GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1/2021 – RP/SES-DF/2022, DE 13 DE OUTUBRO DE 2021

PROGRAMA

2 9 3

Multiprofissional em Urgência/Trauma
Fisioterapia

TIPO	Data da prova:
"U"	Domingo, 12/12/2021.

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:

As palavras têm a leveza do vento e a força da tempestade.

- 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: ●

PROVA APLICADA

Realização iades

Fisioterapia
Itens de 1 a 120

As ciências sociais e humanas e suas relações sociais no processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos são norteados por princípios éticos. Estes fatores influenciam na educação, no trabalho, na gestão e nas políticas de saúde.

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

1. Determinantes sociais de saúde interferem diretamente no processo de adoecimento e são capazes de mapear a saúde de uma população em determinada região. A partir da análise e identificação deles, ações coletivas de saúde podem ser implementadas para a mudança e (ou) prevenção do processo de adoecimento.

2. O fisioterapeuta, independentemente da área em que atua, deverá sempre considerar os diversos aspectos psicológicos e culturais da vida de seus pacientes, que podem influenciar no tratamento e processo de adoecimento. Por exemplo, uma mulher que apresenta incontinência urinária e, por questões religiosas, têm dificuldade em aderir ao tratamento fisioterapêutico. Porém, sabe-se que os fatores culturais não podem agravar o quadro clínico de pacientes.

3. O trabalho do fisioterapeuta deverá focar na educação dos pacientes, provocando mudanças comportamentais na saúde destes.

4. Atualmente se sabe que saúde não é apenas a ausência de enfermidades. O processo de saúde-doença deve considerar a interação entre os determinantes sociais e os condicionantes de saúde de um indivíduo. A compreensão e avaliação desses fatores promove uma atuação em saúde mais crítica, ampla e resolutiva.

A respeito da Lei nº 6.316/1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e de seus conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

5. A cada quatro anos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais devem votar para eleger os membros do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Este voto é pessoal, secreto e obrigatório, sendo passível de multa aquele que não votar.

6. Dentre as atribuições do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) está apreciar e julgar os recursos de penalidades impostas aos profissionais pelo COFFITO, além de ser responsável pela assistência ética e técnica permanentes aos conselhos regionais.

7. Os Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional estabelecem os valores das anuidades, taxas e multas conforme a realidade regional do território da sua jurisdição.

8. As penas impostas ao profissional infrator obedecem a gradação estabelecida pela legislação vigente para o exercício legal da profissão, salvo gravidade manifesta ou reincidência.

9. Constitui-se infração disciplinar passível de punição ao profissional fisioterapeuta: transgredir artigo do Código de Ética da profissão e violar sigilo profissional. Não é previsto em Lei punição ao profissional que não pagar as contribuições aos conselhos regionais em que está obrigado.

A respeito da Resolução nº 482/2017, suas atualizações e de seus conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

10. O Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF) possui um propósito ético-deontológico, demonstrando valores mínimos de sustentabilidade econômica dos serviços de fisioterapia, classificando e hierarquizando os procedimentos fisioterapêuticos.

11. Os valores estabelecidos no Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF) poderão ser negociados em até 20% a menos, considerando as características regionais. Já o valor máximo que poderá ser cobrado é de 50% a mais do estabelecido, independente da região.

12. Aos fisioterapeutas que tenham registro de especialista, poderá acrescentar 20% nos valores dos seus serviços.

13. Para o registro de Título Profissional de Especialista em Fisioterapia, dentre as especialidades, o profissional precisa enviar documentação que comprove exercício profissional ou aperfeiçoamento na área de especialidade ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) da sua região.

14. Cada Fisioterapeuta poderá ter registro de até dois títulos de especialidade profissional, se assim desejar.

15. Aperfeiçoamento profissional ou experiência profissional no exterior não poderão ser utilizados para o fim de comprovação de registro do Título de Especialidade Profissional no Brasil.

A partir dos seus conhecimentos sobre a história da Fisioterapia no Brasil e da legislação vigente para atuação profissional, julgue os itens a seguir.

16. O surto de poliomielite da década de 1950 impulsionou a fisioterapia no Brasil, a partir da reabilitação de crianças com as sequelas da doença.

17. No Decreto-Lei nº 938/1975, que assegura o exercício das profissões de Fisioterapia Ocupacional e estabelece suas funções privativas, definiu que o fisioterapeuta pode exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional e pode supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos. Porém, não há previsão expressa de dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares.

18. A regulamentação da profissão de fisioterapia aconteceu, em 1969, por meio do Decreto-Lei 938, somente seis anos depois, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Área livre

PROVA APLICADA

Um idoso de 75 anos de idade, diagnosticado com doença de Parkison, vem sendo atendido em uma clínica de fisioterapia três vezes por semana. O fisioterapeuta responsável pelo seu tratamento atua na assistência dos pacientes e também é gerente dos fisioterapeutas da clínica. Como forma de divulgação da clínica, há a criação de vídeos dos atendimentos e a divulgação de depoimentos dos pacientes nas redes sociais e no *site* oficial. Entre os vídeos divulgados na última semana, um foi filmado com o paciente, exibindo o seu quadro clínico antes e após três meses de atendimento, além de um áudio de seu depoimento e agradecimento. Todos os conteúdos foram divulgados com a autorização prévia por escrito do paciente. A demanda de gestão dos fisioterapeutas aumentou no último mês, impossibilitando que o gerente realizasse todos os atendimentos do idoso. Assim, o fisioterapeuta solicitou que sua colega seguisse com a assistência, para isto encaminhou por escrito tudo que deveria ser feito nas sessões do idoso. Apesar de não concordar com todas as condutas, a fisioterapeuta realizou conforme seu gerente havia recomendado. Ao fim de cada atendimento, ela deixa o prontuário do paciente na recepção para que, assim que possível, o fisioterapeuta possa assinar a evolução. Quando este retomou os atendimentos, realizou uma reavaliação e verificou que o paciente apresentou muitas melhoras no seu quadro clínico. Ao fim da avaliação, o idoso perguntou o que será feito no tratamento, já que a terapeuta havia explicado os objetivos do último mês. O fisioterapeuta disse ao paciente que não se preocupasse com isso, pois essa é uma preocupação do fisioterapeuta e não do paciente. O paciente se conforma, afinal sempre teve bons resultados no seu tratamento.

Com base nessa situação-problema, no Código de Ética da Fisioterapia, nas Resoluções relacionadas e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

19. Nesse caso, a divulgação do quadro clínico do paciente, comparando antes e depois do tratamento, é permitida mesmo para fins de divulgação dos serviços porque o paciente autorizou previamente.

20. A clínica, na situação descrita, não poderia ter divulgado áudio com o depoimento do paciente, pois não há previsão da modalidade áudio em nenhuma Resolução ou no Código de Ética de Fisioterapia a modalidade "áudio", mesmo com a autorização do paciente.

