

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1/2020 – RP/SES-DF/2021, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020

PROGRAMA

2 9 3 e 6 9 3 (M S)

**Multiprofissional em Urgência/Trauma
Fisioterapia**

Data e horário da prova: domingo, 6/12/2020, às 14h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens – cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere –; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Nem vencer, nem perder, mas sim evoluir.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

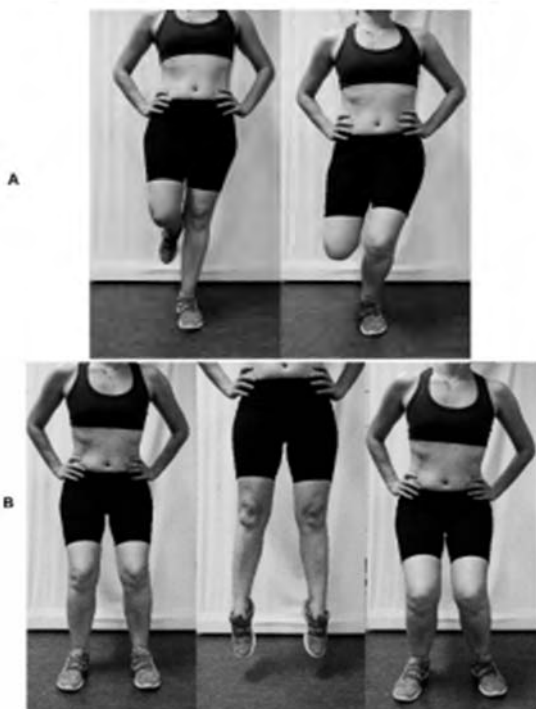
- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunicar ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Fisioterapia Itens de 1 a 120

A disfunção femoropatelar é uma condição patológica multifatorial que afeta principalmente as mulheres. Testes clínicos tentam elucidar as possíveis causas biomecânicas para o desenvolvimento da disfunção, visando a estratégias de tratamento com base em raciocínio clínico.

Teste de agachamento unipodal (A) e teste de salto bipodal (B)



MOREIRA, C. B. Educação Física, Esportes e Saúde. In: *Revista Conexões*. v. 17, e019003, p. 1-14, São Paulo, 2019. ISSN: 1980-9030.

Considerando as imagens apresentadas e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. O valgismo dinâmico exacerbado do joelho pode levar à disfunção femoropatelar por causa da rotação femoral medial e lateralização da patela.
2. Os músculos pelvitrocantarianos devem ser preferencialmente alongados durante as sessões de fisioterapia.
3. O músculo glúteo mínimo é o principal estabilizador da bacia pélvica.
4. Exercícios em cadeia cinética fechada devem ser enfatizados, sobretudo estimulando a estabilização em abdução do quadril e rotação lateral do fêmur.
5. As bandagens funcionais, como *kinesio tape* e McConnell, podem ser instituídas no tratamento dessas pacientes, a fim de minimizar a dor femoropatelar.

Área livre

Uma paciente de 78 anos de idade, osteoporótica, com história prévia de insuficiência cardíaca, sofreu uma queda em casa, que ocasionou uma fratura transmetatarsal do pé direito em nível do III, IV e V metatarsos. Ficou imobilizada com aparelho gessado por cinco semanas e utilizou cadeira de rodas como recurso auxiliar de marcha, porém a fratura ainda não estava completamente consolidada. Após esse período, ela foi indicada para um programa de reabilitação aquática. Na avaliação fisioterapêutica, a paciente referia dor grau 6 pela EVA, edema significativo em pés, tornozelos e pernas em função de insuficiência cardíaca, porém a perna direita mostrou-se com sinal de cacifo positivo, além de amplitude de movimento bastante restrita para flexoextensão e inversão – eversão do tornozelo, bem como importante hipotrofia muscular em tríceps sural.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

6. O fisioterapeuta deve iniciar o programa de reabilitação aquática com a paciente em menor profundidade de imersão (nível da cintura pélvica), para que a descarga de peso auxilie no processo de consolidação da fratura.
7. A água aquecida da piscina terapêutica a 36 °C trará benefícios cardiovasculares para essa paciente, pois a vasodilatação periférica aumentará a resistência periférica nos membros inferiores e a pré-carga cardíaca.
8. O princípio físico da água chamado “empuxo” será de grande valia para facilitar o retorno venoso nessa paciente com distúrbios cardiovasculares.
9. O Programa de Dez Pontos, preconizado pelo conceito Halliwick, é uma técnica interessante para a adaptação dessa paciente no meio aquático, haja vista que muitas pessoas não têm familiaridade com esse ambiente.
10. O Método dos Anéis de Bad Ragaz é um excelente recurso para ser empregado nessa paciente, mas apenas na fase final do programa de reabilitação aquática.

Um paciente de 42 anos idade, fisicamente ativo, praticante de tênis, iniciou com dor insidiosa em tendão calcâneo à esquerda. Após consulta médica, foi orientado ao afastamento da atividade esportiva até remissão do sintoma algico, ao uso de anti-inflamatório não esteroidal e a fisioterapia.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

11. O fisioterapeuta pode considerar o exercício excêntrico como uma intervenção inicial para o tratamento da tendinopatia do calcâneo.
12. Laserterapia de baixa intensidade deve ser introduzido como recurso de tratamento, enfatizando maiores comprimentos de ondas, em torno de 800 nM a 900 nM, para atingir o tecido mais profundo.
13. Para esse paciente, indica-se o uso de órtese tipo *Aircast* assim que retornar às atividades esportivas de tênis, a fim de prevenir recidiva da lesão.
14. A utilização de microcorrente pode ser uma alternativa para minimizar a dor em pacientes com tendinopatia do calcâneo.
15. O fisioterapeuta deve aplicar a escala VISA-P para acompanhar a evolução clínica desse paciente.

