



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP-2/SES-DF/2019, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2019

PROGRAMA

3 0 3

Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos
Fisioterapia

Data e horário da prova: domingo, 17/3/2019, às 8 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:

A confiança em si mesmo é o primeiro segredo do sucesso.

- 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 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 “U”

Fisioterapia
Itens de 1 a 120

Um paciente de 42 anos de idade, motoboy, sofreu queda da moto em acidente de trânsito e, nos raios X realizados na emergência hospitalar, diagnosticou-se fratura proximal da tuberosidade maior do úmero direito em duas partes, porém sem desvio. Optou-se por tratamento conservador, no qual o paciente foi imobilizado em tipoia tipo Velpau, medicado com analgésico e anti-inflamatório não esteroide e encaminhado para reabilitação.

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

1. Fisioterapia imediata resulta em menos dor e recuperação mais rápida quando comparada à imobilização por até três semanas.
2. O fisioterapeuta pode aplicar, nesse caso, bandagens ou *kinesiotape*, idealizando um conforto maior para o paciente, além de acelerar a consolidação da fratura e obter um resultado funcional final melhor.
3. Há forte evidência científica de que o uso do ultrassom terapêutico garantirá uma consolidação mais precoce do foco de fratura.
4. Caso esse paciente evolua com uma capsulite adesiva no ombro, o fisioterapeuta deve utilizar-se de laserterapia de baixa intensidade.
5. O fisioterapeuta deve ter um cuidado especial durante a mobilização passiva inicial nas primeiras quatro semanas, evitando a rotação medial do úmero, a fim de prevenir uma possível pseudoartrose.
6. Exercícios de rotação lateral ativa do ombro devem ser introduzidos precocemente, de preferência em padrões diagonais de facilitação neuromuscular propriocéptica (FNP) e com resistência elástica, a fim de enfatizar o trabalho muscular concêntrico.
7. Exercícios propriocépticos e pliométricos ao final do programa de reabilitação são indicados para o ganho de amplitude de movimento articular (ADM).
8. Espera-se um maior comprometimento muscular do subescapular do manguito rotador, visto que a inserção deste se dá na tuberosidade maior do úmero.

Uma paciente de 35 anos de idade sofreu uma entorse de joelho esquerdo esquiando. Procurou atendimento médico com especialista em joelho, e constatou-se uma lesão do canto posterolateral. A paciente foi encaminhada para fisioterapia, a fim de minimizar os sintomas álgico, inflamatório e iniciar reabilitação cinético-funcional. Ela queixava-se de dor posterolateral, leve edema suprapatelar, restrição na amplitude de movimento (ADM) com joelho em flexão de 15° e flexão ativa de 60°, hipotrofia de quadríceps e instabilidade em tornozelo esquerdo com dois episódios de entorses em inversão, além de perda da força muscular de tibial anterior (teste manual de força grau 4) e leve parestesia em região do dorso do pé.

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

9. Está indicado para a referida paciente o uso de um imobilizador gessado.

10. Para analgesia e retorno do edema, deve-se utilizar crioterapia associada à compressão e à elevação do membro.
11. Para o ganho de extensão passiva articular, deve-se orientar a paciente a posicionar-se em decúbito ventral com as pernas apoiadas para fora da cama ou da maca.
12. A estimulação elétrica neuromuscular com corrente polarizada de alta frequência (200 Hz) e modulada em média frequência (150 Hz) deve ser aplicada no modo tetrapolar, a fim de proporcionar melhor recrutamento do músculo quadríceps femoral.
13. Para o ganho de flexão do joelho, pode-se utilizar a técnica de inibição recíproca, na qual o paciente é posicionado sentado à beira da maca e, durante a flexão, ele ativa voluntariamente a musculatura dos isquiotibiais, relaxando reflexamente os músculos extensores de joelho.
14. A instabilidade do tornozelo pode ser causada por uma lesão nervosa decorrente da entorse de joelho com comprometimento do nervo fibular.
15. A ultrassonografia deve ser o exame complementar de escolha para verificar uma possível lesão nervosa, e espera-se como conclusão uma axonotmese.
16. Para instabilidade lateral do tornozelo, está indicado o uso de um *Air Cast*® terapêutico.