21. A fisioterapeuta desse caso, não poderia ter deixado o prontuário do paciente em fácil acesso na recepção, por questões de privacidade. Entretanto ela não pode sofrer punição disciplinar, pois não há previsão expressa no Código de Ética acerca dessa atitude.

22. Nessa situação, os dois fisioterapeutas infringiram o Código de Ética de Fisioterapia, já que o terapeuta não poderia ter assinado a evolução de uma sessão que não foi realizada por ele.

23. No momento em que o fisioterapeuta solicitou que a colega desse continuidade ao atendimento do paciente, já determinando quais as condutas deveriam ser realizadas, ele retirou a autonomia profissional da fisioterapeuta. Tal atitude é considerada antiética, apesar de não haver previsão expressa proibindo essa atitude no código de ética da profissão.

24. Nessa situação-problema, o fisioterapeuta infringiu o Código de Ética da Fisioterapia no momento em que não informou ao paciente acerca do tratamento que seria executado.

25. A divulgação de casos clínicos realizada pela clínica, em qualquer meio de comunicação, deve constar o nome e o número de inscrição do profissional responsável pelo paciente, além da data das imagens.

26. Em qualquer meio de comunicação, é expressamente proibido aos fisioterapeutas utilizarem expressões, escritas ou faladas, que possam caracterizar sensacionalismo ou que prometam tratamento infalível.

A partir dos seus conhecimentos a respeito de bioética aplicada à atuação profissional, julgue os itens a seguir**.**

27. Lactente nascido com osteogênese imperfeita encontra-se internado com quadro clínico de diversas fraturas perinatais, neonatais e apresentando desconforto respiratório. Neste caso, a intubação é considerada tratamento inadequado que provavelmente provocará distanásia.

28. A família de um idoso vítima de traumatismo crânio-encefálico sem prognóstico positivo, solicita que não sejam mais realizados procedimentos invasivos. O atendimento da solicitação da família deve proceder respeitando o princípio bioético da autonomia.

29. Qualquer plano de tratamento e (ou) conduta realizada pelo fisioterapeuta deverá ter como finalidade proporcionar benefícios ao paciente, pautando seu atendimento no princípio da não-maleficência.

Lactente com 10 meses de idade diagnosticado com Paralisia Cerebral (PC) ou encefalopatia não progressiva da Infância, *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) classificado como grau II. Na avaliação fisioterapêutica apresenta: reação de proteção anterior presente à esquerda e reações de proteção lateral e posterior ausentes; hipertonia em membro superior e inferior à direita; hiperreflexia bicipital, tricipital, patelar e aquileu à direita; Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA) presente. Quanto ao quadro de desenvolvimento motor, o lactente: rola de supino para prono para o lado direito, senta sozinho mas não engatinha, fica em pé usando o membro superior esquerdo e permanece na posição de ortostatismo sem descarregar o peso no membro superior direito. Os seus sinais vitais são: frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 35 irpm e saturação de 98%.

Com base nesse caso clínico e nos seus conhecimentos sobre avaliação e intervenção fisioterapêutica, julgue os itens a seguir.

30. É possível afirmar que o paciente em questão apresenta a classificação hemiparesia/hemiplegia à direita quanto a topografia.

31. Pela idade do paciente, a presença do Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA) encontra-se dentro da normalidade.

32. A fim de embasar seu tratamento em evidência científica, o fisioterapeuta responsável pelo paciente poderá realizar treinamento de marcha em esteira, treino de contensão induzida de membro superior e treino dirigido por objetivos.

33. A classificação motora do paciente pelo *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) indica um prognóstico restrito, no qual provavelmente será uma criança que necessitará do uso de cadeira de rodas.

PROVA APLICADA

A partir dos seus conhecimentos sobre avaliação e intervenção fisioterapêutica, julgue os itens a seguir.

34. As características anatômicas dos recém-nascidos, com maior retificação do diafragma e menor quantidade de alvéolos, favorecem que evoluam para insuficiência respiratória com rapidez. Sendo assim, é fundamental que a identificação de sinais de desconforto respiratórios na inspeção do neonato seja feita com precisão.

35. Dentro do contexto de internação hospitalar é fundamental realizar a avaliação da dor do paciente recém-nascido. Uma das escalas utilizadas para identificar a percepção de dor nesta população é a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que é de fácil aplicação, porém de alto custo.

36. O tratamento fisioterapêutico na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve ser humanizado e em sintonia com os demais profissionais da equipe. Exemplos de condutas humanizadas são: o método canguru, o controle da dor, o posicionamento funcional e o controle para diminuição de ruídos.

Uma paciente sedentária com 47 anos de idade, comerciante de loja de calçados femininos, relata que ao dar uma "corridinha" para pegar o ônibus sentiu uma fisgada na parte posterior da perna esquerda. A paciente fazia uso de salto alto no momento da lesão e relata o uso diário de sapatos deste tipo. Como relatado sobre uma história prévia, ela sente dor em região posterior das pernas e nos tendões calcâneos quando caminha descalça, além de dor anterior em joelhos. Em uma consulta com o ortopedista, o exame clínico diagnosticou lesão miotendinosa grau II em gastrocnêmio lateral. A paciente foi medicada com anti-inflamatório não-esteroidal e encaminhada para fisioterapia.

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

37. O mecanismo de lesão foi gerado pelo encurtamento muscular, que produziu menos força com o aumento da velocidade da marcha.

38. O músculo gastrocnêmio lateral tem função tônica postural, velocidade de contração baixa e capacidade de geração e manutenção de força contrátil pequena.

39. É esperado para este tipo de lesão perda de função (habilidade para contrair), e à palpação um pequeno defeito muscular, ou *gap*, no sítio da lesão com a formação de um discreto hematoma local com eventual equimose dentro de dois a três dias.

