está voltando para casa, assim, o primeiro ato, após chegar em casa, é a corrida ao banheiro, ou arrisca-se vazar.
- b) A bexiga hiperativa pode ocorrer por obstrução, que nos homens acontece muito comumente por hiperplasia da próstata. Nas mulheres, pode haver hipertrofia do detrusor e, por consequência, perda do sincronismo. Outra possível causa é uma alteração morfológica, de causa desconhecida, do próprio músculo detrusor nas junções celulares (justaposição das células), o que faz a transmissão elétrica desse músculo alterar-se.
- c) Para manter e eliminar a urina, é preciso que haja funcionamento em conjunto da bexiga e das vias de saída: uretra e esfíncter uretral. A tarefa sincrônica dessas estruturas é mediada por um fino controle a partir de centros que estão localizados no sistema nervoso (no cérebro, no tronco cerebral e na medula). A bexiga neurogênica, assim, ocorre a partir de alterações neurológicas de qualquer dessas estruturas.
- d) O estímulo do sistema nervoso parassimpático causa o relaxamento do músculo detrusor e contração do esfíncter urogenital, então a inibição do parassimpático causa a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter urogenital (fazendo com que haja retenção da urina na bexiga). O cérebro faz esse papel de inibição do sistema nervoso parassimpático durante o esvaziamento da bexiga; logo, caso haja uma inibição eficiente, haverá bexiga neurogênica. As causas impossíveis de alteração do cérebro são doença de Parkinson, acidentes vasculares encefálicos, traumatismos cranianos encefálicos, Alzheimer, entre outras. A bexiga neurogênica também pode ocorrer em pacientes pediátricos, nos quais a disfunção decorre de patologia neurológica congênita.
- e) O traumatismo raquimedular é outra causa de bexiga neurogênica. O nível vertebral e a gravidade da lesão determinam a intensidade da bexiga neurogênica e o sincronismo entre o músculo detrusor (músculo responsável pelo esvaziamento da bexiga) e o esfíncter uretral. Na maior parte dos casos, há perda do sincronismo entre o detrusor e o esfíncter. A disfunção depende da extensão da lesão da coluna. Como o controle da micção situa-se na região sacral dos níveis de S2 a S4, as lesões acima de S2 são bexigas neurogênicas não flácidas (bexiga neurogênica reflexa e

bexiga neurogênica não inibida) e as lesões no centro da micção ou abaixo são conhecidas como bexigas neurogênicas flácidas (bexiga neurogênica autônoma, bexiga neurogênica paralítico-sensitiva e bexiga neurogênica paralítico-motora).

31. O plexo braquial é constituído pelas raízes nervosas cervicais de C5-C8 e pela raiz torácica de T1. Por definição, a paralisia braquial obstétrica (PBO) é uma lesão nervosa que acomete as raízes do plexo braquial em decorrência de seu estiramento durante o nascimento e que provoca paresia ou paralisia flácida de membros superiores. Além disso, as lesões neonatais do plexo braquial podem ser classificadas em função da gravidade ou do nível da lesão. Leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome da lesão neonatal do plexo braquial descrita: “Consiste na lesão completa do plexo braquial, das raízes de C5 a T1. Compromete a função de todo o braço, apresentando flacidez e perda da sensibilidade do membro. Pode estar associada, também, a comprometimento ocular, condição conhecida como síndrome de Horne. É a segunda forma mais frequente e a de pior prognóstico.”

- a) Paralisia de Klumpke.
- b) Lesão pós-ganglionar ou por ruptura.
- c) Paralisia total ou de Erb-Klumpke.
- d) Lesão por neuropraxia ou por estiramento.
- e) Paralisia de Erb ou Erb-Duchenne.

