



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP/SES-DF/2019, DE 15 DE AGOSTO DE 2018

PROGRAMA

2 8 3

Terapia Intensiva (Atenção ao Paciente Crítico Adulto)
Fisioterapia

Data e horário da prova: domingo, 21/10/2018, às 14 h.

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:

Tenho em mim todos os sonhos do mundo.

- 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 qualquer 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 assinala sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem 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 “D”

Fisioterapia Itens de 1 a 120

Paciente de 55 anos de idade, com estatura de 1,70 m, pesando 80 kg, sem história de tabagismo ou doença pulmonar crônica, em ventilação mecânica (VM), modo volume controlado com: volume total (Vt) = 380 mL; volume total expiração (Vte) = 380 mL; frequência respiratória (FR) = 16 irpm; PEEP = 5 cm H₂O; Ppico = 35 cm H₂O; Pplatô = 30 cm H₂O; fluxo = 40 Lpm; Ti = 1,0s; I = E = 1:2; FiO₂ = 0,4. Apresenta a seguinte gasometria: pH = 7,15; PCO₂ = 50; PO₂ = 60; HCO₃ = 26; BE = -8; Sat = 90.

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

1. A complacência estática está menor que 60 mL/cm H₂O.
2. A *driving pressure* ou pressão de distensão alveolar nesse caso encontra-se maior que 15 cm H₂O.
3. O distúrbio gasométrico é uma acidose respiratória com hipoxemia, pois o pH está abaixo de 7,35, o PaCO₂ está acima de 45 e o índice de oxigenação está menor que 200.
4. Esse paciente apresenta condições para realizar o teste de respiração espontânea.

Um paciente de 75 anos de idade foi internado na UTI com diagnóstico de exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Na admissão, o paciente encontrava-se em respiração espontânea com máscara de Venturi com fluxo de 15 L/min; após 30 minutos, ele tinha frequência respiratória (FR) de 30 irpm e saturação de oxigênio (SpO₂) de 81%.

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

5. Na DPOC, as alterações na troca gasosa resultam em hipoxemia, hipercapnia e acidemia, sendo essas alterações descritas na seguinte gasometria arterial: pH = 7,30; PaCO₂ = 55; PaO₂ = 50; HCO₃ = 34; e SaO₂ = 87.
6. A exacerbação do DPOC é uma boa indicação de utilização de ventilação não invasiva, se o paciente for cooperativo.
7. A indicação de ventilação mecânica invasiva na DPOC é essencialmente clínica, assim como o momento ideal para iniciá-la. Um parâmetro objetivo que auxilia essa tomada de decisão é o pH < 7,20.
8. O uso de ventilação não invasiva (VNI) após a extubação nesses pacientes ajuda a diminuir o risco de reintubação.
9. A utilização de frequência respiratória baixa e o tempo inspiratório curto ou fluxo inspiratório alto no modo controlado a volume para aumentar o tempo expiratório permitem o esvaziamento mais completo das unidades alveolares, consequentemente, corrigem ou reduzem a auto-PEEP.

Sabe-se que o período de desmame apresenta grande variação de acordo com os diferentes tipos de doenças. Acerca do desmame da ventilação mecânica (VM), julgue os itens a seguir.

10. Deve-se tentar identificar as causas que podem contribuir para a dependência da VM em pacientes ventilados por um período maior que 24 horas.
11. Pacientes com insuficiência respiratória devem submeter-se a uma avaliação formal de interrupção potencial, e um dos critérios é se a hipoxemia foi revertida.
12. São critérios usados para definir a tolerância da respiração espontânea: troca gasosa aceitável, hemodinâmica estável, FR < 30 e aumento da FR < 50%.