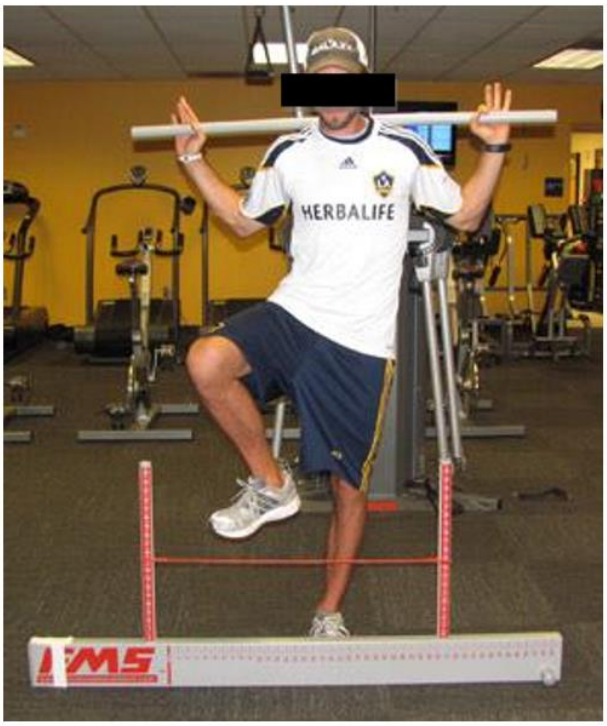
40. Um dos recursos capazes de auxiliar alterações de movimento são os testes funcionais. Para o caso exposto está indicado o *lunge teste*, que avalia em cadeia cinética fechada a dorsiflexão do tornozelo, cuja restrição de mobilidade pode estar associada à lesão muscular do gastrocnêmio lateral e à dor anterior dos joelhos.

41. A recidiva da lesão muscular é um dos principais desafios a ser evitado durante o processo de reabilitação, sendo assim para uma recuperação otimizada e mais precoce, o fisioterapeuta deve instituir a mobilização ativa imediatamente após a lesão.

42. O ultrassom terapêutico é difusamente recomendado e utilizado no tratamento da lesão muscular produzindo micromassagens pelas ondas de alta frequência, aparentemente funcionando para o alívio da dor, embora exista vaga evidência científica de sua efetividade.

43. A Tecarterapia (TECAR - Transferência Elétrica Capacitiva e Resistiva) tem sido uma tecnologia inovadora para área da reabilitação no tratamento de lesões músculo-esqueléticas, induzindo efeitos térmicos de resfriamento através de uma bio-estimulação causada pela inibição de cargas iónicas naturalmente presentes nos tecidos moles do corpo humano.

Um jovem de 27 anos de idade, praticante de treinamento funcional, iniciou com dor insidiosa no quadril direito, perda progressiva da amplitude de movimento e limitação funcional para atividades físicas e diárias. No histórico de doenças pregressas observa-se diagnóstico de impacto femoroacetabular tipo CAM. Para prática do treinamento funcional foi utilizado o Sistema de Avaliação Funcional do Movimento (*Functional Movement Systems* ou FMS) que é uma ferramenta usada para identificar assimetrias que resultam em deficiências de movimento funcional. A avaliação realizada na academia de ginástica identificou uma disfunção do movimento para ultrapassar uma barreira, constatada na imagem abaixo. O indivíduo foi então encaminhado para a avaliação fisioterapêutica com o intuito de direcionar a necessidade de reabilitação física e orientações para prática de atividades físicas.



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

44. Assim que o paciente se tornar assintomático, o fisioterapeuta deve incentivar exercícios específicos do treinamento funcional como, por exemplo, agachamento com o quadril em rotação lateral e flexão máxima de 90º.

NOVA AFA

45. A disfunção do movimento constatado pelo FMS é o movimento compensatório de abdução e rotação lateral do quadril direito.

46. O fisioterapeuta deve indicar para este caso exercícios de flexibilidade de ilipsoas e reto femoral, além de liberação miofascial para o músculo tensor da fáscia lata.

47. Este paciente pode sentar-se em cadeiras ou bancos baixos com as pernas cruzadas e quadris em posição de adução.

48. A disfunção do movimento é causada pelo *deficit* de ativação do músculo glúteo médio à direita.

49. Exercícios de estabilização e fortalecimento muscular de tronco são importantes para melhora do desempenho funcional e estão indicados para o indivíduo no caso exposto.

Um paciente de 74 anos de idade, aposentado, após oito anos de diagnóstico de osteoartrite de quadril esquerdo foi submetido à Artroplastia Total de Quadril (ATQ) não-cimentada. Realizou 15 sessões de fisioterapia pré-operatório em um programa de exercícios para melhorar a dor, amplitude de movimento, função física e qualidade de vida. Na avaliação pré-operatório observa-se dor grau 8 pela escala analógica visual de dor, importante restrição na amplitude de movimento do quadril esquerdo para abdução e contratura em flexão, além de importante *deficit* muscular e hipotrofia de quadríceps. No programa de exercícios pré-operatório, o paciente relatava aumento da dor em exercícios resistidos de maior intensidade em equipamentos de musculação e teve como intercorrência cirúrgica uma trombose venosa profunda em perna esquerda no 2º dia de pós-operatório. Após resolução do distúrbio embólico, iniciou protocolo de tratamento de pós-operatório de ATQ.

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

50. Exercícios de baixa resistência com restrição do fluxo sanguíneo (*blood flow restriction* – BFR) devem ser instituídos no pré-operatório e pós-operatório deste paciente, visto que esta técnica é realizada com exercícios de carga baixa (<50% da contração voluntária máxima do músculo) para produzir o mesmo efeito que exercícios volitivos aplicados a cargas elevadas.

51. A pré-reabilitação é eficaz na redução do tempo de internação de idosos submetidos a ATQ reduzindo os custos de saúde, sendo interesses significativos para os provedores e sistema de saúde.

52. Um programa de exercícios pré-operatório é capaz de garantir uma transição mais rápida para a reabilitação ambulatorial, acelerando a recuperação pós-operatório.

53. Volume muscular, força muscular, flexibilidade e capacidade funcional são preditores pré-operatórios críticos para uma recuperação precoce bem-sucedida em indivíduos submetidos a ATQ.

54. Estimulação elétrica neuro-muscular com uma dosagem de 10%-20% da contração voluntária máxima do quadríceps está indicada para este paciente como uma abordagem alternativa ao treinamento de resistência tradicional, ajudando a minimizar a carga mecânica, ao mesmo tempo que fornecem ganhos fisiológicos através de estímulos metabólicos que levam às adaptações neurais e melhorando volume, força e qualidade muscular.

55. O fisioterapeuta deve incentivar descarga de peso precoce no membro operado deste paciente ainda na fase hospitalar, a fim de garantir uma melhor adaptação do material de implante à estrutura óssea.

56. Para tratar este paciente no pós-operatório, o fisioterapeuta pode utilizar equipamentos tecnológicos como crioterapia associada a compressão intermitente ou botas compressivas, a fim de minimizar o edema pós-operatório, o controle da dor e a inflamação.

Um paciente de 28 anos de idade, praticante recreacional de tênis, relata ter começado a sentir dores no ombro esquerdo há quatro semanas e atribui essa condição ao fato de retomar a prática do esporte após ficar afastado devido à pandemia do Sars-CoV-2. Em consulta com o ortopedista, o paciente foi encaminhado para avaliação e tratamento de impacto subacromial do ombro esquerdo. A dor no ombro exacerba ao fletir o braço para frente, não consegue levar a mão às costas, levantar objetos acima do nível do ombro e não consegue mais jogar tênis. Além disso, ele não consegue vestir a camisa na região de trás do corpo. O médico orientou uso de anti-inflamatório não esteroidal. O raio X antero-posterior (AP) e o perfil do ombro eram negativos para anormalidades ósseas e *deficits* estruturais.