32. A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma condição clínica grave e potencialmente fatal que se caracteriza por uma insuficiência respiratória aguda, marcada por hipoxemia refratária e lesão pulmonar difusa. A gestão da SDRA é complexa e desafiadora, com uma abordagem multidisciplinar essencial para otimizar os resultados clínicos. A aplicação da posição prona em pacientes com SDRA desencadeia uma série de efeitos fisiológicos benéficos que contribuem para a melhoria da oxigenação e, por conseguinte, para a gestão da condição. Diante do exposto, são contraindicações para a aplicação da posição prona, exceto:

- a) hipertensão intracraniana.
- b) tórax estável.
- c) fratura de coluna.
- d) fratura pélvica.
- e) instabilidade hemodinâmica grave.

33. Os efeitos da imobilização são definidos como uma redução na capacidade funcional dos sistemas cardiorrespiratório, vascular, endócrino, gastrointestinal, urinário, muscular, esquelético e neurológico, sendo que estas complicações podem ser aumentadas dependendo dos fatores preexistentes de cada paciente. A síndrome da imobilidade é comum em idosos e consiste no estado em que o indivíduo vivencia limitações físicas do movimento, decorrente de um desequilíbrio entre repouso e atividade física, ou seja, alterações que ocorrem quando fica acamado por longo período de tempo. Caracteriza-se por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas. O tratamento fisioterapêutico nesses casos é de suma importância e pode trazer inúmeros benefícios para a melhora da qualidade de vida do idoso. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta a respeito dos objetivos e tratamento fisioterapêutico para pacientes com síndrome da imobilidade.

- a) O posicionamento adequado no leito associado a um programa de cinesioterapia dirigida é fundamental para a prevenção de contraturas osteomusculares e articulares. A utilização de técnicas de mobilização passiva, o mais precoce possível, evoluindo para mobilização ativa, se mostra fundamental na redução do tempo de repouso no leito que deverá ser realizada progressivamente levando-se em conta a condição clínica do paciente.
- b) Um dos objetivos principais é a busca do retorno as suas atividades de vida diária (AVD's) no menor período possível, sendo assim, o treinamento funcional deve focar no desenvolvimento de habilidades para a solução de problemas e estratégias compensatórias apropriadas a fim de assegurar que as tarefas de AVD's sejam realizadas.
- c) A mobilização precoce diminui a incidência de tromboembolismo e de trombose venosa profunda, além de permitir a melhor oxigenação e nutrição dos órgãos internos. Como algumas das principais consequências relacionadas com o desuso do aparelho locomotor podemos citar a redução da elasticidade muscular, a redução da amplitude de movimento e até mesmo a contratura muscular causada pela proliferação do tecido conectivo, além da redução das reservas de glicogênio e consequente queda da homeostasia energética e morfológica, levando ao que chamamos de hipotrofia muscular.
- d) A atividade física durante o período de imobilização pode aumentar as mudanças fisiológicas desfavoráveis e as complicações geradas pela imobilidade, piorando a qualidade de vida do sujeito durante e após a enfermidade. Sendo assim, o fisioterapeuta deve evitar a mobilização precoce dos pacientes com síndrome da imobilidade, pois quanto mais ele ficar imóvel, melhor será a evolução do quadro.
- e) Dentre os principais objetivos fisioterapêuticos no atendimento do idoso com síndrome da imobilidade, estão: reduzir a dor; realizar a transferência no leito e independência nas atividades de vida diária; estimular a deambulação (caminhada); prevenir complicações pulmonares; auxiliar na resolução e prevenção de patologias pulmonares; evitar complicações circulatórias (vasculares), encurtamentos musculares, atrofia e contraturas; manter a força muscular e a

amplitude de movimentos com exercícios isométricos, metabólicos, ativos-resistidos e passivos; melhorar mobilidade, flexibilidade, coordenação e habilidade; promover o relaxamento; prevenir e tratar o edema (inchaço) que pode ocorrer como consequência da patologia de cirurgias ou da imobilização no leito; promover a reeducação postural e conscientização corporal; e, prevenir úlceras de pressão.