13. A depressão e a dor não influenciam na dependência de ventilação mecânica em pacientes cirúrgicos.
14. As estratégias de desmame da ventilação prolongada devem ser aplicadas de forma gradual com períodos progressivamente maiores de respiração espontânea.
15. Dentre as técnicas de desmame, a melhor é a ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV).
16. São exemplos de parâmetros que avaliam a função mecânica do aparelho respiratório para o desmame: pímáx, capacidade vital, complacência estática e resistência do sistema respiratório.
17. A vantagem do método de desmame Tubo T é o fato de não necessitar de aparelhos sofisticados, e as desvantagens são incapacidade de garantir um volume-minuto, ausência de monitorização adequada, em razão da desconexão total do respirador, e colapso alveolar, em razão da ausência da PEEP.
18. O esforço inspiratório do paciente, a pressão inspiratória do respirador e as características do sistema respiratório determinam o volume corrente e, consequentemente, o volume-minuto no modo pressão de suporte.
19. A extubação é geralmente livre de complicações, mas, às vezes, ela pode ser seguida de estridor, culminando em reintubação.
20. Entre as causas de insucesso de desmame, estão: disfunção do ventrículo esquerdo, alterações no padrão respiratório e comprometimento da *performance* dos músculos respiratórios.



O paciente E.G., 34 anos de idade, policial militar, relata que, no curso de formação na academia de polícia, sofreu queda sobre o ombro direito durante treinamento de luta. Procurou atendimento de emergência hospitalar e, no exame físico, inspeciona-se deformidade na articulação acromioclavicular. O paciente segura com mão contralateral o membro superior lesionado sobre o tórax e refere dor no ombro direito; apresenta pressão arterial de 120 mmHg x 80 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm e saturação de oxigênio de 92%. No pronto atendimento, foi realizado exame de imagem, conforme figura apresentada.

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

21. De acordo com a classificação de Alman-Tossy, essa lesão pode ser classificada como grau I com distensão ou ruptura parcial do ligamento acromioclavicular e glenoumeral superior.

22. No exame clínico, espera-se o teste de sinal de tecla positivo.
23. O comprometimento funcional mais comum nesse tipo de lesão é a limitação na amplitude de movimento de adução e abdução horizontal do ombro.
24. Para fornecer mais conforto e alívio de dor para esse paciente, a órtese mais indicada para esse tipo de lesão é uma tipoia com manguito umeral tipo Velpeau.
25. No caso de uma iminente falha no tratamento conservador e se a equipe médica optar por um tratamento cirúrgico com fixação cruenta de placa e parafuso, está indicado, na fase aguda, o uso de diatermia por ondas curtas contínuas com técnica coplanar por 15 minutos de aplicação.
26. Para prevenir restrições na amplitude de movimento articular, devem-se instituir na cinesioterapia exercícios de amplitude de movimento (ADM) de ombro, tração e deslizamentos grau II na articulação glenoumeral.
27. Estão indicadas para esse caso técnicas de terapia manual de deslizamento anterior acromioclavicular, além de deslizamento posterior/superior e anterior/inferior esternoclavicular.
28. São achados comuns nesses pacientes aumento de tensão cervical e discinesia escapular, além da possibilidade de síndrome do desfiladeiro torácico.

O paciente L.R.G., 47 anos de idade, comissário de bordo de companhia aérea, relata que, há dois meses, ao levantar uma mala pesada de passageiro para colocá-la no compartimento superior do avião, sentiu uma “fisgada” no ombro direito. A partir de então, refere dor no ombro e limitação para os movimentos de flexão e abdução. Procurou atendimento em médico ortopedista especialista em ombro, que diagnosticou tendinopatia inflamatória pelo exame clínico e pelo exame de imagem. Na palpação, apresenta dor em região subacromial grau 8 pela escala analógica visual. No exame de ressonância nuclear magnética, identifica-se coleção de líquido intrasubstancial em tendão do supraespinhal e infraespinhal e infiltrado em bursa subacromial.

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

29. O acrômio tipo III, classificado como ganchoso, pode ser uma das causas da síndrome do impacto no ombro.
30. No exame clínico, para detectar esse tipo de lesão, devem-se realizar manobras irritativas para o manguito rotador, como, por exemplo, os testes de Neer, Patte e Jobe.
31. São comuns, na síndrome do impacto do ombro, lesão do lábio glenoidal anterior e lesão óssea da porção posterior da cabeça umeral e também da cavidade glenoide.
32. Na fase inicial do tratamento desse tipo de lesão, deve-se enfatizar a mobilização passiva intra-articular do ombro com movimentos de tração, deslizamentos e circunduções da articulação glenoumeral.
33. Na fase de fortalecimento muscular, está indicado o exercício denominado “lata vazia” em amplitude de movimento (ADM) acima de 90° do ombro, sobretudo para ativação do músculo redondo maior.
34. Uma das causas da síndrome do impacto do ombro pode ser a escápula alada e, nesse caso, deve-se trabalhar a flexibilidade do músculo serrátil anterior.
35. Uma ferramenta validada que se deve utilizar para avaliar a funcionalidade da articulação do ombro para esse tipo de caso é o sistema de pontuação de UCLA.