A imagem apresentada foi realizada durante a avaliação fisioterapêutica.

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

57. A partir da imagem podemos constatar uma discinesia escapular à esquerda caracterizada por uma borda escapular lateral proeminente e uma adução do ângulo inferior.

58. É comum pacientes com vários distúrbios no ombro, como a síndrome do impacto subacromial, apresentar discinesia escapular.

59. Alterações na atividade muscular escapular incluindo músculos trapézio, serrátil anterior, romboide e a rigidez dos tecidos moles estão associadas com discinesia escapular.

60. O fisioterapeuta deve enfatizar na sua conduta terapêutica apenas no fortalecimento muscular específico do manguito rotador através de exercícios com resistência elástica.

PROVA APLICADA

61. O encurtamento da cápsula anterior do ombro pode trazer rigidez articular sobretudo para o movimento de rotação lateral do ombro, desenvolvendo a síndrome do impacto subacromial. Portanto o fisioterapeuta deve realizar para esse caso exposto: exercícios de estiramento da cápsula articular com o paciente em decúbito dorsal na beira da maca, com ombro e cotovelo abduzidos à 90º e realizar a rotação lateral do ombro.

62. Como critério de avaliação e acompanhamento clínico do tratamento de pacientes com a síndrome do impacto subacromial, o fisioterapeuta pode aplicar escalas específicas através de questionários. Para o caso exposto, o fisioterapeuta pode utilizar o *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI), *University of Califonia at Los Angeles* (UCLA) *Shoulder Rating Scale* ou *Shoulder Rating Questionnaire* (SRQ).

Analise o texto a seguir a respeito do perfil da situação de saúde do homem no Brasil e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade nos seus diversos contextos. A implantação da PNAISH foi gradativa, conforme transferência de recurso financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais/ Municipais (FEM).

Essa política vem ao encontro da equidade de gênero que se faz presente na agenda mundial há mais de duas décadas, sendo o Brasil um dos países pioneiros em instituir a saúde do homem enquanto área técnica do governo federal.

O desafio que se coloca na implantação e expansão da PNAISH, se contextualiza nas diferenças de gênero e nas formas como essas questões são trabalhadas em cada município e como definem a linha de base da saúde do homem.

A PNAISH, enquanto linha de base epidemiológica parte de dados dos sistemas oficiais de registro das ocorrências em saúde, disponibilizados pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), enquanto parâmetro inicial para definição de metas. Dentre os eventos vitais, os registros sistemáticos da morte e do nascimento são os mais antigos. Posteriormente, foram incluídos registros sobre doenças e, mais recentemente, sobre comportamentos de risco e proteção.

Moura, Erly *Perfil da situação de saúde do homem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto FernandesFigueira, 2012, com adaptações.

63. As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas, onde os homens morrem mais cedo, principalmente por causas externas (acidentes e violências) e são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares.

64. As causas mais comuns que afetam a saúde dos homens são comportamentos de risco mais frequentes, menor procura aos serviços de saúde, limitação de tempo e, principalmente, a falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental.

65. O fisioterapeuta, como profissional de saúde inserido no processo de promoção de saúde do homem, deve desenvolver e incentivar condutas preventivas e curativas de doenças, respeitando as diretrizes da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) garantidos como direito constitucional.

66. A campanha brasileira que promove a conscientização sobre cuidados com a saúde masculina, na qual diversos prédios e monumentos públicos se iluminam de amarelo, com o objetivo de chamar a atenção para o movimento global de conscientização em prol da saúde do homem e centrada na questão do câncer de próstata é denominado de Setembro Amarelo.

Uma senhora de 82 anos de idade, aposentada e com aparência frágil, mas de grande vitalidade, possui em seu histórico recente três quedas e várias intercorrências de saúde, porém ela se orgulha de estar enfrentando tudo. A idosa relata que se sente muito só, apesar de morar com a filha caçula que trabalha em tempo integral. A senhora faz todo o trabalho doméstico de maneira independente e salienta que o que seu passatempo preferido é passear no shopping, mas não consegue ir com frequência pois, no fim de semana a filha quer descansar e a mãe fica sem companhia. Esta senhora tem mais três filhos, que a inibem de sair de casa sozinha temendo que possa ocorrer alguma intercorrência. Como estratégia para afetar positivamente a saúde e o estado funcional desta senhora, os familiares iniciaram um programa de visita domiciliar realizado por uma enfermeira e um fisioterapeuta, cada profissional vai uma vez por semana.

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

67. A atuação desses profissionais não garante uma promoção de saúde em termos de redução na admissão em lares de idosos, de risco de admissões hospitalares, das quedas e do significativo declínio funcional.

68. A promoção de saúde domiciliar como política pública é a garantia de uma boa relação custo-benefício para o Sistema Único de Saúde (SUS) e setores associados.

69. Durante o processo de reabilitação física dessa paciente, o fisioterapeuta deve incentivar uma percepção positiva do próprio processo de envelhecimento como uma estratégia cognitiva adaptativa mantendo um autoconceito consistente e positivo em uma cultura que, em geral desvaloriza a velhice, contribuindo assim para o bem-estar relacionadas à saúde e a longevidade ao longo do tempo.

70. O risco de queda nesta paciente pode resultar em ferimentos graves ou morte, como também pode desencadear aumento da ansiedade, depressão e redução da qualidade de vida.

71. O fisioterapeuta deve se preocupar apenas com intervenções baseadas em exercícios, os quais são o suficiente para prevenção de lesões e risco de quedas em idosos em comparação com os cuidados habituais.

72. Um exercício simples e muito utilizado na cinesioterapia como subir e descer de uma caixa (*step*) é capaz de reduzir o risco de queda nesta paciente, devido a uma melhora esperada para o tempo de reação, equilíbrio e desempenho da marcha.

PROVA APLICADA

Com base nos conhecimentos correlatos a respeito de reabilitação oncológica, julgue os itens a seguir.

73. A Drenagem Linfática Manual (DLM) faz parte da abordagem fisioterapêutica em diversas situações clínicas dos pacientes oncológicos. No entanto sabe-se que favorece a ocorrência de metástases ao aumentar a absorção de líquido e proteínas do interstício.

74. Os pacientes oncológicos apresentam alta incidência de edemas, linfedemas, trombose venosa profunda e outras alterações, como a síndrome da rede axilar, dor e complicações da ferida operatória, que podem estar relacionadas também com a piora da qualidade de vida dessa população.