34. Os reflexos primitivos são reflexos motores mediados pelo tronco cerebral, protetores e de sobrevivência, eliciados em resposta a um estímulo sensorial específico. Fornecem informações sobre a integridade do tronco cerebral do recém-nascido e a função cortical, começando a se desenvolver no útero e se revelando bem estabelecidos entre as últimas semanas de gestação e as primeiras após o nascimento. À medida que o sistema nervoso central (SNC) amadurece e a inibição cortical se desenvolve, os reflexos primitivos começam a diminuir e são substituídos por atividades motoras voluntárias. Além disso, os reflexos primitivos são importantes em um exame neurológico neonatal, já que anormalidades podem apontar para possível lesão do sistema nervoso central (SNC). Leia a descrição a seguir e assinale a alternativa que apresenta o nome do reflexo primitivo descrito: “Para avaliar esse reflexo, o examinador posiciona o recém-nascido com os membros inferiores estendidos e aplica estímulo nociceptivo na porção lateral de um dos pés, indo do calcanhar aos dedos, observando resposta positiva quando o outro membro inferior realiza a seguinte sequência de movimento: flexão seguida de abdução, extensão com abdução de dedos e, finalmente, adução do membro inferior. Esse reflexo está subjacente ao padrão de caminhada humano com fases alternadas de postura (extensor cruzado) e balanço (retração dos flexores).”

- a) Reflexo extensor cruzado.
- b) Reflexo de curvatura troncular (Galant).
- c) Reflexo da marcha automática.
- d) Reflexo de Moro.
- e) Reflexo tônico-cervical assimétrico (RTCA).

35. As lesões do joelho e do tornozelo podem acometer tanto indivíduos ativos quanto atletas de alto rendimento, e a reabilitação física adequada dos déficits gerados por essas lesões é imprescindível para a qualidade de vida, a função física e a manutenção do nível de atividade física. No que diz respeito à intervenção fisioterapêutica para essas lesões, uma opção que complementa o tratamento são as órteses para joelho e tornozelo. Assim como as demais órteses, as joelheiras e tornoeleiras são dispositivos externos utilizados para melhorar, recuperar ou facilitar determinada função que esteja diminuída temporária ou definitivamente. Além disso, esses dispositivos podem ser classificados de acordo com a sua função: imobilização, profilática, corretiva, reabilitadora e funcional. Sendo assim, relacione corretamente os tipos de órteses para joelho e tornozelo indicados a seguir com a sua descrição correspondente e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Órteses para imobilização.
2. Órteses profiláticas.
3. Órteses corretivas.
4. Órteses reabilitadoras.
5. Órteses funcionais.

- A. São destinadas a prevenir lesões no joelho e, como exemplo, há aquelas que podem ser empregadas na lateral da articulação, para proteger o ligamento colateral medial.
 - B. São feitas sob medida e têm a função de controlar o estresse rotacional gerado pelas atividades de alto impacto, como vôlei, basquete, futebol, entre outras.
 - C. Têm a função de auxiliar no processo de cicatrização, consolidação e reparo tecidual, colaborando com a intervenção fisioterapêutica.
 - D. Se destinam a casos mais graves, em que não pode ocorrer nenhum movimento na articulação.
 - E. Servem para corrigir alguma alteração ou deformidade no joelho ou no tornozelo.
- a) 1E – 2D – 3B – 4A – 5C.
 - b) 1C – 2E – 3A – 4B – 5D.
 - c) 1A – 2B – 3C – 4D – 5E.
 - d) 1D – 2A – 3E – 4C – 5B.
 - e) 1B – 2C – 3D – 4E – 5A.

36. O quadril, formado pela cabeça do fêmur e acetábulo, é crucial para sustentação e locomoção. Lesões ortopédicas do quadril são comuns em adultos e idosos, frequentemente causadas por traumas que geram dor, rigidez e dificuldade de movimento. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta com relação ao impacto femoroacetabular (IFA).