Uma paciente de 65 anos de idade sofreu uma queda da escada e fraturou a diáfise femoral à direita. Foi submetida a procedimento cirúrgico com haste intramedular bloqueada. A paciente apresenta sobrepeso (IMC = 26) e é normotensa; no hemograma, observa-se ligeira elevação dos níveis glicêmicos acima do valor normativo (glicemia de jejum = 110 mg/dL); colesterol total e frações, HDL e LDL dentro dos valores de referência. Osteoporótica, faz uso de reposição hormonal e cálcio. Encontra-se com quatro meses de pós-operatório e queixa-se de dor no joelho direito (EAVD = 4), significativa hipotrofia e perda de força muscular de quadríceps (avaliação muscular manual grau 3), com muita dificuldade em evoluir as cargas no treinamento resistido. Limitação funcional para subir e descer escadas, sentar e levantar e para agachar. Faz uso de *brace* imobilizador no joelho para deambular, pois tem receio de o joelho “falhar” e levá-la à queda.

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

17. O treinamento de força é de suma importância em pacientes mais velhos, a fim de prevenir quedas, melhorar a mobilidade e minimizar a fraqueza e fragilidade musculares.
18. A técnica de treinamento com oclusão vascular com restrição de fluxo sanguíneo de baixa carga (30% 1RM) pode ter impacto positivo na hipertrofia e no desempenho muscular, podendo atuar como um substituto para o treinamento de força com cargas mais elevadas.
19. É indicado o uso de escalas funcionais, como, por exemplo, o questionário Lysholm para o acompanhamento da evolução clínica dessa paciente.
20. É indicada, nesse momento, a realização de testes funcionais de saltos (*hop tests*), a fim de quantificar o desempenho funcional da paciente.

Um paciente de 25 anos de idade, balconista de farmácia, foi atingido na cabeça por um projétil de arma de fogo durante um assalto. Após o episódio, ficou desacordado; foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e, no atendimento hospitalar de emergência, diagnosticou-se traumatismo cranioencefálico (TCE). Na tomografia computadorizada, constatou-se um extenso sangramento extradural em lobo frontal e parietal esquerdo. Foi submetido a drenagem cirúrgica e retirado o lobo parietal esquerdo para alívio da pressão intracraniana. Ficou internado por 30 dias e, logo após a alta hospitalar, foi encaminhado para programa de reabilitação neurológica. Apresenta déficit de fala, estrabismo ocular, hemiplegia à direita, letargia e importante déficit de marcha e equilíbrio estático e dinâmico. Cognitivo e memória preservados. Lobo parietal foi implantado no abdome para futura cranioplastia.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos correlatos, julgue os itens.

21. Na entrada desse paciente na emergência hospitalar, espera-se um escore alto na escala de Glasgow com grau de comprometimento considerado grave.
22. A fisioterapia respiratória, na unidade de terapia intensiva (UTI), visa a evitar a produção de secreções, uma possível infecção, insuficiência respiratória e melhorar a oxigenação do cérebro; sendo assim, nesse caso, o fisioterapeuta pode posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo.
23. O déficit visual é causado pela lesão do nervo oculomotor (II par craniano), que emerge do bulbo no tronco encefálico.
24. É necessário, em pacientes com TCE e hipertensão intracraniana, o uso da ventilação mecânica invasiva na UTI, onde geralmente se devem usar como parâmetros o aumento do tempo inspiratório, os altos volumes correntes e o uso de PEEP elevados.
25. Métodos ventilatórios usados no desmame da ventilação mecânica podem ser: tubo T gradativo, ventilação intermitente sincronizada associada à pressão de suporte, ventilação de dois níveis e pressão positiva contínua.
26. É possível a realização dos exercícios de Frenkel para fisioterapia motora, mesmo com o paciente em estado de sedação.
27. A escala de Ashworth e a respectiva versão modificada são validadas e frequentemente usadas como medida clínica para avaliação do tônus muscular em pacientes com TCE.
28. A cinesioterapia em nível ambulatorial deve enfatizar, nesse paciente, o controle de tronco e padrões funcionais de movimento por meio das técnicas de facilitação neuromuscular propriocetiva (FNP).
29. Como conduta em longo prazo, está indicado, para esse paciente, o uso de reabilitação aquática com ênfase nos exercícios de Watsu para o fortalecimento muscular global.