75. O Linfoma Não Hodking (LNH) pode ser curado se tratado precocemente. Já o Linfoma de Hodking apresenta uma resposta de tratamento clínico inferior, não chegando à cura. Independentemente do tipo de linfoma, seus tratamentos podem causar vários efeitos deletérios. Resultando em descondicionamento físico, fadiga, depressão e redução da qualidade de vida.

A disfunção do assoalho pélvico tem como consequência a incontinência urinária, a incontinência fecal, a incontinência de flatos, as distopias genitais, as anormalidades do trato urinário inferior, as disfunções sexuais, a dor pélvica crônica e (ou) os problemas menstruais. Atualmente, essa disfunção é considerada um problema de saúde pública, nomeadamente a incontinência urinária, tida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública, que afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo mundo.

STEIN et al. Rev. Ciênc. Méd. 2018;27(2):65-72

Observando o impacto que os sintomas da disfunção do assoalho pélvico podem causar, julgue os itens a seguir sobre o contexto fisiopatológico:

76. A *Internacional Continence Society* (ICS) define incontinência urinária de esforço como toda perda de urina de forma voluntária durante momentos de tosse, atividades físicas, espirros, como também exercícios que promovam movimentação rápida de posição. Sendo o tipo de incontinência que mais acomete mulheres em diversas faixas etárias.

77. A fusão dos ossos ílio, ísquio e púbis formam um grande osso chamado pelve que se divide em direita e esquerda. A pelve se articula com o sacro, e a união da pelve direita e esquerda se dá pela sínfise púbica. Nas mulheres, esta estrutura tem abertura superior oval e arredondada, possuindo também ângulo e arco púbico mais estreito.

78. A pelve é constituída por estruturas de sustentação: diafragma pélvico e urogenital e as fáscias pélvicas. Dessa maneira, sua organização em grande quantidade é de fibras de contração lenta e em menor quantidade de contração rápida, com isso todas as partes são de grande relevância, tanto no suporte e na manutenção das estruturas pélvicas quanto em suas composições fisiológicas.

Apesar dos vários tratamentos disponíveis, é questionável o fato de que muitas pacientes mulheres não procurarem solução para seu distúrbio. Recentemente, apontou-se que as brasileiras consideram a perda urinária algo comum e um feito normal da vida, não havendo necessidade de trata-la. Inclusive, é comum que o próprio médico informe à mulher de que o seu problema não necessita tratamento. Uma possível explicação para que a fisioterapia não esteja ainda implementada no sistema de saúde da mulher é a de que há o desconhecimento por parte dos próprios profissionais de saúde de que a fisioterapia é mais do que uma simples opção, mas o ponto do algoritmo de tratamento para incontinência urinária preconizado pela International Continence Society (ICS) e OMS.

STEIN et al. Rev. Ciênc. Méd. 2018;27(2):65-72.

A respeito das disfunções e do tratamento fisioterapêutico na saúde da mulher, julgue os itens a seguir:

79. O tratamento para incontinência urinária pode ser tratado na modalidade conservadora ou cirúrgica. O papel da fisioterapia é atuar com mecanismos menos invasivos como a eletroestimulação, *biofeedback* e a terapia com cones aliados a isso, para melhor prevenir e intervir na patologia.

80. Pacientes com incontinência urinária de esforço possuem alterações na ativação somente dos músculos do assoalho pélvico durante as manobras de Valsalva, sugerindo deficiência de ativação muscular nas diferentes atividades.

81. A prevalência da incontinência urinária é significativamente maior em mulheres sedentárias. Outro fator comum que predispõe a incontinência urinária, prejudicando os músculos responsáveis pela continência na mulher, é no período gestacional e durante o parto.

82. A dispareunia é definida como dor recorrente ou persistente associada à relação sexual gerada por alterações físicas ou psicológicas. A fisioterapia tem como objetivo melhorar flexibilidades da musculatura do assoalho pélvico levando ao alívio da dor pélvica e (ou) abdominal.

Área livre

PROVA APLICADA

Com a evolução tecnológica em neonatologia dos últimos anos, as taxas de morbimortalidade de bebês prematuros têm caído. Entretanto, esses bebês necessitam de maiores cuidados em relação a seu atendimento. Em 1979 os doutores Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria do instituto materno infantil do hospital San Juan de Dios de Bogotá, na Colômbia, iniciaram uma transformação na visão da atenção a recém-nascidos prematuros e bebês de baixo, peso promovendo uma abordagem mais humanizada. Foi então criado o método mãe canguru que consiste na redução do tempo em que o neonato é mantido na incubadora. A criança é colocada no colo materno em posição canguru e ocorre contato pele a pele do bebê com a mãe, alimentação exclusiva no seio e no programa de acompanhamento do bebê.

Barradas J et al. Jornal de Pediatria - Vol. 82, Nº6, 2006

A respeito da fisioterapia neonatal e das técnicas utilizadas atualmente nas Unidades de Terapia Intensiva, julgue os itens a seguir:

83. A excessiva luminosidade, os ruídos, a manipulação, a interrupção constante do sono, a solidão da incubadora e os inúmeros procedimentos dolorosos (intubação orotraqueal, coleta de sangue, punção do calcâneo, administração de medicamentos intravenosos etc.) podem desencadear reações fisiológicas e comportamentais compatíveis com estresse no recém-nascido internado na UTI.

84. Na área da fisioterapia, o método mãe canguru é um método bastante complexo, que depende da aceitação da equipe multiprofissional, porém eficaz e de baixo custo. Costuma ser aplicado em hospitais de referência especializada.

85. Em recém-nascidos prematuros, a abordagem da fisioterapia é restrita apenas ao contexto de manutenção da integridade pulmonar. Na qual executa procedimentos de manutenção das vias aéreas com manobras e técnicas específicas; a partir de 37 semanas de idade gestacional podem ser acrescentadas as condutas de estimulação da auto-organização sensório motora e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor.

86. A fisioterapia respiratória convencional, também conhecida como *Chest Physicaltherapy*, é um conjunto de técnicas nas quais incluem vibração manual, percussões toracicas e drenagem postural. Apesar de antigas, são vistas como efetivas na retirada de secreções brônquicas no perfil neonatal e pediátrico.

As estratégias de fisioterapia respiratória, de mobilização e de exercícios terapêuticos precoces destinados aos pacientes internados, especialmente perante cuidados intensivos, fazem parte da rotina dos melhores hospitais do Brasil e do mundo. Não resta dúvidas que essas estratégias são necessárias e benéficas para a maioria dos pacientes, o que provavelmente não deve diferir em se tratando dos pacientes com Covid-19, em virtude do alto risco para desenvolvimento da fraqueza muscular adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (FMA-UTI) e potencial declínio funcional, fruto das comorbidades associadas, do processo inflamatório, do tempo prolongado de internamento e ventilação mecânica, além de todos os fatores de risco comuns aos pacientes críticos.