De acordo com os conceitos atuais de incapacidade e funcionalidade definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), julgue os itens a seguir.

36. O enfoque deve ser dado à doença e respectiva visão médico-biológica de incapacidade, não necessitando se atentar à incapacidade individual de cada paciente.
37. O diagnóstico médico é informação básica importante, mas não diz ao fisioterapeuta como avaliar e tratar as deficiências e subsequente disfunção do paciente que se origina da condição patológica.
38. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) visa a um modelo com menos ênfase na doença e mais ênfase em como vivem as pessoas afetadas por problemas de saúde.
39. Pacientes com um mesmo diagnóstico de uma determinada patologia apresentam sinais e sintomas, limitações e evolução clínica iguais.
40. Cabe ao fisioterapeuta o diagnóstico cinético-funcional do paciente, bem como determinar as condutas ideais a serem realizadas no programa de reabilitação a partir da prática alicerçada em evidência para a correta tomada de decisão clínica.
41. Para obtenção de bom resultado no tratamento de determinada patologia, deve-se contar com o engajamento do paciente, exercícios localizados específicos com contexto segmentar e ênfase na sobrecarga sem necessidade da execução correta do movimento, pois a musculatura só se desenvolve mediante um treinamento de força de alta intensidade.

O paciente E.B.A., 56 anos de idade, advogado, há 20 dias, durante uma audiência no Fórum de Brasília, sentiu-se mal, com tontura, perda da visão, fraqueza e parestesia em hemicorpo à direita e dificuldade de fala. Foi conduzido à emergência do Hospital de Base e diagnosticado o acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico. Foi submetido a cirurgia para desobstrução do coágulo por cateterismo cerebral e infusão de medicamento trombolítico. Ficou internado por 15 dias até estabilização do quadro clínico. Atualmente, apresenta hemiplegia à direita com padrão hipertônico de flexão de membro superior e extensor em membro inferior. Histórico de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, além de mãe diabética. O paciente é ex-tabagista, etilista, sedentário e obeso. Ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio e tomografia computadorizada demonstraram obstrução (coágulo) em artéria cerebral anterior esquerda. Faz uso de medicação (captopril, hidroclorotiazida diurético e sinvastatina).

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. Durante toda a fase de internação hospitalar, a ventilação mecânica e os exercícios respiratórios devem ser instituídos para esse tipo de caso, pois o *drive* respiratório está comprometido em razão de lesão isquêmica ao nível do diencéfalo.
43. Exercícios de equilíbrio devem ser instituídos de maneira precoce, pois, em razão da isquemia cerebral, pode ter ocorrido lesão ao nível cerebelar.

44. A fim de evitar deformidades e contraturas articulares, devem-se indicar, para esse paciente, órteses tipo AFO para o membro inferior e WHO para membro superior.
45. Como recurso auxiliar de marcha, deve-se instituir, no tratamento, o uso de muleta ou bengala no lado ipsilateral da hemiplegia.
46. Exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) devem ser realizados na fisioterapia motora por serem mais funcionais.
47. Para reeducação do padrão funcional de marcha, devem-se utilizar os exercícios de Frenkel trabalhando equilíbrio, coordenação e propriocepção.

Um paciente, 45 anos de idade, ex-atleta profissional de futebol, foi encaminhado para fisioterapia com diagnóstico de pós-operatório de artroscopia de joelho direito para tratamento de lesão cartilaginosa, em razão de osteoartrite. Está com dois dias de pós-operatório e queixa-se de dor em interlinha articular medial de joelho, edema e limitação da amplitude de flexão de joelho (flexão máxima passiva de 90°). No exame clínico, observam-se joelhos varos; o paciente faz uso de duas muletas canadenses, além de elevação da temperatura local, edema supra patelar e inibição da contração muscular ativa de quadríceps. O objetivo do paciente é retornar ao futebol de nível recreacional.