Área livre

Um paciente de 60 anos de idade, diabético insulino dependente, residente em cidade de baixa renda, desenvolveu um quadro infeccioso no pé direito que o levou à amputação ao nível do tornozelo. Foi encaminhado à reabilitação para protetização.

Acerca desse caso clínico e de conhecimentos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

30. A desarticulação ao nível do tornozelo também é comumente chamada de amputação de Syme.
31. O coto em formato globoso é o que apresenta melhor prognóstico para futura protetização.
32. Nas cirurgias de amputação, os neuromas sempre se formam no coto; porém, se não estiverem em área de atrito, dificilmente causarão problemas.
33. Calcificações heterotópicas podem ferir o coto e prejudicar o processo de protetização futura em amputados.
34. O enfaixamento elástico do coto é importante para reduzir o edema pós-operatório e promover estimulação tátil do coto; além disso, deve ser usado durante todo o dia, sendo retirado apenas para higiene pessoal e para realização dos exercícios.
35. Para o tratamento da dor e dessensibilização do coto em amputados, o fisioterapeuta pode realizar massoterapia e escovação com materiais de diferentes texturas.
36. Com relação à reabilitação pré-protetização, o treino de marcha deve ser introduzido apenas após o paciente estar protetizado.
37. Quanto à reabilitação pós-protetização, os exercícios de equilíbrio, transferência de peso, propriocepção e exercícios de dissociação de cintura são indicados.

Área livre

Um paciente de 3 anos de idade apresenta diagnóstico de paralisia cerebral por microcefalia, pois a mãe foi infectada pelo Zika vírus durante período gestacional. O paciente chega à fisioterapia conduzido pelos pais em carrinho infantil, sonolento, não deambula, apresenta oscilação de padrão hipertônico e hipotônico em musculatura postural, além de epilepsia controlada pelo uso de anticonvulsivante tegretol. Na avaliação, observa-se escoliose em “C” neurológica destroconvexa torácica de 30°, mensurado por raios X panorâmicos da coluna vertebral. No histórico de patologias pregressas, os pais relatam distúrbios respiratórios com frequentes infecções respiratórias e incontinência urinária e fecal.

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

38. O vírus Zika é transmitido pela picada do mesmo vetor da dengue, o *Aedes aegypti*.
39. A microcefalia trata-se de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, e os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, que habitualmente é igual ou superior a 32 cm.
40. O exame de escolha para detectar a microcefalia no pré-natal é a tomografia computadorizada, a fim de verificar a medida do perímetro cefálico do feto.
41. Reabilitação aquática está indicada para esse paciente.
42. O trabalho cinesiológico deve enfatizar, nesse paciente, inicialmente o controle cefálico, de tronco e dissociação de cinturas escapular e pélvica por meio do método Bobath.
43. A equoterapia pode ser um bom recurso terapêutico para esse caso, pois o movimento tridimensional do cavalo promove um maior recrutamento muscular e estímulo neural, auxiliando na melhora da postura e favorecendo a integração social.
44. A infecção pelo Zika vírus pode desencadear a síndrome de Guillain-Barré.
45. São medidas de proteção contra mosquitos manter portas e janelas fechadas ou utilizar redes de proteção, usar calça comprida e camisa de manga longa e utilizar repelentes indicados para gestantes.

Área livre

Uma paciente de 32 anos de idade, bancária, sedentária, apresenta histórico de um ano de parestesia nas mãos e dor em região palmar de punhos, que vem piorando progressivamente. Nega episódio traumático. Os sintomas são piores à noite, ao dirigir por tempo prolongado, e está incapacitada para atividades laborais. Relata que sente a mão “adormecer” e que os sintomas aliviam com a mudança de posição ou sacudindo a mão. Ao exame clínico, a avaliação da coluna cervical é normal, a amplitude de movimento cervical e de punhos está preservada, teste de força muscular manual para flexores de punhos e mãos apresenta pequeno déficit (força grau 4), reflexia bicipital e tricipital normais, sensação de “choque” e perda de sensibilidade na extremidade do polegar e dedos (até a região lateral do 4º dedo) nos testes de Tinel, Phalen e Phalen invertido. Passou em consulta médica com ortopedista, que diagnosticou tendinopatia de flexores de punho e síndrome do túnel do carpo e indicou o uso de esteroides orais e fisioterapia.