Considerando o texto motivador e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

87. Dentre as intervenções motoras na Unidade de Terapia Intensiva estão a cinesioterapia (passiva, assistida, ativa livre, resistida), alongamento muscular, Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM), treino de sedestação e controle de tronco, treino de mobilidade para transferências no leito, cicloergometria em Membros Superiores e Inferiores (MMSS e MMII), ortostatismo - em prancha ortostática ou assistida e marcha.

88. De acordo com a recomendação da Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória (ASSOBRAFIR) sobre a atuação do fisioterapeuta durante a parada cardiopulmonar em pacientes Covid-19. As ventilações devem ser realizadas via ventilação com pressão positiva manual (bolsa, válvula, máscara), a qual garante melhor expansibilidade e oferta de oxigênio suplementar.

89. A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma lesão pulmonar inflamatória aguda e difusa. Pode ser pulmonar ou extrapulmonar, compreendida dentro de sete dias de um evento definido e sua classificação de condição grave pela definição de Berlim inclui a $PaO_2/FiO_2 \leq 100mmHg$ com $PEEP \geq 5cmH_2O$.

Paciente do sexo masculino, previamente saudável, com 15 anos de idade, da cor branca, procurou atendimento em centro de referência de fisioterapia neurofuncional de sua cidade, acompanhado de sua genitora. O jovem informou que tem diagnóstico de mielite transversa há oito meses. Na época apresentou uma dor súbita lombar seguida de paraplegia. O paciente ficou internado em Unidade de terapia intensiva (UTI) por 32 dias. Atualmente, apresenta deambulação sem auxílio em superfícies planas, com grande receio de cair, sua casa possui um piso liso e escorregadio e pouca acessibilidade (dois andares de escada). No exame clínico foi constatado leve espasticidade (escala de Ashworth: 1) e hiperreflexia dos extensores dos joelhos e dos tornozelos, havendo alteração na força muscular, que apresenta grau 4 na maioria dos grupos musculares de membros inferiores.

Com base no caso clínico, julgue os itens a seguir.

90. A mielite transversa está entre as principais causas não traumáticas, de origem desmielinizante e compreende a maioria dos casos de lesão medular em pacientes jovens.

91. A lesão medular é classificada segundo a padronização internacional determinada pela *American Spinal Injury Association* (ASIA). A ASIA recomenda conceituarmos, nos casos de lesão medular, plegia como a ausência de movimento voluntário e paresia como a presença de contração muscular voluntária com diminuição da força.

92. Na mielite transversa, um prognóstico normalmente mais grave cursa com distúrbio sensorial em níveis da coluna cervical, incontinência urinária, falta de recuperação após três meses e choque medular.

PROVA APLICADA

93. A escala ASIA *Impairment Scale* (AIS) classifica a lesão medular nos seguintes níveis motores e sensitivos: A = normal e B = motor incompleto, *status* incompleto do motor como definido anteriormente, com pelo menos metade do músculo principal com um grau de músculo ≥ 3. C = motor incompleto, a função motora é preservada na maioria dos segmentos sacrais caudais para contração anal voluntária. D = sensorial incompleto, função sensorial, mas não motora é preservado abaixo do nível neurológico. E = completo, nenhuma função sensorial ou motora é preservada.

94. Os doentes com lesões medulares enfrentam, na sua maioria, limitações funcionais, que acarretam uma alteração do seu estilo de vida. Frequentemente apresentam dificuldades em retomar o seu papel ativo na sociedade, muitas vezes influenciado por fatores contextuais, incluindo fatores ambientais e pessoais. Um exemplo de fatores ambientais influenciando diretamente a funcionalidade/incapacidade desse indivíduo é a escada de sua casa e o piso escorregadio.

95. A intervenção fisioterapêutica neurofuncional deve ir além da manutenção de amplitudes articulares e do fortalecimento muscular acima do nível da lesão. É fundamental que a reabilitação tenha como objetivo utilizar o potencial plástico demonstrado através da escala ASIA de cada paciente, otimizando sua função e independência.

96. Na avaliação do indivíduo citado, poderíamos ter utilizado o índice de Barthel, que avalia as atividades da vida diária (AVDs) e mensura a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Essa escala foi validada para a população brasileira em outras condições de saúde além da lesão medular, como acidente vascular encefálico e em idosos.

Paciente do sexo masculino, com 54 anos de idade, da cor parda, professor e com ensino superior completo. Apresenta como queixa principal alteração da marcha há cerca de três anos. O quadro foi precedido de perda gradual de destreza em ambas as mãos, em função do tremor ao tentar realizar atividades manuais finas. O caso evoluiu com lentificação dos movimentos e dificuldade na marcha, foi diagnosticado, na época, com Doença de Parkinson (DP) e prescrito levodopa, sem melhora significativa. Há um ano começou a apresentar disfunção erétil (metade das tentativas em manter uma relação sexual) e incontinência urinária (segundo ele em pequena quantidade). O paciente nega episódios prévios semelhantes, relata boa condição financeira, não apresenta dificuldade para compra de medicação. O usuário é assíduo na fisioterapia, possui um fisioterapeuta que o acompanha há um ano, três vezes por semana, em seu domicílio. O paciente é casado, sempre teve apoio da esposa para todo seu tratamento, mora em casa própria com três suítes, além de possuir três filhos casados, mas sempre tem contato com eles em reunião de familiares aos finais de semana. Seu lazer é relatado como passeio ao *Shopping*, cinema e teatro, e sua vida social era relativamente intensa, porém agora tem alguns programas recusados pela questão da doença. Durante a avaliação fisioterapêutica, observou-se alterações em suas AVDs e na marcha. O teste de velocidade de marcha apresenta um *deficit* de 60% do esperado para sua idade e nas AVDs, através do índice de Barthel obteve um total de 55 pontos de 100.

Com base no caso clínico, julgue os itens a seguir.

97. No caso clínico observa-se fatores contextuais que podem influenciar como barreiras e (ou) facilitadores na funcionalidade/incapacidade do indivíduo. Como exemplo de barreira, temos a redução na velocidade da marcha e consequente restrição à participação ocasionada pela condição de saúde.

98. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a vários contextos diferentes na reabilitação. Três dos seus quatro componentes são quantificados através da mesma escala genérica. Em relação a esse sujeito, quanto às AVDs, componente participação, podemos dizer que ele tem um problema ligeiro (pequeno).

99. A disfunção erétil é uma manifestação não motora na doença de Parkinson e uma queixa comum na prática clínica.

100. A disfunção erétil na doença de Parkinson tem caráter multifatorial, como: fatores psicossomáticos, além da presença de cardiopatia, de hipertensão arterial sistêmica e do uso de medicações anti-hipertensivas.