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

48. O objetivo da mobilização passiva é minimizar os efeitos deletérios da imobilização, como degeneração da cartilagem articular, formação de contraturas e aderências teciduais, distúrbios metabólicos e circulatórios.
49. Técnicas de mobilização passiva articular previnem a hipotrofia ou a atrofia muscular e a estase venosa na mesma proporção da contração muscular voluntária.
50. A estimulação elétrica neuromuscular deve ser introduzida nesse paciente somente após completa remissão dos sintomas álgicos e inflamatórios.
51. Deve-se orientar para esse paciente, no retorno às suas atividades esportivas, a realização de exercícios de alongamento antes da prática do futebol com intuito de prevenção de lesões.

O paciente M.G.S., 23 anos de idade, motoboy, sofreu acidente de moto com fratura diafisária de tíbia e fíbula de perna direita. Encontra-se restrito ao leito no ambulatório de ortopedia em tração esquelética aguardando cirurgia para fixação interna com haste intramedular na tíbia e placa e parafusos na fíbula. Sinais vitais estáveis, porém queixa-se de dor grau 8 pela escala analógica visual de dor, edema em perna, tornozelo e pé.

Com relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

52. A fisioterapia pré-operatória deve enfatizar exercícios ativos de flexoextensão de joelho e tornozelo a fim de evitar perda da amplitude de movimentos (ADM) nessas articulações.
53. Nesses casos, no pós-operatório imediato, deve ser instituída órtese ou tala gessada em aproximadamente 95° de dorsiflexão do tornozelo a fim de prevenir

contraturas no tríceps sural que podem levar ao equinismo.

54. A cinesioterapia pós-operatória imediata deve trabalhar exercícios metabólicos de tornozelo, pé e dedos, além de isométricos de quadríceps para restituição da força muscular e reeducação sensório-motora.
55. Espere-se, aproximadamente na primeira semana de pós-operatório, ortostase sem carga, com deambulação auxiliada por muletas.
56. A descarga de peso total será liberada de acordo com a consolidação óssea acompanhada por exame radiográfico de controle em torno de três meses a quatro meses de pós-operatório.
57. A terapia aquática pode ser indicada para esse paciente no pós-operatório a fim de possibilitar descarga de peso precoce no membro em consolidação, pois o princípio físico do empuxo minimiza a sobrecarga da força gravitacional.
58. Exercícios pliométricos para membros inferiores podem ser incorporados ao programa de reabilitação de maneira precoce a fim de auxiliar no processo de consolidação óssea.

A paciente L.N.V., 55 anos de idade, sedentária, com sobrepeso, relata dor em interlinha articular lateral e deformidade em valgo do joelho esquerdo que tem aumentado com o passar dos anos. Já realizou fisioterapia e fez infiltrações de viscosuplementação com hialuronato, porém sem sucesso. Na inspeção e na palpação, constata-se joelho edemaciado, com elevação da temperatura no local; hipotrofia de quadríceps; limitação na amplitude de movimento (ADM) de extensão (flexo de 5°) e flexão máxima de 80°; e joelho com muita crepitação. A paciente refere perda da qualidade de vida para realização das atividades da vida diária.

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

59. Sendo essa paciente submetida a tratamento cirúrgico de artroplastia total de joelho (ATJ), no pós-operatório imediato, é imprescindível o uso meia compressiva elástica e elevação do membro a fim de evitar fenômenos tromboembólicos (trombose venosa profunda).
60. Existe evidência científica para utilização da movimentação passiva contínua, por meio de equipamentos como o CPM, em pacientes submetidos à ATJ.
61. Para auxiliar no trabalho de ativação muscular do quadríceps durante o processo de reabilitação dessa paciente, devem-se utilizar recursos elétricos como a corrente australiana (*Aussie*) polarizada e de baixa frequência associada a exercícios isométricos.
62. Deve-se indicar o uso da crioterapia para essa paciente com objetivo analgésico e anti-inflamatório e, sobretudo, para cicatrização da cartilagem articular, visto que, após aplicação do gelo, há uma vasodilatação reflexa que aumenta o aporte de O₂ nesse tecido.
63. O melhor recurso auxiliar de marcha no pós-operatório da ATJ é o andador, e ele deve ser adaptado para que os cotovelos da paciente fiquem completamente estendidos e a descarga de peso não ocorra no membro operado.
64. Questionários específicos para osteoartrose de joelho, como, por exemplo, Lysholm e Womac, devem ser utilizados para avaliar a função e a satisfação da paciente com o tratamento realizado.