- a) O impacto femoroacetabular (IFA), causado por alteração no acetábulo e/ou cabeça do fêmur, gera atrito anormal, lesões no labrum e cartilagem, e artrose. Classifica-se em Pincer (deformidade acetabular) e Cam (cabeça femoral excêntrica), ambos degeneram cartilagem e labrum.
- b) O impacto femoroacetabular (IFA) não causa dor, mas gera rigidez, aumento de flexibilidade, inchaço e crepitação, dificultando a marcha e atividades diárias, com caráter crônico e limitante. O diagnóstico é apenas por imagem. O envelhecimento é a principal causa, mas sobrepeso, obesidade, doenças metabólicas/reumatológicas e traumas antigos também contribuem. A prevenção envolve alimentação saudável, controle de peso, fortalecimento muscular e educação.

- c) A incidência do impacto femoroacetabular (IFA) é multifatorial, decorrendo da associação entre formato do quadril alterado, movimentos repetitivos e fatores genéticos. É comum em jovens atletas de alto impacto, causando dor anterior na coxa e virilha com limitação da flexão do quadril. O diagnóstico é feito por exame físico (manobras provocativas) e exames de imagem (radiografia, TC, RM).
- d) O tratamento do impacto femoroacetabular (IFA) pode ser conservador (medicamentos, fisioterapia, correção postural, ganho de mobilidade e força, estabilização de core e pelve, equilíbrio, propriocepção, terapia manual e liberação miofascial) ou cirúrgico (artroscopia), indicado em casos graves sem resposta ao conservador.
- e) É orientado ao paciente com impacto femoroacetabular (IFA) que evitar flexão e rotação do quadril e atividades de alto impacto é crucial. O tratamento é individualizado, visando melhora da qualidade de vida e funcionalidade.

37. A via aérea artificial consiste na inserção por via aérea nasal, oral ou transtraqueal de um tubo flexível e resistente que possibilite a passagem dos gases, permitindo a troca gasosa. As vias aéreas mais utilizadas nas unidades de terapia intensiva (UTI) são os tubos endotraqueais ou cânulas de traqueostomias. E, esse mecanismo pode ser implementado por meio da ventilação mecânica sob pressão positiva. A ventilação mecânica (VM), por sua vez, é um método de tratamento para pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, consiste no suporte ventilatório por meio do uso de uma máquina que auxilia a entrada e a saída de ar nos pulmões, permitindo a manutenção das trocas gasosas. Diante dessa afirmativa, assinale a alternativa que não apresenta indicações para o uso da ventilação mecânica invasiva.

- a) Proteção de vias aéreas e do parênquima pulmonar: prevenção de aspiração maciça de conteúdo gástrico.
- b) Correção de obstrução de vias aéreas superiores: deslocamento posterior da base da língua e tecidos moles adjacentes, trauma ou tumor de via aérea superior, formação de hematomas em indivíduos com distúrbio de coagulação, inalação de fumaça, reações alérgicas ou abscessos.
- c) Facilitação da higiene brônquica: facilita o acesso às vias aéreas em casos de hipersecreção pulmonar (fibrose cística, bronquiectasia).
- d) Aumento do consumo de oxigênio pela musculatura respiratória: em casos de estabilidade hemodinâmica, como o choque séptico ou choque cardiogênico, por exemplo, o aumento dos níveis de lactato e a acidose metabólica estimulam o drive respiratório. O resultado é a diminuição da demanda da musculatura respiratória, que faz com que o consumo seja 30-50% do oxigênio disponível.
- e) Insuficiência respiratória: devido à doença pulmonar intrínseca e hipoxemia, causando diminuição da pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO₂), resultado das alterações da ventilação/perfusão (até a expressão mais grave, o *shunt* intrapulmonar); função anormal da bomba ventilatória decorrente de impulso nervoso central (*drive* ventilatório) inadequado, incompetência dos músculos ventilatórios e demanda ventilatória excessiva.