Um senhor de 58 anos de idade, casado, pai de dois filhos e motorista de ônibus há 30 anos, chegou ao posto de saúde próximo de sua casa relatando dor do lado direito na coluna lombar, há pelo menos três anos. O paciente percebeu piora do sintoma nos últimos seis meses, principalmente no final do dia, além de dificuldade para permanecer por muito tempo sentado. Assim começou a fazer uso de anti-inflamatório há 15 dias, mas não percebendo melhora, procurou um médico especialista para nova consulta. Após consulta médica e solicitação de exame de imagem (radiografia da coluna lombar) foi encaminhado para fisioterapia. No exame de imagem (radiografia e ressonância magnética) da coluna lombar foram identificados protrusões discais sem compressões radiculares, osteófitos nos níveis L2 a L4 e sinais de esclerose articular. Na avaliação fisioterapêutica foram realizados os seguintes testes funcionais: a) escala funcional específica do paciente: (3/10) para ficar sentado, (3/10) para pegar o filho no colo que pesa 35 kg e (1/10) para agachar, no qual, 0 representa incapacidade de realizar a tarefa e 10 totalmente capaz de executar a tarefa do mesmo nível antes da condição clínica adquirida; b) teste de rigidez para rotação medial de quadril (22º direito e 18º esquerdo – referência de normalidade 30º a 40º); c) teste de resistência dos músculos estabilizadores do tronco através da prancha lateral (10 segundos direito e 30 segundos esquerdo - referência de normalidade 58 segundos); d) teste de força muscular para extensores de tronco (Grau 3 – Referência de normalidade 5); d) EVA: 7/10 referida para membros inferiores, região posterior, ao realizar flexão de tronco; e) teste de flexibilidade de isquiotibiais (20º direito e 35º esquerdo – Referência de normalidade 180º); f) teste de Lasegue e Slump negativos; g) sem sinais neurológicos de hiporreflexia ou hipoestesia para membros inferiores negativo. Por conta disso, o paciente encontra-se incapacitado de realizar algumas atividades e teve que se ausentar do trabalho.

PROVA APLICADA

Em relação ao caso clínico apresentado, e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. Visto que na avaliação fisioterapêutica foi identificado idade avançada, uso prolongado de anti-inflamatórios, presença de danos estruturais da coluna, rigidez de quadril, intensidade de dor elevada e baixa resistência local dos músculos estabilizadores do tronco, características estas também conhecidas como bandeiras vermelhas *red flags*, sendo necessário reencaminhar o paciente para o médico para realização de procedimento cirúrgico.

102. A presença de dor referida em membros inferiores durante a flexão de tronco é um sinal de compressão de raiz nervosa que pôde ser confirmada através dos testes modificadores de sintomas *Laségue e Slump Test.*

103. Durante a anamnese, uma das primeiras informações a ser levantada é a duração do sintoma, que tem relação direta com o prognóstico dos pacientes. Pacientes com dor lombar aguda são aqueles em que os sintomas estão presentes por até seis semanas; subaguda de 6 semanas a 12 semanas; e crônica por 12 semanas ou mais. Sendo assim, no caso clínico supracitado, podemos classificar a dor lombar do paciente como dor crônica, que quando comparada às dores agudas, apresentam pior prognóstico.

104. Segundo informações obtidas na anamnese e avaliação física pode ser considerado como plano terapêutico adequado, tratamento multimodal, englobando: a) terapia com exercícios supervisionados e indicação de realizá-los em casa; b) exercícios de mobilização articular; c) exercício de força e resistência da musculatura de tronco com repetição de movimentos em direção específica para alívio dos sintomas; d) terapia cognitivo-comportamental associada ao tratamento multidisciplinar; e) intervenção educacional, por exemplo, com o uso de cartilha para que os pacientes sejam encorajados a se manterem ativos e reduzirem o nível de preocupação com a dor.

105. Segundo informações obtidas na anamnese e avaliação física, deve ser considerado como plano terapêutico adequado: agentes eletrofísicos (ultrassom e transcutaneous electrical nerve stimulation – TENS) e alongamento dos músculos da coluna lombar e posteriores de membros inferiores – MMII.

Um jovem de 25 anos de idade, após acidente automobilístico foi submetido a um alongamento ósseo com fixador externo devido à fratura exposta de tíbia. Posteriormente, após intervenção cirúrgica, o paciente supracitado foi encaminhado à fisioterapia para dar início ao processo de reabilitação.

Em relação ao caso clínico apresentado e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

106. Diante da possibilidade de o osso fraturar na região de pinos e consequentemente ocasionar uma refratura, como forma de prevenção podem ser utilizados gesso ou *brace* para promover estabilidade adicional nas primeiras seis semanas de reabilitação após a retirada do fixador externo.

107. O ultrassom pulsado de baixa intensidade seguindo os seguintes parâmetros: a) 30 mW/cm^2 de intensidade; b) frequência de 1,5 MHz repetido em 1 kHz; c) uma largura de pulso de 200 µs administrados durante 20 minutos cada dia, pode ser administrado como recurso terapêutico para induzir estresse micromecânico no local da fratura, com o objetivo de estimular moléculas e respostas celulares envolvidas na consolidação de fraturas.

108. Durante a reconstrução e alongamento ósseo, deformidades do pé em equino, cavo, varo e supinado podem ocorrer, portanto, o fisioterapeuta deve utilizar ao iniciar o tratamento, bandas elásticas ou *splint* e (ou) órteses articuladas. Além disso, pode ser utilizado estimulação elétrica nervosa transcutânea (transcutaneous electrical nerve stimulation – TENS) e drenagem linfática para redução do edema e dor.

109. Dentro dos procedimentos físicos adjuvantes para o tratamento de fraturas na fisioterapia, o ultrassom é o único recurso físico contraindicado com o objetivo regenerativo, visto que o ultrassom pode atrasar ou mesmo prejudicar a cicatrização óssea.

110. A consolidação do tecido ósseo fraturado ocorre através de 4 etapas: inflamação, formação do calo mole, formação do calo duro e remodelamento do osso. Neste sentido, após a ocorrência de uma fratura (lesão), a primeira fase é a inflamação que ocorre em decorrência de ruptura de vasos sanguíneos, lesão de tecido periosteal e unidade de osteons (unidade estrutural de osso compacto), que por sua vez, conduzem à formação de hematoma e liberação de citocinas inflamatórias para dar início ao processo de angiogênese e remoção do tecido danificado pelos macrófagos e osteoblastos. Na segunda fase, fibroblastos também chegam ao local danificado em decorrência da angiogênese, para promover a formação do calo mole ou tecido fibrocartilaginoso. Nesta fase, colágenos secretados por condroblastos vão promover a conexão entre as extremidades no osso fraturado. Finalmente na terceira e na quarta etapa, ocorrem a consolidação da fratura onde o calo mole se transforma em calo duro ósseo. Nestas duas etapas, os osteclastos iniciam a ossificação intramembranosa substituindo o calo mole em uma rede de trabéculas de osso que vai ligar o osso em formação (desenvolvimento) à fragmentos do osso danificado.