65. Mobilização patelar, deslizamentos de calcanhar em decúbito dorsal e técnicas de facilitação e inibição neuromuscular diminuem a tensão do quadríceps femoral para o ganho de ADM de flexão do joelho.

A paciente E.A., 50 anos de idade, relata que, caminhando na rua, sentiu uma dor lombar muito aguda que irradiou para o membro inferior direito, com perda de força, e sofreu entorse do pé com fratura da base do V metatarso. Foi atendida na emergência e submetida a procedimento cirúrgico para fixação da fratura do pé. Na história de patologias pregressas, relatava protrusão discal lombar.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

66. O entorse do pé que gerou a fratura do V metatarso pode ter sido ocasionado pela compressão de raiz medular ao nível lombar de L1-L2 do nervo plantar.
67. A órtese mais indicada para imobilização desse tipo de fratura do pé é a bota Robofoot, pois pode ser removida para realização de condutas fisioterápicas.
68. O método McKenzie é indicado para essa paciente a fim de proporcionar uma maior ativação muscular do tronco visando ao recrutamento seletivo de transverso do abdômen e multifídeos.
69. A aplicação de *Kinesio tape* pode ser utilizada como recurso preventivo, seja na lombar ou no nível do pé e do tornozelo dessa paciente, aplicando-se uma tensão menor do que 30% da resistência da fita a fim de evitar recidiva do mecanismo de lesão.
70. Exercícios da série de Willians enfatizam a extensão da coluna vertebral e são indicados no tratamento das dores lombares agudas e crônicas.
71. A Reeducação Postural Global (RPG) é indicada para essa paciente a fim de buscar o equilíbrio da musculatura tônica postural para estabilizar a coluna lombar e evitar qualquer instabilidade articular.

O paciente R.L., 28 anos de idade, fisicamente ativo, praticante de CrossFit e futebol de nível recreacional, procurou atendimento médico de pronto-socorro, pois, durante jogo de futebol, foi realizar uma corrida rápida e sentiu uma dor muito forte em região posterior da perna direita. O paciente relata uma “pedrada” na região posterior e logo acima do tornozelo. A deambulação era impossível porque não conseguia realizar a plantiflexão de tornozelo. Na história de patologias pregressas, relata tendinopatias crônicas em bíceps braquial distal bilateral e tendões patelares dos joelhos bilaterais. Faz uso de esteroides anabolizantes há dois anos.

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

72. O uso de esteroides anabolizantes pode gerar sobrecarga de tensão nos tendões, favorecendo a ocorrência de lesões traumáticas agudas.
73. A degeneração tendinosa é um achado na arquitetura morfológica em diagnósticos de imagem nesse tipo de paciente, favorecendo o surgimento de inflamações crônicas.

74. O teste clínico de Thompson confirma o diagnóstico da ruptura completa do tendão calcâneo, pois o paciente fica em decúbito ventral com joelho fletido e pé relaxado enquanto o avaliador faz uma compressão rápida e vigorosa na panturrilha, não se observando o movimento de plantiflexão.
75. Para auxiliar na cicatrização da tenorrafia do tendão calcâneo e para prevenir formação de aderências, o fisioterapeuta pode utilizar a técnica de massagem transversa de Cyriax.
76. A fase final da reabilitação desse tipo de lesão e de paciente deve enfatizar contrações excêntricas, alongamentos estáticos e ligeiramente balísticos, além de progressões pliométricas como pulos e saltitos para o retorno às atividades esportivas.