Uma paciente de 44 anos de idade, funcionária de uma empresa da indústria têxtil, refere que, após levantar material pesado para colocá-lo em uma prateleira acima do nível da cabeça, sentiu uma fisgada muito forte no ombro direito. Foi atendida pelo médico do trabalho que a afastou das atividades laborais, solicitou raios X de ombro e encaminhou a paciente para a fisioterapia. No exame de imagem, a anatomia óssea estava preservada, porém notou-se um acrômio do tipo ganchoso (classificação grau III de Bigliani). Na avaliação fisioterapêutica, constataram-se dor grau 7 pela EVA em região da tuberosidade maior do úmero, sem edema ou elevação da temperatura local, restrição da amplitude de movimento para os movimentos de flexão e rotação lateral de ombro acima de 90°, além de força grau 3 avaliada pelo teste manual.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

16. O ultrassom terapêutico deve ser instituído nesse caso, visto que as propriedades mecânicas da onda sonora produzida pelo equipamento garantirão uma cicatrização precoce do manguito rotador.
17. Exercícios passivos com base em terapia manual melhoram a dor em pacientes com tendinopatia do manguito rotador, mas não garantem a recuperação da funcionalidade articular.
18. O uso do TENS, quando comparado às condutas de diatermia superficial ou radiofrequência pulsada, demonstra maior efeito para a funcionalidade do ombro.
19. Exercícios com amplitude de movimento acima de 90° de abdução de ombro devem ser evitados durante as fases iniciais de fortalecimento muscular, a fim de prevenir o impacto subacromial.
20. A paciente deve ser orientada a realizar ativamente os exercícios pendulares de Codman, na clínica de fisioterapia e em nível domiciliar.
21. A laserterapia oferece alívio da dor e estimula a cicatrização tendinosa para pacientes com tendinopatia do ombro.

Um paciente de 20 anos de idade sofreu traumatismo raquimedular em nível torácico T6 após acidente automobilístico há um ano. Desenvolveu paraplegia em membros inferiores, tornando-se cadeirante. Atualmente trabalha como programador de sistemas e passa longos períodos sentado na própria cadeira de rodas. Há aproximadamente quatro meses, apareceu uma ulceração em nádega direita que tem aumentado de tamanho, apesar do acompanhamento médico. O paciente foi, então, encaminhado para fisioterapia com diagnóstico de úlcera de pressão grau III, com uma ferida aberta crônica de 4 cm de diâmetro em região da tuberosidade isquiática direita. Ao exame clínico, não se observou ferida infectada.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

22. É função do fisioterapeuta prescrever a troca do assento convencional da cadeira de rodas por um assento que substitua o local de maior pressão dos isquios para a região sacral.
23. O fisioterapeuta deve instituir um apoio na região lombar na cadeira de rodas do paciente, aumentando a lordose lombar, a fim de minimizar a sobrecarga no local de hiperpressão.

24. Correntes elétricas pulsadas de alta voltagem em nível sensorial devem ser implementadas com o cátodo, sendo colocado sobre a ferida, a fim de melhorar o tecido de granulação e a reepitelização local.
25. Eletrodos autoadesivos devem ser muito bem higienizados para uma eventual utilização de eletroterapia, para que a úlcera não seja infectada.
26. Caso esse paciente queira praticar exercícios utilizando a cadeira de rodas, a cadeira de rodas dobrável é a mais indicada por ser mais resistente e de maior mobilidade.
27. O laser de baixa intensidade está indicado para esse paciente e deve ser aplicado dentro da ferida para gerar cicatrização.

Considerando que a gestação provoca inúmeras adaptações mecanoposturais nas mulheres, sobretudo no terceiro trimestre gestacional, julgue os itens a seguir.

28. A natação sacral normalmente é acompanhada pelo fechamento dos ilíacos, por uma hiperlordose lombar e por uma anteversão pélvica.
29. A anteversão pélvica na gestante dá-se pelo padrão de encurtamento dos músculos oblíquos internos e externos.
30. A diástase abdominal muda o padrão de contração normal dos músculos retos abdominais e faz com que a gestante realize movimentos rotacionais do tronco para se movimentar e levantar-se da cama.
31. A incontinência urinária e a dor lombar são frequentes em gestantes, geralmente causadas pela compressão do nervo ciático pelo músculo piriforme.

Uma mulher de 45 anos de idade foi encaminhada à fisioterapia para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP). Apresenta incontinência urinária de esforço e tem sensação de períneo caído. Sua história clínica conta com três partos vaginais e uma histerectomia total por um câncer de colo de útero há três anos. Paciente fisicamente ativa, ela quer retomar as atividades físicas de musculação e pilates. À avaliação, notam-se fraqueza significativa da MAP, resistência muscular diminuída, falta de consciência corporal para contração da MAP e postura em retroversão pélvica com retificação da lordose lombar e abdome protruso.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

32. Exercícios hipopressivos estão indicados para melhorar o controle voluntário dos músculos da MAP.
33. Exercícios dinâmicos de grande amplitude de movimento e com resistência poderiam ser realizados no “trapézio” do pilates, para reeducação postural dessa paciente na fase inicial do tratamento fisioterapêutico.
34. Para reeducação muscular, o *biofeedback* por EMG está indicado para melhorar a resistência muscular e a coordenação da MAP.
35. O músculo isquiosponjoso ajuda a manter as vísceras pélvicas em posição e contrapõe-se à contração abdominal.
36. O diafragma pélvico, formado pelo músculo isquiococcígeo, dá suporte às vísceras pélvicas.