38. A síndrome de Guillain-Barré (SGB), ou polirradiculite aguda, é uma doença autoimune que afeta a mielina dos nervos periféricos de forma aguda/subaguda. Geralmente, a maior parte dos casos estão associados a uma doença aguda prévia (1 a 3 semanas), infecções virais, imunização ou cirurgia. A doença pode progredir por 2 a 4 semanas e em seguida entra em platô por vários dias ou semanas. A recuperação da função motora ocorre de forma gradual ao longo dos meses, porém uma parte dos indivíduos podem permanecer com sintomas motores ou sensitivos incapacitantes. Diante dessa afirmativa, são sinais e sintomas da síndrome de Guillain-Barré, exceto:

- a) fraqueza muscular simétrica progressiva ascendente (membros inferiores, membros superiores, tronco, cabeça e pescoço).
- b) dor neuropática lombar ou em membros inferiores (MMII).
- c) fraqueza e fadiga musculoesquelética flutuantes, que melhoram com o repouso e pioram com o exercício. Pode ser limitada (ocular, facial, bulbar) ou generalizada.
- d) parestesia em membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS).
- e) perda dos reflexos miotáticos e instabilidade autonômica.

39. O termo amputação é utilizado para descrever a ausência parcial ou total de um membro e, essa ausência pode ser decorrente de um trauma, má formação, ou ainda, de um procedimento cirúrgico. Em geral, as amputações realizadas como medida de tratamento são utilizadas como último recurso terapêutico, podendo ser realizadas em caráter de urgência ou de forma eletiva, quando todas as demais opções terapêuticas já não forem mais viáveis, de modo a restabelecer a saúde do paciente. As amputações de membros superiores e inferiores podem ser realizadas em diferentes níveis, desde amputações realizadas nos membros mais distal até mais proximalmente. E, o conhecimento dos níveis de amputação é fundamental não apenas para que o fisioterapeuta possa programar a reabilitação do paciente, mas também para questões de padronização de termos na área da saúde. Logo, a respeito dos níveis de amputação dos membros inferiores, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa com a sequência correta.

() Nas amputações parciais do pé, pode-se ter diferentes níveis de amputação, como: amputação de interfalangeanas, amputação de retropé, mediopé, antepé e a transmetatarsiana. Nas amputações de interfalangeanas, a retirada pode ocorrer na articulação interfalangeana distal ou proximal. Além disso, esse tipo de amputação costuma ocorrer por processos traumáticos ou vasculares e, em geral, busca-se preservar a base da falange proximal, pois nela se encontra a inserção dos tendões extensor e flexor curto dos dedos.

() Quando a amputação acomete o retropé, é feita a retirada de estruturas, como tálus, calcâneo, maléolos mediais e laterais, em amputações de fileiras ósseas distais. Na amputação de metatarso ou mediopé, as estruturas envolvidas são: cinco metatarsianos, numerados do 1º ao 5º, no sentido lateral para medial. Desses, o 1º metatarsal

corresponde ao dedo mínimo, e o 5º, ao hálux. Já as amputações de antepé envolvem a retirada dos dedos do pé, que pode ser do hálux e dos demais dedos.

() A amputação de Lisfranc, também chamada de amputação tarsometatarsiana, caracteriza-se pela desarticulação entre os metatarsianos e os ossos cuboide e cuneiforme. Já a amputação de Chopart é um tipo de amputação em que é feita uma desarticulação, realizada entre os ossos navicular e cuboide com o tálus e o calcâneo, respectivamente. Esse nível de amputação é também conhecido pelo nome de amputação do retropé, e, em geral, está indicado para pacientes acometidos por patologias vasculares, infecciosas, traumáticas e, em menor número, patologias tumorais.

() Na amputação de tornozelo, o tipo mais comum de técnica de amputação é a de Syme, relacionada com uma verdadeira desarticulação do tornozelo e associada à remoção parcial dos maléolos mediais e laterais, de modo que se tenha uma superfície de sustentação de peso nivelada sobre a cartilagem articular tibial. Nessa amputação, o coxim do calcânhar permanece íntegro e é colocado na extremidade da tibia, servindo como uma alavanca para a protetização.