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

46. No exame clínico, o teste de Filkelstein também deve ser utilizado para diagnosticar a síndrome do túnel do carpo.
47. Na fase aguda, está indicado o uso de órtese imobilizadora tipo WHO para trazer alívio dos sinais e sintomas algícos e flogísticos.
48. Na necessidade de exame complementar para confirmar o diagnóstico nessa paciente, estaria indicada a eletromiografia não invasiva para avaliação da condutibilidade muscular e a ativação do nervo radial.
49. Evidências atuais mostram benefício em curto prazo com o uso de ultrassom terapêutico e mobilização dos ossos do carpo.
50. Mobilização neural do nervo ulnar deve ser instituída com paciente posicionado em decúbito ventral, rotação medial e adução do ombro, extensão do cotovelo, pronação e flexão do punho e, finalmente, flexão lateral cervical ipsilateral.

Área livre

Considere um paciente de 75 anos de idade, viúvo, internado há 10 dias com quadro de dispneia, tosse e crise hipertensiva, sendo diagnosticado com insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial (HAS) e edema agudo pulmonar (EAP), encontrado em DD no leito em uso de cateter nasal – O₂ (3 L/min), acompanhado pela filha. Apresentava-se ansioso, colaborativo, dispneico, taquipneico (FR = 40 ipm), PA = 130 mmHg x 85 mmHg, FC = 100 bpm, Sat.O₂ = 80% e afebril (36,5°). Ao exame, o paciente apresentava Glasgow 15, pupilas fotorreativas e isocóricas, padrão respiratório apical superficial, diminuição da expansibilidade pulmonar, tosse débil e úmida com expectoração rósea, pulso radial fraco e irregular, abdome globoso, uso de sonda vesical, extremidades de membros inferiores edemaciados e cianóticos e pele alterada. À ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas em três tempos; à ausculta pulmonar: MV diminuído em ápice e, principalmente, na base pulmonar de AHT, crepitação inspiratória precoce em base e ápice pulmonar de AHT e roncosp difusos por todo o tórax. Medicado com digoxina, inibidores da ECA, diurético e anticoagulantes. Exames complementares: raios X de tórax – cardiomegalia e imagem sugestiva de edema agudo pulmonar; ECG – extrassístoles ventriculares, distúrbio da condução intraventricular do estímulo e ondas T.

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

51. Manobras de reexpansão pulmonar devem ser utilizadas, a fim de melhorar as trocas gasosas do ápice pulmonar.
52. Exercícios passivos de flexoextensão de MMII auxiliam no retorno venoso.
53. O fisioterapeuta deve incentivar o treino da respiração diafragmática com *feedback* visual e manual.
54. Deve ser instituída como conduta a inspiração fracionada em dois tempos ou mais juntamente com elevação ativa dos MMSS e expiração prolongada em freio labial.
55. Transferência de DD para DL no leito melhora a ventilação em bases pulmonares.
56. Em pacientes com EAP, está indicado o uso precoce de ventilação não invasiva com CPAP ou BiPAP, para melhora do desconforto respiratório e das alterações metabólicas.

Área livre

Uma paciente de 45 anos de idade refere que, há três anos, teve prolapso vaginal. Seis meses antes, foi submetida a uma histerectomia vaginal com reparo da flacidez da parede vaginal anterior e posterior. Ela continua com a sensação de perineo caído e, na tentativa de retornar às atividades físicas de corrida, relata incontinência urinária. Em seu histórico prévio, foram constatados três partos vaginais normais. Na avaliação, foi observada pele da genitália externa normal, porém, no introito, existem escoriações posteriores significativas com dor grau 6 pela EAVD e aderência tecidual; força diminuída da musculatura do assoalho pélvico (MAP): 2/5 e coordenação pobre; resistência diminuída da MAP em três segundos por contração; recrutamento lento e precário da MAP; músculos abdominais fracos: 2/5; estabilidade do tronco fraco; usa musculatura adutora da coxa como acessório para contrair a MAP.