Um paciente de 65 anos de idade, com diagnóstico de osteoartrite de joelho, foi submetido à artroplastia total.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

37. A mobilização precoce articular ainda no ambiente hospitalar está associada a um tempo de internação mais curto, a um custo geral mais baixo e sem evidência de um número maior de reações adversas.
38. A fisioterapia pré-operatória em pacientes submetidos à artroplastia total de joelho (ATJ) resulta em melhorias significativas na função e na força muscular do quadríceps no pós-operatório.
39. A telerreabilitação é uma realidade atualmente e deve ser recomendada para o atendimento de pacientes após a ATJ, pois os resultados são satisfatórios e podem até ser melhores do que a fisioterapia convencional.
40. O uso do TENS, no pós-operatório imediato de ATJ, promove melhora significativa na dor e reduz o consumo de analgésicos durante o período de internação.
41. Exercícios proprioceptivos são imprescindíveis desde as fases iniciais dos programas de reabilitação em pacientes submetidos à ATJ, pois garantem melhora da dor, amplitude de movimento e qualidade de vida.

Um paciente de 23 anos de idade sofreu queda da moto em acidente automobilístico e foi atendido na emergência hospitalar. Fratura estável da asa do ilíaco esquerdo e luxação da sínfise púbica sem desvio significativo foram diagnosticados. Instituiu-se o tratamento conservador, porém o paciente apresentava dor grau 8 pela EVA, equívoco importante em região da crista do ilíaco e glútea, além de restrição funcional para amplitudes de movimento da pelve e dos quadris.

A respeito desse caso clínico e considerando os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. O melhor posicionamento desse paciente no leito seria em decúbito lateral direito para evitar sobrecarga no lado lesionado.
43. Deve-se instituir o uso de abdutores do quadril para posição de repouso funcional.
44. Exercícios abdominais isométricos devem ser realizados desde os primeiros dias para diminuir a incidência de complicações como o íleo paralítico.
45. A órtese tipo colete de Putti está indicada para esse paciente, a fim de melhorar a dor na mudança de posturas.
46. Treino de marcha deve ser incentivado, na primeira semana do programa de reabilitação, com duas muletas como recurso auxiliar e descarga de peso unipodal em membro inferior direito.

Uma paciente de 52 anos de idade, enfermeira, sofreu trauma doméstico com fratura de escafoide em mão esquerda há dois meses. Foi tratada conservadoramente com imobilização gessada, porém desenvolveu atrofia de Sudeck. Durante a avaliação fisioterapêutica, observaram-se punho e mão edemaciados, lustrosos, cianóticos e frios. Nota-se

hipersensibilidade à palpação e ela refere impossibilidade de vestir luvas para realizar procedimentos laborais, e até a manga do jaleco lhe causa incômodo. Fez infiltração com corticoide no local, foi novamente imobilizada com tala removível, afastada do trabalho e indicada para fisioterapia.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

47. A atrofia de Sudeck é um distúrbio causado pela maior ativação do sistema nervoso parassimpático.
48. Para minimização da dor e do edema, indica-se o uso de crioterapia; além disso, o fisioterapeuta deve orientar e incentivar a utilização, mesmo que o paciente tenha dificuldade em tolerar a terapia pelo frio.
49. A estimulação elétrica deve ser instituída com a intensidade máxima tolerada pelo paciente, a fim de minimizar a dor em nível cortical superior.
50. A terapia de ondas de choque extracorpórea melhora o fluxo sanguíneo no escafoide; portanto, essa conduta está indicada para essa paciente, a fim de auxiliar na consolidação da fratura.

Uma criança de 1 ano e 3 meses de vida, sexo feminino, durante o acompanhamento pré-natal, foi diagnosticada com síndrome de Down. Ao nascer, ela precisou realizar uma cirurgia por malformação cardíaca, permanecendo internada na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) por um mês. Desde a alta hospitalar, a criança faz acompanhamento multiprofissional no centro de reabilitação infantil de sua cidade com uma fisioterapeuta, que é chefe do serviço de reabilitação. Em virtude da licença-maternidade dessa profissional, a paciente foi encaminhada para outro fisioterapeuta, que realizou uma nova avaliação e constatou hipotonia global, que a paciente rola para ambas as posturas (para prono e para supino), não passa de deitado para sentado, senta-se com equilíbrio precário (com a base alargada e com apoio em tronco e membros superiores), não assume o gatas e não se transfere para de pé. Quando colocada de pé, apresenta hiperextensão de joelhos bilateralmente, hiperlordose lombar e pés pronados (apoio medial). Como a primeira fisioterapeuta acompanhou a paciente desde o seu primeiro mês de vida, e por ser chefe do fisioterapeuta substituto, ela resolveu prescrever as condutas que deveriam ser realizadas em sua ausência, a fim de auxiliar o colega e otimizar o tratamento da criança. Durante o tempo de licença-maternidade, não houve intercorrências durante as sessões, entretanto a mãe queixou-se do profissional substituto porque, ao perguntar a respeito dos objetivos e das condutas de tratamento, ele não esclareceu quais eram e como seria conduzida a reabilitação.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

51. Pode-se afirmar que a paciente foi assistida por fisioterapeutas em nível de atenção à saúde terciário na UTIN e em nível de atenção à saúde secundário no centro de reabilitação infantil. Dessa forma, ela foi atendida nos dois níveis de assistência à saúde que o fisioterapeuta tem capacitação e legalidade para atuar, já que, em nível de prevenção e de promoção da saúde, não há campo de atuação.