() A amputação transtibial, feita na tibia, pode ser feita em dois níveis: proximal ou distal. O comprimento da tibia a ser preservado depende indiretamente da qualidade do tecido, da extensão da doença e do comprimento das estruturas musculares de gastrocnêmio e sóleo. Esse nível de amputação está indicado em casos em que a desarticulação de tornozelo é suficiente. Em comparação à desarticulação do joelho, a equipe sempre prefere a desarticulação do joelho ao invés de uma amputação transtibial, uma vez que uma amputação transtibial permite menores chances de funcionalidade.

() O nível de amputação chamado de transfemoral é realizado entre o joelho e o quadril e, pode ser dividida em três níveis: terço proximal, médio e distal. Na desarticulação do quadril, a amputação é realizada na área da articulação coxofemoral, e, nesses casos, o controle da prótese de membro inferior fica mais difícil. Os tipos de amputações chamados de hemipelvectomias são utilizados apenas em situações de traumas mais extensos ou, ainda, na presença de tumores muito invasivos. E, nesse tipo de amputação, são retiradas a perna inteira e parte da pelve, até a região do sacro.

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

40. As doenças cardiovasculares (DCV) são um conjunto de condições patológicas que afetam o coração e os vasos sanguíneos, sendo responsáveis por um número significativo de mortes em todo o mundo. O manejo eficaz das doenças cardiovasculares requer uma abordagem multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais da saúde atuando juntos para um tratamento integral e seguro. O fisioterapeuta precisa ter conhecimento a respeito das doenças cardiovasculares, para poder atuar da melhor forma possível no atendimento de pacientes com essas patologias. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta com relação as valvulopatias.

- a) As valvulopatias são disfunções nas válvulas cardíacas (mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar) que afetam o fluxo sanguíneo e a função do coração. As mais comuns são estenose e insuficiência das válvulas aórtica e mitral.
- b) A estenose aórtica ocorre quando a abertura da válvula aórtica é reduzida, levando a uma limitação no fluxo de saída do ventrículo esquerdo durante a sístole, o que aumenta a pressão no ventrículo esquerdo, provocando hipertrofia ventricular esquerda (HVE) para compensar o aumento da pós-carga. Com a evolução da doença, essa hipertrofia pode levar à redução da complacência ventricular e ao desenvolvimento de isquemia miocárdica, insuficiência cardíaca e, principalmente, à ocorrência de arritmias. As causas mais comuns da estenose aórtica são: calcificação senil, febre reumática e malformações congênitas.
- c) Na insuficiência aórtica, há o fechamento incompleto da válvula aórtica durante a diástole ventricular causa refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo. Isso leva ao aumento do volume diastólico final e sobrecarga de volume, resultando em dilatação (hipertrofia excêntrica) do ventrículo esquerdo. Com o tempo, a dilatação excessiva provoca disfunção sistólica e insuficiência cardíaca (IC). As causas mais comuns são doenças degenerativas, dilatação da raiz da aorta, endocardite e dissecção da aorta.
- d) Na estenose mitral, a válvula mitral não abre completamente, limitando o fluxo sanguíneo do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo, levando ao aumento da pressão no átrio esquerdo e no pulmão. Como consequência pode levar à hipertensão pulmonar e dilatação do átrio esquerdo e, frequentemente, a fibrilação atrial (FA) e tromboembolismo. As causas mais frequentes são: fusão dos folhetos valvares e encurtamento das cordas tendíneas, gerando uma válvula rígida e estenótica.
- e) Na insuficiência mitral a regurgitação mitral ocorre quando a válvula mitral fecha totalmente, causando refluxo sanguíneo do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo durante a diástole. Isso sobrecarrega o lado direito do coração, levando à dilatação e hipertrofia ventricular esquerda, podendo resultar em infarto agudo do miocárdio (IAM). As causas mais frequentes são: prolapso da válvula aórtica, ruptura das cordas tendíneas, pericardite infecciosa, e regeneração mixomatosa com espessamento e proliferação dos folhetos.