A paciente M.R.G., 40 anos de idade, fisicamente ativa, praticante de musculação e corrida, queixa-se de dor insidiosa anterior bilateral de joelhos, sobretudo no momento de descer degraus e de agachar-se. Na inspeção, observam-se joelhos valgos, hiperlordose lombar com anteversão pélvica e pés planos. À palpação, notam-se crepitação dos joelhos e encurtamento muscular de isquiotibiais e, na análise do padrão de marcha, uma bácia pélvica aumentada.

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

77. Para reabilitação das disfunções femoropatelar, devem-se orientar exercícios apenas no nível do joelho com angulações restritas de cadeia cinética aberta nos últimos graus de extensão deste para maior ativação do músculo vasto lateral.
78. Para analisar o padrão de pisada e constatar hiperpronação dos pés, exacerbando o momento valgo do joelho, o fisioterapeuta deve realizar um exame de baropodometria computadorizada a fim de mensurar a distribuição da pressão plantar.
79. Os conceitos atuais da reabilitação da disfunção femoropatelar sugerem atenção, além de ao joelho, também à estabilização de quadril por meio do fortalecimento muscular de glúteo médio e rotadores laterais de quadril.
80. O desalinhamento e o desequilíbrio das cadeias musculares no caso exposto são constatados pelo encurtamento muscular do iliopsoas por meio do teste de Thomas e dos isquiotibiais pela mensuração do ângulo poplíteo.

Paciente J.C.B., de 78 anos de idade, relata queda no banheiro de casa, pois o piso encontrava-se molhado e escorregadio. Foi atendida no pronto atendimento referindo dor em ombro esquerdo e limitação funcional. Na história de patologias pregressas, apresenta hipertensão arterial, osteoporose e insuficiência cardíaca e faz uso de marca-passo. É tabagista e apresenta sobrepeso. No exame clínico, a paciente não consegue realizar movimentos ativos ou passivos de ombro e apresenta muita dor à palpação. Dispneia com respiração apical, frequência cardíaca de 48 bpm, pressão arterial de 100 mmHg x 65 mmHg, edema com cacifo positivo, varizes bem evidentes nas pernas, saturação de O₂ de 80%. Faz uso de diurético (hidroclorotiazida), glicosídeo cardiotônico (digoxina) e reposição de cálcio (Calcitrin). No exame de imagem, a radiografia apresentou fratura de colo cirúrgico de úmero esquerdo.

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

81. Deve-se indicar tratamento conservador para essa paciente, pois, com os recursos eletrotermo fototerápicos atuais, a consolidação da fratura tem bom prognóstico.
82. É indicado o uso de corrente interferencial para o tratamento da dor no ombro dessa paciente.
83. Oxigenoterapia para suporte ventilatório e fisioterapia respiratória com ênfase em exercícios diafragmáticos devem ser instituídos nessa paciente.
84. A única e exclusiva causa dessa fratura foi o trauma de grande magnitude em razão da queda.
85. Na fase final do programa de reabilitação para essa paciente, o fortalecimento muscular do ombro deve ser realizado com uma intensidade acentuadamente reduzida nos primeiros poucos minutos do exercício a fim de evitar dispnéia ou fadiga prematura.

Um paciente de 29 anos de idade sofreu uma lesão medular na coluna cervical posterior após acidente automobilístico. Inicialmente, o paciente apresentou quadriplegia, porém, conforme a resposta inflamatória cedia, quase toda função dos membros superiores e inferiores retornou (ASIA C). Após 12 semanas do acidente, o paciente era capaz de iniciar a marcha com o membro inferior esquerdo, mas apresentava habilidade mínima para realizar com o membro inferior direito em razão de *deficit* de flexão de quadril, joelho e tornozelo. O principal objetivo do paciente com o tratamento fisioterápico é ser capaz de deambular com independência por distâncias curtas no ambiente doméstico com funcionalidade razoável.

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

86. É indicada para esse paciente uma órtese do tipo marcha recíproca como recurso auxiliar para deambulação.
87. O treino de marcha em suspensão com sustentação do peso do corpo no solo ou em esteira é indicado para esse paciente como forma de treinamento motor.
88. Estimulação elétrica neuromuscular de nervo tibial e fibular comum é uma estratégia para provocar uma resposta de retirada da flexão do membro inferior comprometido durante a fase final de sustentação da marcha, realizando ativação indireta da musculatura flexora de quadril.