52. Com a finalidade de realizar uma avaliação objetiva e precisa, é relevante que o fisioterapeuta use escalas de avaliação padronizadas. Em razão do quadro clínico dessa paciente, seria importante escolher escalas que avaliem não só questões motoras, mas também outros aspectos do desenvolvimento, como o da linguagem, o da cognição e o da função social. Exemplos de escalas que avaliam tais aspectos são a Bayley III e a Denver II.
53. Quando se encaminha um paciente a outro fisioterapeuta, não se recomenda que seja prescrito o tratamento a ser realizado. Entretanto, quando há justa causa, não há proibição para que isso aconteça e para que o fisioterapeuta acate a prescrição, como no caso dessa paciente.
54. É correto afirmar que o fisioterapeuta infringiu o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia ao não esclarecer quais eram os objetivos e as condutas de tratamento da paciente para sua responsável legal.
55. Na situação mencionada, ao não esclarecer quais objetivos e condutas seriam realizados, o fisioterapeuta infringiu o princípio bioético da autonomia, pois não deu oportunidade para a responsável legal da paciente tomar decisões a respeito do tratamento de sua filha. Além disso, o respeito aos princípios bioéticos está previsto explicitamente no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia.
56. Tendo como base a hipotonia global apresentada pela paciente, caso o tratamento fisioterapêutico pretenda melhorar a postura sentada, é necessário realizar atividades em planos mais altos e contra a gravidade, a fim de melhor recrutar musculaturas de tronco e, consequentemente, melhorar a sua estabilidade.

Um bebê nasceu no dia 3 de março de 2020, com idade gestacional de 30 semanas e 2 dias, classificado como pequeno para idade gestacional (PIG) e pesando 2.100 gramas. Ele chegou ao consultório de fisioterapia no dia 8 de agosto de 2020 para uma avaliação do desenvolvimento motor e para triagem, com vistas à necessidade de acompanhamento. Durante a avaliação física, o paciente apresentou alinhamento de cabeça, tronco na posição supina, não mostra bom controle cervical, não rola e não senta, além de se notarem reflexo de moro e reflexo de preensão palmar presentes.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. Pode-se afirmar que, na data da avaliação, ao se levar em conta a idade corrigida desse paciente, espera-se que os reflexos de moro e de preensão palmar ainda estejam presentes. Entretanto, para sua idade cronológica, ambos já deveriam ter desaparecido.
58. Ao nascer, essa criança foi classificada como PIG, ou seja, o seu peso ao nascer ou o seu comprimento cabeça-calcanhar ao nascimento estavam abaixo do percentil 40 para a idade gestacional de nascimento.
59. No momento da avaliação, o desenvolvimento motor dessa criança não se encontra atrasado, em nenhuma das perspectivas de idade, nem na cronológica e nem na corrigida.

A Lei nº 6.316/1975 criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e deu outras providências, questões de infrações, penalidades e o exercício das profissões.

No que concerne a essa lei e aos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

60. A respeito das penalidades que podem ser impostas ao fisioterapeuta, a mais branda é a advertência e a mais severa é o cancelamento do registro. Para determinar a pena, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) seguirá a gradação da pena, salvo em gravidade manifesta ou reincidência da infração, nas quais a pena é mais severa.
61. Após a imposição da penalidade por infração cometida, o fisioterapeuta poderá recorrer ao COFFITO em um prazo de 30 dias após a decisão.
62. São atribuições do COFFITO: fiscalizar a atuação das profissões de fisioterapia e terapia ocupacional em todo o território nacional; prestar assistência técnica permanente aos Conselhos Regionais; exercer função normativa; apreciar e julgar os recursos de penalidade imposta pelos Conselhos Regionais, entre outras.
63. Cabe ao CREFITO, perante a Lei nº 6.316/1975, expedir a carteira de identidade profissional e o cartão de identificação aos profissionais registrados, fixar o valor de anuidades, taxas, emolumentos e multas, fiscalizar o exercício profissional na área de sua jurisdição, entre outros.

Um paciente de 19 anos de idade deu entrada em um centro de reabilitação após alta hospitalar, apresentando histórico de lesão medular no nível T11 em consequência de um acidente de carro. Por se tratar de seu primeiro dia, a equipe multidisciplinar fez uma avaliação completa, incluindo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a American Spinal Injury Association (ASIA). Nos dias que se seguiram, ele conheceu o fisioterapeuta que o acompanhará, o qual é muito experiente em lesão medular e, no primeiro encontro dos dois, o paciente relatou que pesquisou acerca de tratamentos pós-lesão medular e questionou a respeito de um tratamento de eletroestimulação. O fisioterapeuta explicou que se trata de um tratamento experimental ainda em pesquisa e que, para o momento, planeja um tratamento voltado para sua maior participação e independência.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

64. A ASIA é uma classificação internacional padrão-ouro para a definição do nível sensorial e motor de indivíduos com lesão medular. Para isso, testam-se pontos anatômicos específicos referentes aos dermatômeros de C2-S5 de ambos os lados do corpo, para definição do nível sensitivo, e à função muscular de musculaturas-chaves, bilateralmente, para definição do nível motor.
65. É correto afirmar que o nível motor desse paciente será o mesmo nível sensorial, caso a função motora testável acima do nível sensitivo seja normal.