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

57. O diagnóstico cinético-funcional aponta apenas para uma disfunção ao nível do tecido conjuntivo intravaginal.
58. Deve-se indicar, para essa paciente, frequência de tratamento diário por duas semanas, esperando-se obter os resultados necessários para alta.
59. Exercícios dinâmicos para o fortalecimento da MAP devem ser introduzidos de maneira precoce, sem a necessidade de exercícios estáticos previamente.
60. Está indicado o uso de treinamento com *biofeedback* por EMG, para melhora da sensação de queda perineal.
61. Uma contração da MAP e resistência aumentada por até 10 segundos pode ser considerada como resultado satisfatório para resolução do quadro sintomático dessa paciente.
62. Terapia manual para cicatrização tecidual não é necessário, visto que se trata apenas de uma disfunção muscular.
63. Para reeducação da mecânica corporal e postura associada à contração da MAP, pode-se indicar o pilates como recurso terapêutico.

Área livre

Um atleta profissional de futebol foi transferido em um negócio milionário e de grande repercussão jornalística do futebol brasileiro para a Espanha (Catalunha). Para acompanhá-lo no novo país e clube, formou um *staff* de saúde que incluía um fisioterapeuta brasileiro de confiança, com quem já trabalhava no clube de origem. O visto de trabalho para o fisioterapeuta foi facilitado pelo fato de ele ter dupla cidadania, pois o avô tinha origem catalã.

Com base no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, julgue os itens a seguir.

64. O fisioterapeuta pode abandonar o clube empregador de origem sem aviso prévio à chefia, para acompanhar o referido atleta.
65. O fisioterapeuta pode se divulgar profissionalmente, postando fotos por meio de redes sociais, como Instagram, Facebook ou WhatsApp, expondo o novo clube de trabalho e o atleta famoso que ele trata.
66. É permitido ao fisioterapeuta receber honorários pelo serviço prestado por meio de empresa, como pessoa jurídica, explorando os respectivos direitos de imagem, e registrar um valor apenas simbólico na carteira de trabalho.
67. Se, no negócio de transferência desse atleta, chegasse ao conhecimento do fisioterapeuta sonegação de impostos e evasão de divisas, seria dever profissional comunicar à autoridade competente o fato, tipificado como contravenção.
68. Em um evento científico, esse fisioterapeuta pode se sobrepor em relação aos colegas, pois goza de maior *status* profissional e financeiro.
69. É permitido ao fisioterapeuta disponibilizar para a imprensa informações acerca do prontuário desse atleta em caso de lesão e tratamento.
70. O fisioterapeuta pode praticar técnica inovadora ou utilizar equipamento novo no mercado com interesse comercial e pioneirismo, sem que esses tenham evidência científica para a respectiva prática clínica.

Um paciente de 38 anos de idade foi encaminhado a uma clínica ambulatorial de fisioterapia pelo respectivo ortopedista, com diagnóstico de tendinose do tendão do calcâneo (de Aquiles) no lado direito. Ele relata aumento gradual da dor no último ano, o que tem limitado a respectiva capacidade de correr ou jogar basquete. As terapias anteriores (anti-inflamatórios não esteroides, ultrassom, terapia manual e órteses com palmilhas personalizadas) não melhoraram os sintomas. O ortopedista recomendou cirurgia, contudo, o paciente gostaria de tentar fisioterapia novamente.

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

71. Acredita-se que a tendinose seja o resultado de esforço repetitivo e de alterações relacionadas à idade, com uma falta de cicatrização apropriada do tecido.
72. Tendinose e tendinite são sinônimas, visto que, em ambas as situações, ocorre inflamação local mediada quimicamente.
73. A lesão do tendão calcâneo está associada a uma região específica, denominada junção miotendinosa, de suprimento sanguíneo diminuído.

74. As primeiras intervenções de fisioterapia para um paciente com tendinose do tendão calcâneo devem ser exercícios excêntricos para os músculos gastrocnêmio e sóleo para reduzir a dor e restaurar a função.
75. Há evidências de que exames de imagem feitos depois da conclusão do programa de treinamento têm revelado uma estrutura tendinosa normalizada, com diminuição dos novos vasos sanguíneos e dos respectivos nervos.