Uma mulher de 30 anos, com IMC = 27 kg/m^2, chegou ao consultório médico relatando dor em seu joelho esquerdo há pelo menos cinco meses. Durante o relato da história da queixa atual, ela mencionou que a dor foi gradualmente aumentando, mas, aliviava ao repousar. Ainda na anamnese, mencionou apresentar histórico de luxação lateral de patela desde os 25 anos. O deslocamento ocorreu posterior a um escorregão que culminou em sua queda sobre o joelho em flexão. Não havia histórico de nenhum outro trauma, tratamento médico ou cirúrgico, família com o mesmo sintoma e nenhuma atividade esportiva. No exame físico foi observado: a) marcha antálgica, sem a utilização de qualquer dispositivo auxiliar; b) sinais de hipotrofia na região da coxa esquerda anteriormente e posteriormente; c) lateralizarão da patela esquerda quando comparado à patela direita; d) amplitude de movimento passiva e ativa de joelho em flexão de 120º bilateral; e) teste de preensão patelar positivo; f) teste de gaveta anterior e posterior negativo. Exames de imagem não mostraram deformidades em varo ou valgo de joelho ou mesmo esclerose do osso subcondral, porém, notou-se lateralização da patela. Também não foi encontrado alterações no sulco troclear e ângulo Q. Baseado nos achado a paciente foi diagnosticada como tendo luxação patelar crônica do joelho esquerdo. Mediante o diagnóstico, a decisão clínica foi realizar a reconstrução do ligamento patelofemoral medial do joelho esquerdo com o enxerto do semitendinoso.

PROVA APLICADA

Em relação ao caso clínico apresentado e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

111. Para a reabilitação pós-operatória, torna-se necessário inicialmente a utilização de um *brace* (órtese) de joelho, a fim de manter o mesmo em completa extensão. A utilização do *brace* deve ser mantida nas dez primeiras semanas para proteger o enxerto e permitir um processo cicatricial.

112. Na fase de reabilitação pode-se utilizar inicialmente a mobilização passiva contínua (MPC) com amplitudes de 0º a -40º do 2º ao 4º dia, progredindo para mobilizações ativas. Bicicletas estacionárias também podem ser utilizadas nas primeiras semanas para atingir 90º de flexão em aproximadamente 7 semanas a 8 semanas. Exercícios isométricos com extensão de joelho como por exemplo, straight leg raising (SLR) devem ser iniciados imediatamente para a ativação do quadríceps. Também deve ser utilizado *brace* (órtese) de joelho nas seis primeiras semanas para manter o mesmo em completa extensão a fim de proteger o enxerto e permitir o processo cicatricial.

113. Como recurso de avaliação funcional e levando em consideração a auto percepção do paciente, poderia ser utilizado como forma de acompanhamento da efetividade do tratamento a A Escala de Kujala (*Scoring of Patellofemoral Disorders)* já validada na versão portuguesa. É um questionário utilizado para avaliar os sintomas subjetivos, como dor anterior no joelho e limitações funcionais da articulação patelofemoral. Os itens avaliados no questionário são: subluxação patelar, claudicação, dor, caminhadas, subida de escadas e desconforto ao permanecer sentado por tempo prolongado com os joelhos flexionados. Tem pontuação de 0 a 100 pontos, onde 100 significa sem dores e (ou) limitações funcionais e 0 significa dor constante e várias limitações funcionais.

114. Protocolos avançados demonstram que descargas de peso total sem a utilização de *brace* já podem ser realizada a partir da primeira semana, em conjunto com exercícios para fortalecimento com cargas progressivas de quadríceps, isquiotibiais e estabilizadores do quadril.

115. Exercícios de corrida podem ser iniciados quando se atingir uma simetria de força de quadríceps de pelo menor 85%, além de boa amplitude de movimento em estabilidade articular.

Uma mulher de 41 anos de idade compareceu ao consultório fisioterapêutico com desenvolvimento de quadro insidioso de dor no cotovelo medial direito. Não havia antecedente de trauma no cotovelo, durante a avaliação física foi constatado: a) espessura aumentada do tendão de 5-10 mm distal e anterior ao epicôndilo medial através da palpação com presença de edema; b) dor localizada próximo do epicôndilo medial que irradiava para a região proximal do antebraço; c) força de preensão manual diminuída em relação ao lado contralateral com presença de exacerbação da dor; d) contratura dos flexores de cotovelo; e) amplitude de movimento normal para cotovelo e punho; f) exame complementar por ultrassom apresentou áreas hipoecóicas caracterizando regiões focais de degeneração do tendão.

Em relação ao caso clínico supracitado, e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

116. Testes diagnósticos diferenciais provocativos como o Milking Test (cotovelo posicionado à 70º de flexão, adução e supinação máxima associado à extensão do polegar) gerando resposta negativa e teste do sinal de tinel (percussão do nervo mediano entre o olecrano e epicôndilo medial) e gerando resposta positiva, podemos direcionar potencialmente o raciocínio clínico para o diagnóstico de epicondilite medial.

117. Na fase inicial de tratamento, deve-se recomendar ao paciente reduzir atividades que exacerbem os sintomas, principalmente, aquelas que requerem um esforço repetitivo de flexão de punho, pronação de antebraço e estresse em valgo do cotovelo.

118. Atualmente, terapias de ondas de choque têm sido utilizada na fase inicial de tratamento da epicondilite medial. Visto que foi comprovado em humanos, que este recurso físico tem superioridade quando comparado a outros, como o exercício. Dado que as ondas de choque aceleram o processo de neovascularização na junção tendão-osso, proliferação de tenócitos, aumento da secreção de fatores de crescimento e síntese proteica de colágeno favorecendo por fim o remodelamento tecidual.

119. Na reabilitação, amplitudes de movimento passiva bem como contrações excêntricas devem ser evitadas inicialmente para minimizar estresses indesejados no tendão. Uma vez que o arco de movimento funcional com mínima dor (EVA: 3/10) é observado, exercícios isotônicos de fortalecimento podem ser iniciados através de cadeia cinética aberta e fechadas progredindo para repetições e pesos maiores para promover remodelamento e maior capacidade tecidual às demandas impostas ao tendão.

120. O debridamento cirúrgico para epicondilite medial é tipicamente reservado para pacientes que não respondem ao tratamento conservador e mantêm sintomas persistentes por um período de 4 meses a 6 meses

Área livre

PROVA APLICADA