66. Caso esse paciente queira fazer parte de alguma pesquisa que tem o objetivo de testar novos tratamentos, essa pesquisa deve respeitar o princípio bioético da não maleficência, ou seja, não provocar nenhum mal ao paciente. Entretanto, por se tratar de algo experimental, é possível que não esteja claro o princípio bioético da beneficência, pois não se sabe quais serão os benefícios ao paciente.
67. Supondo que esse paciente participe de uma pesquisa de eletroestimulação, fazendo parte do grupo controle não experimental, caso o tratamento comprove resultados positivos, ao final do estudo, deve ser garantido o mesmo tratamento ao paciente, respeitando assim o princípio bioético de justiça.
68. Um dos objetivos de tratamento desse fisioterapeuta deve ser o de educar o paciente quanto à prevenção de lesões por pressão.
69. Ao realizar a CIF, será possível analisar funções deficientes desse paciente, como intestino, bexiga e sexualidade. E, ainda, nessa classificação, os serviços de saúde aos quais ele tem acesso serão considerados como facilitadores no componente “fatores ambientais”.

A Resolução nº 482/2017 fixa e estabelece o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF) e dá outras providências.

Com base nessa resolução e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

70. O RNPF foi feito para promover a segurança e a qualidade do exercício da fisioterapia brasileira por meio da precificação, estabelecendo índices remuneratórios adequados para cada procedimento a ser realizado.
71. Nessa resolução, está prevista a precificação de 100% a mais nos atendimentos de urgência e emergência que ocorrem das 19 horas às 7 horas do dia seguinte e de 50% a mais em qualquer horário de domingos e feriados.
72. A depender das características regionais do paciente, os valores dos honorários poderão ser negociados em uma faixa de até 40% para menos.
73. Os fisioterapeutas que possuem o título de especialista registrados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) poderão acrescentar 20% a mais na precificação dos respectivos atendimentos em sua área de atuação.
74. Apesar da Resolução nº 482/2017 determinar a precificação de todos os procedimentos fisioterapêuticos, o profissional poderá deixar de cobrar honorários quando fizer assistência de colega ou pessoa que viva sob a dependência econômica dele, cobrando apenas o material utilizado.
75. O fisioterapeuta que não respeitar a Resolução nº 482/2017 e precificar os próprios procedimentos abaixo do valor mínimo estará agindo de forma incompatível com a dignidade da profissão e promovendo concorrência desleal. Entretanto, não há artigos que mencionam explicitamente o RNPF no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia.

Os testes de função pulmonar raramente são úteis para definição diagnóstica, porém adicionam informações que complementam a história clínica, o exame físico, os métodos de imagem e os exames laboratoriais. São particularmente úteis no seguimento do doente e sua terapêutica.

WEST, J. B. *Fisiopatologia pulmonar: princípios básicos*. 7. ed. Janes e Bartlett, 2010.

Considerando o fragmento de texto apresentado como referência inicial e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

76. As quatro principais causas clínicas de hipoxemia evidenciada pela queda da PO₂ arterial são hiperventilação, redução da difusão, *shunt* e desigualdade ventilação-perfusão.
77. Uma quinta causa é verificada somente em condições especiais, como nos habitantes de altitudes elevadas onde se respira uma mistura gasosa com baixa concentração de oxigênio.
78. A elasticidade pulmonar, também chamada de retração elástica, é aumentada em pacientes com enfisema e reduzida em pacientes com edema intersticial.
79. A resistência das vias aéreas é reduzida pelo aumento do volume pulmonar e aumentada por situações clínicas como asma, bronquite crônica, entre outras.
80. Na doença pulmonar obstrutiva crônica, o exame de espirometria mostra que o fluxo durante a maior parte da expiração forçada é muito reduzido, enquanto o tempo expiratório é muito aumentado.

A doença causada pelo novo Coronavírus é uma infecção que compromete o trato respiratório, que foi identificada inicialmente em Wuhan, China, em dezembro de 2019. A Covid-19 pode desencadear complicações como sepse (59%), insuficiência renal aguda (15% a 29%), disfunção cardíaca aguda (17% a 23%) e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (31% a 67%). No tratamento de pacientes que evoluíram com SDRA, as condutas relacionadas ao manejo da ventilação levaram destaque.

Disponível em: <assobrafr.com.br/covid-19/>. Acesso em: 2 nov. 2020, com adaptações.

Tendo em vista as informações do texto e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. A posição prona deve ser utilizada precocemente (até nas primeiras 48 horas, de preferência nas primeiras 24 horas) em pacientes que apresentem SDRA e alteração grave da troca gasosa.
82. A posição prona deve ser indicada apenas para os pacientes que evoluíram com SDRA grave, caracterizada por uma relação entre pressão parcial de oxigênio arterial – PaO₂ – e fração inspirada de oxigênio – FiO₂ – (PaO₂/FiO₂) inferior a 100 mmHg.
83. O paciente será considerado como respondedor à terapia de posição prona caso apresente um aumento de 20 mmHg na relação PaO₂/FiO₂ ou de 10 mmHg na PaO₂, seis horas após ser posicionado.
84. Para a promoção da SatO₂ alvo, recomenda-se evitar o uso da interface de oxigenioterapia com máscara de Venturi, em função do risco potencial de transmissão viral.