A paciente D.L., 30 anos de idade, sofreu entorse em inversão de tornozelo esquerdo grau I ao descer do carro há um mês. Exibe hiperestesia e distonia, não consegue sustentar o peso do corpo no membro lesionado, e o pé e o tornozelo estão “lustrados”, inchados e vermelhos, além de sinal de cacifo positivo. Foi submetida a um bloqueio do gânglio simpático, que resultou em diminuição de curta duração dos sintomas. Apresentava dor grau 9 pela escala analógica visual e, durante as sessões de fisioterapia, não tolerava o uso da crioterapia referindo sensação algica intolerável. A paciente objetiva retomar atividades da vida diária e a prática de voleibol em nível recreacional.

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

89. Esse tipo de lesão certamente levará essa paciente a desenvolver instabilidade articular crônica do tornozelo, visto que o ligamento provavelmente lesionado é o deltoide.
90. A hiperalgesia dessa paciente se dá em razão do desenvolvimento de uma distrofia simpático-reflexa grave causado por uma disfunção do sistema nervoso simpático.
91. O fisioterapeuta deve conduzir esse caso realizando estimulação elétrica em nível sensorial nos nervos periféricos que inervam o tornozelo e o pé.
92. Na fase de fortalecimento muscular, a ênfase deve ser dada no ganho de resistência e força dos músculos sóleo, gastrocnêmios lateral e medial e tibial posterior.
93. No retorno à prática esportiva, deve-se orientar o uso de uma órtese estabilizadora tipo *Aircast*.
94. Entre os testes funcionais mais indicados para um retorno seguro à prática esportiva após este tipo de lesão, é correto citar os *hop tests* e teste em Y.

A paciente F.L.S., professora, relata dor no quadril direito após aumento na frequência e intensidade de treinos musculares na academia e nos treinos de corrida. À palpação, observa-se dor em região de bursa trocantérica e posterior ao trocânter maior do fêmur. Consultou com médico que orientou o uso de anti-inflamatório via oral (cetoprofeno) por sete dias e fisioterapia. Na avaliação fisioterápica, evidencia-se *deficit* de mobilidade e de força muscular para as rotações e abdução do quadril.

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

95. Para o fortalecimento seletivo da musculatura abduutora do quadril, o fisioterapeuta deve indicar exercícios com resistência elástica (*minibands*) acima dos joelhos com a paciente em decúbito lateral na maca realizando abdução do quadril e deslocamentos laterais com joelhos em semiflexão.
96. A restrição na mobilidade de rotação medial do quadril se dá devido ao encurtamento do músculo glúteo máximo.
97. Para o ganho da amplitude de movimento (ADM) de rotação medial do quadril, o fisioterapeuta deve posicionar a paciente em decúbito ventral na maca com joelho fletido a 90° e realizar alongamento do músculo piriforme, podendo, ainda, realizar simultaneamente a liberação miofascial dessa musculatura com o próprio cotovelo.
98. O uso da terapia *laser* de baixa intensidade deve ser instituído nessa paciente tanto com objetivo analgésico e anti-inflamatório como na recuperação muscular após os treinos intensos a fim de minimizar possíveis sintomas de dor muscular tardia.
99. O teste clínico de Ober positivo constata o encurtamento dos músculos rotadores mediais de quadril.
100. A síndrome do impacto femoroacetabular gera sintoma algico ao nível da bursa trocantérica.

Um paciente de 55 anos de idade, diabético e hipertenso, foi atropelado e sofreu fratura na diáfise do fêmur direito, com extensa exposição de partes moles, e nas costelas V e VI, além de traumatismo cranioencefálico. Foi atendido com rapidez pelo Serviço Móvel de Urgência e encaminhado para o hospital, onde, após a fixação da fratura do fêmur (fixador externo), permanece na unidade de terapia intensiva (UTI), sedado e sob ventilação mecânica por TOT.