85. A técnica de aspiração endotraqueal de rotina deve ser evitada. Quando realizada, recomenda-se que seja em sistema de aspiração aberto e com a equipe devidamente paramentada com equipamentos de proteção individual.

A respiração é essencial à manutenção da vida, pois consiste em fornecer oxigênio ao sangue que será levado para todas as células do corpo humano. Para compreender o sistema respiratório em sua totalidade, é necessário o conhecimento da anatomia e da fisiologia respiratória desde a fase antenatal até a idade adulta.

JOHNSTON, C., ZANETTI, N. M. *Fisioterapia Pediátrica Hospitalar*. Editora Atheneu, 2012, com adaptações.

Com base no tema do texto e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

86. Recém-nascidos e lactentes são primariamente respiradores nasais, portanto qualquer obstrução nasal pode levar a um desconforto respiratório, acompanhado de cianose.
87. Prematuros estão suscetíveis à compressão dinâmica da traqueia em situações de alto fluxo, e isso acontece porque o suporte cartilaginoso essencial para manter a estabilidade das vias aéreas apenas está completamente desenvolvido em um recém-nascido a termo.
88. Ao nascimento, as costelas são cartilaginosas, horizontalizadas e a musculatura intercostal é pouco desenvolvida, dificultando a respiração. Apesar da imaturidade muscular, recém-nascidos não estão predispostos à instabilidade da caixa torácica durante a geração de pressão negativa, efeito causado pelas estruturas ósseas do tórax.
89. Durante a expiração forçada, são postos em ação os músculos da expiração, e os principais músculos são os intercostais externos e os abdominais.
90. A capacidade residual funcional (CRF) nas crianças é menor em relação aos adultos, predispondo à hipoxemia e ao colapso dinâmico das vias aéreas.
91. A bronquiolite aguda é a síndrome do sistema respiratório mais frequente e grave que acomete a criança nos dois primeiros anos de vida, com prevalência nos períodos de outono e de inverno.
92. O *Escore de Wood-Downes* tem o objetivo de diagnosticar a insuficiência respiratória e acompanhar a evolução clínica da criança principalmente nas doenças restritivas.
93. Nos países europeus, as técnicas de higiene brônquica, como a expiração lenta prolongada, são as mais utilizadas. Nos demais países do mundo, as técnicas convencionais, como a vibrocompressão, apresentam maior frequência de uso na pediatria.
94. As medidas diárias de pico de fluxo expiratório na asma pediátrica auxiliam na evolução da conduta fisioterapêutica, no reconhecimento da deterioração e na avaliação da resposta de tratamento.
95. As técnicas de fisioterapia respiratória que podem ser indicadas para crianças menores com asma ou bronquiolite são: vibrocompressão, aumento do fluxo expiratório lento (AFE) e expiração lenta prolongada (ELPr).

A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. A ventilação mecânica propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não invasiva por meio de uma interface externa, geralmente uma máscara facial, e de forma invasiva por intermédio de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE Ventilação Mecânica, 2013.
Disponível em: <amib.org.br>. Acesso em: 5 nov. 2020, com adaptações.

Tendo em vista as informações apresentadas no texto e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

96. A ventilação não invasiva (VNI) apresenta efeitos como melhora da oxigenação, aumento do WOB com diminuição do esforço inspiratório, melhora da relação V/Q e redução da fadiga muscular ventilatória.
97. Entre os efeitos cardiovasculares no uso da VNI, destacam-se a diminuição do retorno venoso, a diminuição da pós-carga de ventrículo esquerdo, a redução do trabalho e o aumento do consumo de oxigênio.
98. Entre as várias contraindicações ao uso da VNI, citam-se rebaixamento do nível de consciência por hipercapnia em DPOC, anastomose de esôfago recente, ausência de tosse e agitação.
99. Alguns pacientes com doenças terminais são indicados para o uso da ventilação não invasiva como forma de suporte ventilatório para o tratamento da insuficiência respiratória, ou mesmo como medida paliativa para alívio da dispneia.
100. Atualmente a CPAP nasal associada aos avanços nos cuidados respiratórios, na terapia de suporte de neonatais, possui os seguintes efeitos: redução da capacidade residual funcional, otimização da atividade do diafragma, prevenção da oclusão das vias aéreas e preservação da função do surfactante.