A respeito desse caso clínico dos conhecimentos relativos à assistência fisioterapêutica em terapia intensiva, julgue os itens a seguir.

101. Durante o primeiro atendimento ao paciente, é fundamental a monitorização deste, o que inclui a verificação da PA, da FC e de parâmetros ventilatórios. Por se tratar de fratura do fêmur, a goniometria e a prova de função muscular também são fundamentais, mesmo na UTI.
102. É de extrema relevância a aspiração das vias aéreas, com o objetivo de retirar as secreções que se acumulam e podem obstruir o fluxo aéreo.
103. Após a alta hospitalar e início da assistência ambulatorial, são técnicas da terapia de higiene brônquica indicadas para esse paciente: tosse dirigida, válvulas de Flutter, *huffing*, tosse manualmente assistida, inspiração sustentada e freio labial.
104. Em casos de instabilidade hemodinâmica, pneumotórax não tratado e elevação da PIC, deve-se manter a PEEP sempre elevada para evitar complicações.
105. A manutenção da FR > 20 irpm é um fator relevante, pois promove lesões por toxicidade do oxigênio.
106. Em relação aos ajustes iniciais do equipamento de ventilação, o volume corrente deverá ser sempre 10% a 15% do peso do paciente.
107. As variáveis que não são controladas pelo ventilador podem variar de acordo com as forças passivas e ativas aplicadas pelo paciente, independentemente do modo ventilatório.

Considere o seguinte prontuário, de uma paciente com diagnóstico de lesão medular traumática após acidente automobilístico.

Prontuário

15h00

Mulher de 28 anos de idade, vítima de acidente moto x carro há 10 dias. Segue com sedação, RASS-5, em VM por TOT.

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

108. Para iniciar o desmame da paciente a relação PaO_2 / FiO_2 deverá ser menor que 150.
109. A pressão de pico deve ser mensurada com a paciente, relaxada, em condições de ausência de fluxo, utilizando pausa inspiratória de 1 s a 2 s ou oclusão da válvula expiratória.
110. As mudanças periódicas de decúbito são medidas suficientes para prevenir escaras nessa paciente.
111. Em pacientes com baixa complacência e alta resistência em vias aéreas, deve-se considerar a utilização de VC em torno de 5 mL/Kg.

112. Um dos procedimentos pré-extubação é a elevação da cabeça entre 30° e 45°, com o intuito de diminuir a chance de o paciente de aspirar conteúdo gástrico.
113. Independentemente do quadro clínico da paciente, a mobilização passiva de todos os segmentos é uma indicação absoluta nos casos de lesão medular.
114. A preservação da função sensitiva ou motora abaixo do nível neurológico que inclui os últimos segmentos sacrais (S₄ e S₅) indica lesão medular incompleta.

Uma paciente de 15 anos de idade é vítima de violência doméstica; foi espancada pelo pai, que estava alcoolizado. Sofreu lesões contundentes e cortantes no crânio, na face, no tórax, e nos membros superiores e uma fratura no corpo de L4. Chegou ao hospital consciente, respirando com máscara de O₂ e sangramento intenso. Após o período inicial na unidade de terapia intensiva (UTI), encontra-se consciente, em respiração espontânea ao ar ambiente, com ausculta respiratória e saturação dentro do padrão de normalidade. Aguarda exames para alta.

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

115. Qualquer agressão que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional de couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo pode ser caracterizada como traumatismo cranioencefálico (TCE).
116. A manutenção da paciente em UTI, mesmo sem alterações do nível de consciência, é relevante para a observação de episódios de sonolência, cefaleia, confusão e até mesmo coma, complicações associadas ao TCE.
117. São condutas para a fase flácida do TCE: mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos, resistidos concêntricos, excêntricos e autoassistidos, descarga de peso assistida e posicionamento funcional no leito.
118. A fase espástica do TCE é caracterizada por movimentos involuntários (clônus e padrões de retirada).
119. A concussão cerebral é uma lesão não anatômica, portanto o risco de complicações é menor, não exigindo maior preocupação na fase aguda.
120. Para evitar complicações com cargas mecânicas excessivas na região fraturada, recomendam-se somente as posições de decúbito e sedestação com as pernas pendentes.

Área livre