Área livre

Uma paciente de 22 anos de idade, desportista, amadora de futebol desde os 16 anos de idade, com história prévia de entorse lateral de tornozelo grau I, tratado de forma conservadora, sofreu uma lesão recente na região da articulação do joelho, durante uma partida de futebol. A atleta disputou uma bola no ar, cabeceou em direção ao gol e pousou ao solo com um contato inicial unipodal, realizando um movimento de pivô sobre o próprio corpo. Após passar por consulta médica, foi evidenciada, no exame de ressonância magnética, a ruptura completa do ligamento cruzado anterior (LCA). Por conta disso, a paciente encontra-se internada e será submetida à reconstrução do LCA, com enxerto do tendão patelar ipsilateral.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. A reabilitação pré-operatória é indispensável no preparo físico e mental dos pacientes para a cirurgia e a reabilitação pós-operatória da reconstrução do LCA, proporcionando maior capacidade de retorno aos níveis de atividade física e função pré-lesão (por exemplo, força muscular de quadríceps), em comparação aos indivíduos que não realizam a reabilitação pré-operatória.
102. Vários fatores afetam um bom resultado após a reconstrução do LCA, como a técnica cirúrgica e a escolha e fixação do enxerto. Infelizmente, a falha do enxerto e a ruptura do LCA contralateral ainda podem ocorrer mesmo depois de processos cirúrgicos bem-sucedidos. A idade e o nível ou a intensidade de atividade são descritos como importantes fatores de risco para novas lesões, após a reconstrução do LCA. Pacientes mais jovens (com menos de 25 anos de idade), como a atleta do caso clínico descrito, e aqueles que retornam a um alto nível de atividade, especialmente em esportes que envolvem movimento de corte ou pivô, como o futebol, têm maior risco quanto à nova lesão do LCA.
103. As recomendações, com base nos principais trabalhos científicos a respeito do tema, advogam a favor da mobilização imediata do joelho e da inserção do treinamento de força no pós-operatório da reconstrução do LCA. A mobilização imediata é fundamental para aumentar a amplitude de movimento articular, reduzir a dor no joelho e evitar eventos adversos relacionados aos tecidos moles (por exemplo, *deficit* de extensão). Os exercícios isométricos de quadríceps devem ser utilizados a partir da primeira semana de pós-operatório (se não causar dor), passando progressivamente para exercícios concêntricos e excêntricos.
104. Tanto os exercícios em cadeia cinética aberta (CCA) quanto os exercícios em cadeia cinética fechada (CCF) podem ser utilizados durante o treinamento de força. Porém, os exercícios em CCA devem ser priorizados em relação aos exercícios em CCF na fase inicial da reabilitação.
105. A eletroestimulação neuromuscular não deve ser adicionada ao fortalecimento isométrico nas primeiras seis a oito semanas do pós-operatório de reconstrução do LCA. Seu uso é indicado somente após a contração voluntária do grupamento muscular quadríceps ter sido totalmente restabelecida pelo paciente.
106. Os benefícios da utilização da movimentação contínua passiva (CPM) ou de órteses funcionais pós-operatórias (*brace* pós-operatório funcional para joelho) não são sustentados por evidências científicas. Sendo assim, a equipe de saúde deve evitar adicionar essas intervenções à reabilitação pós-operatória do LCA.

107. O enxerto do tendão patelar proporciona boa consolidação óssea, estabilidade rotacional e fixação confiável. É considerado o padrão-ouro no que diz respeito à estabilidade mecânica e ao retorno precoce aos esportes de alto nível. No entanto, a maior probabilidade de dor anterior do joelho é uma das principais desvantagens desse tipo de enxerto. Nesse sentido, o fortalecimento do quadríceps é um componente comum do programa de reabilitação para pessoas com dor patelofemoral. Para manter um menor grau de estresse da articulação patelofemoral, são indicados exercícios em cadeia cinética fechada (por exemplo, agachamento), entre 0° e 45° de flexão do joelho, e exercícios em cadeia cinética aberta (por exemplo, extensão do joelho com o paciente sentado), entre 45° e 90° de flexão do joelho.

Uma mulher de 46 anos de idade foi diagnosticada com tendinopatia do manguito rotador (impacto subacromial) e, por conta disso, admitida para reparo artroscópico do manguito rotador esquerdo. O tratamento conservador (fisioterapia), realizado nos últimos cinco meses, não gerou resultados positivos no que tange ao alívio da dor e à melhora da função dos membros superiores (avaliado por questionários e medidas de função validadas cientificamente). Após a realização de exame, a ressonância magnética demonstrou ruptura do manguito rotador. A paciente era incapaz de realizar movimentos de flexão e de abdução do ombro acima de 90°.

Considerando esse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

108. A amplitude de movimento do ombro, após a reparação artroscópica do manguito rotador, é significativamente melhor em pacientes que realizaram a mobilização precoce durante o processo de reabilitação, comparado àqueles com mobilização tardia, no curto, médio e longo prazo de avaliação (em três, seis e doze meses).
109. A cinemática escapular prejudicada é comumente relatada em pacientes com síndrome do impacto do ombro. Fraqueza dos músculos escapuloumerais e controle inadequado dos movimentos glenoumerais e escapulotorácicos, durante a elevação do membro superior, são achados frequentes e bem documentados na literatura. Uma variedade de intervenções terapêuticas, como a manipulação da coluna torácica, exercícios de fortalecimento e controle motor, é efetiva para a redução da dor e da incapacidade. No entanto, tais intervenções parecem não alterar a cinemática escapular em indivíduos com síndrome do impacto do ombro.
110. O tratamento da tendinopatia do manguito rotador é realizado principalmente de forma conservadora. Revisões sistemáticas recentes e meta-análises demonstram evidências de que as terapias passivas, como ultrassom terapêutico, terapia por ondas de choque extracorpórea, terapia a laser de baixa potência, estimulação elétrica nervosa transcutânea e injeções de corticosteroides, são eficazes para tendinopatia do manguito rotador. Essas terapias atuam, especialmente, nas causas dos sintomas e são capazes de diminuir o estresse mecânico das patologias do tendão, maximizando a capacidade do tecido tendíneo em gerir as cargas impostas (demandas diárias no tendão).

111. O tratamento bem-sucedido da tendinopatia do manguito rotador segue sendo um desafio. Assim, é essencial identificar fatores de risco, permitindo o desenvolvimento de intervenções focadas na prevenção. Fortes evidências demonstram que a idade acima dos 50 anos e a presença de patologias associadas, como a diabetes, aumentam o risco de tendinopatia do manguito rotador. Além disso, evidências moderadas manifestam que trabalhar com o ombro acima dos 90° está associado a risco aumentado de tendinopatia do manguito rotador.
112. Existe uma alta correlação entre a presença de sintomas relacionados a patologias do manguito rotador e a falha estrutural observada em exames de imagem. Estudos relatam que a grande maioria dos pacientes com sintomas de ombro apresentam anormalidades estruturais, identificadas por ultrassom, incluindo as rupturas do tendão supraespinhal. Assim, a presença de falha estrutural do tecido é um grande indicador da origem dos sintomas do paciente.

O processo que envolve a tendinopatia é compreendido como uma resposta de cicatrização malsucedida, caracterizada por uma combinação de degeneração das células do tendão, ruptura das fibras de colágeno e proliferação irregular de tenócitos, resultando em uma matriz extracelular pobre em colágeno.

RHIM, H.C., *et al.* Comparative Efficacy and Tolerability of Nonsurgical Therapies for the Treatment of Midportion Achilles Tendinopathy: a Systematic Review With Network Meta-analysis. The Orthopaedic. In: Journal of Sports Medicine, 2020, com adaptações.

Tendo em vista as informações do texto, um paciente corredor de 35 anos de idade, que apresenta dor persistente na região dos tornozelos. Ele relata diminuição da capacidade física, levando a uma redução importante dos percursos de treino (dos 10 km, passou a correr apenas 2 km), além da presença de rigidez matinal frequente. O exame de ressonância magnética foi realizado e observou-se um espessamento do tendão calcâneo. Mediante exame de imagem e avaliação clínica realizada, o paciente foi diagnosticado com tendinopatia da região medial do tendão calcâneo.

Com base nesse caso clínico, no texto e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

113. Um dos principais objetivos do tratamento da tendinopatia é melhorar a capacidade de armazenamento de energia do tendão (*energy storage capacity*). Isso significa a capacidade do tendão e do músculo de trabalhar de forma associada, agindo como uma “mola” no armazenamento e na liberação da energia. Esses objetivos são cobertos por meio da realização de exercícios, fundamentados em pliometria, que devem ser executados logo no início do processo de reabilitação.
114. A pontuação do questionário VISA-A quantifica a dor e o nível de atividade, podendo variar de 0 a 100. Uma pontuação 100 indica nenhuma dor com o nível de atividade totalmente preservado, enquanto que uma pontuação 0 indica níveis severos de dor e de atividade severamente limitada.

115. A laserterapia de baixa intensidade, associada aos exercícios excêntricos, demonstra melhores resultados no alívio clinicamente significativo da dor, quando comparada somente aos exercícios excêntricos, na análise de longo prazo (mais de 12 meses de acompanhamento). Dessa forma, existem dados científicos suficientes para apoiar os efeitos clínicos da laserterapia de baixa intensidade para tendinopatia de Aquiles.
116. Existem evidências, de baixa qualidade, de que os programas focados em exercícios unicamente de carga excêntrica são superiores na redução da dor do que aqueles com carga concêntrica isolada. Além disso, os exercícios unicamente excêntricos parecem ser menos eficazes na melhora da dor ou na função do que os programas com cargas concêntricas e excêntricas.

A osteoartrose é uma doença articular degenerativa e progressiva não inflamatória, que consiste na degradação da cartilagem articular e em alterações do osso subcondral.

LANE N. E., *et al.* OARSI-FDA initiative: defining the disease state of osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage, 2011, com adaptações.

Um homem de 70 anos de idade queixa-se de dor crônica na região dos joelhos durante prática de atividades rotineiras, como caminhar até o mercado, subir e descer escadas, levantar e sentar no sofá, cujos sintomas persistentes acompanham-no há mais de um ano e cinco meses. O paciente apresenta IMC = 35 kg/m², sem prática frequente de atividade física, e limitação da amplitude do movimento de quadril, joelho e tornozelos. Após avaliação médica, foi diagnosticado com osteoartrose bilateral de joelho.

A respeito desse caso clínico e com base no texto e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

117. O questionário Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (Womac) pode ser utilizado como um instrumento de avaliação da dor desse tipo de paciente. O questionário Womac é um instrumento de fácil aplicação, de baixo custo e específico para osteoartrose de joelho, composto por três domínios: dor, rigidez e funcionalidade.
118. O fortalecimento muscular não deve ser indicado no tratamento da osteoartrose de joelho, pois gera sobrecarga e dano articular, resultando em dor e no aumento da instabilidade articular.
119. A terapia de alongamento muscular, como tratamento adjuvante, é uma técnica favorável a ser incluída no manejo da osteoartrose de joelho.
120. A literatura atual referente ao assunto evidencia vários fatores de risco para o desenvolvimento de dor e osteoartrose de joelho em idosos. No entanto, variáveis como excesso de peso e lesão prévia no joelho, geralmente abordadas como fatores importantes no desenvolvimento da osteoartrose, não possuem comprovação científica de tal causalidade.

Área livre