Uma paciente de 50 anos de idade, jornalista, sedentária, após consulta com clínico geral, foi encaminhada à fisioterapia com diagnóstico de dor nas costas. Porém, a paciente refere dor “em todo o corpo”, além de fadiga, insônia, cefaleias frequentes e déficit de memória. Relata que a dor parece nunca melhorar e que piora com atividades prolongadas. Raios X de coluna AP e perfil, além da ressonância nuclear magnética, não apresentam anormalidades compatíveis com os sintomas. A paciente realizou polissonografia, a fim de verificar possíveis distúrbios do sono, mas o exame foi considerado normal, e mais de 30 sessões de fisioterapia com conduta de calor úmido superficial, massoterapia, ultrassom e alongamentos sem sucesso para remissão dos sintomas. Com base no histórico da paciente, suspeita-se que ela possa ter síndrome fibromiálgica (SFM).

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

76. Não há cura para fibromialgia, e o respectivo diagnóstico é um desafio para médicos e fisioterapeutas em razão da falta de testes clínicos específicos.
77. A alodínia é um dos sintomas da síndrome fibromiálgica e se caracteriza pela palpação de determinado ponto, com irradiação da dor em outro local a distância.
78. Exercícios e terapia comportamental cognitiva (TCC) são tratamentos conservadores efetivos no controle de pacientes com esse tipo de disfunção.
79. Atualmente, a recomendação da American College of Rheumatology para o diagnóstico da fibromialgia tem base em três critérios: histórico de dor disseminada por pelo menos três meses, comportamento dos sintomas e exclusão de qualquer outra condição que possa ser responsável pelos sintomas do paciente.
80. Exercícios anaeróbicos de intensidade moderada, além de exercícios pliométricos, devem ser introduzidos precocemente nesses pacientes para diminuir o sintoma de fadiga e melhorar a funcionalidade.
81. Técnicas de mobilização de tecidos moles por meio de drenagem linfática manual ou liberação miofascial podem diminuir a dor e melhorar a qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos.
82. Estão indicados para pacientes com fibromialgia exercícios, tais como caminhar rapidamente, andar de bicicleta e jogar tênis em duplas, mantendo atividade na faixa de 50% a 70% da frequência cardíaca máxima.

Área livre

Uma paciente de 76 anos de idade, ex-tabagista há 20 anos e hipertensa, há um mês vem apresentando cansaço aos pequenos esforços, taquicardia, edema em membros inferiores e turgência jugular. Atendida em serviço de urgência e emergência de um hospital geral, relatou intensa dispnéia e tosse improdutiva. Foi diagnosticado edema pulmonar por insuficiência cardíaca grau II, segundo a New York Heart Association (NYHA), com fração de ejeção de 43%. Medicada, é realizado acompanhamento na unidade básica de saúde da referência da paciente, mas o quadro clínico ainda se mantém. Encaminhada a um centro de reabilitação, iniciou um programa de reabilitação cardiovascular. No teste ergométrico, a frequência cardíaca máxima da paciente foi de 125 batimentos por minuto.

Com relação a esse caso clínico e de acordo com as Diretrizes de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica – SBC 2006, julgue os itens a seguir.

- 83. A fase da reabilitação cardíaca em que essa paciente deve ser incluída é a fase um, em razão de a paciente ser ex-tabagista e hipertensa.
- 84. A fase da reabilitação cardíaca ideal para essa situação hipotética é a dois, quando é possível realizar exercício individualizado em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treinamento e progressão.
- 85. Essa situação hipotética cabe na fase quatro da reabilitação cardíaca, quando as atividades não são necessariamente supervisionadas, devendo ser adequadas à disponibilidade de tempo da paciente para a manutenção do programa de exercícios físicos.

Um paciente de 65 anos de idade, aposentado, viúvo, com sobrepeso, caiu descendo as escadas da própria residência. Foi atendido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e encaminhado para a emergência de um hospital privado de própria escolha, onde se inspecionou aumento de volume moderado, escoriações e incapacidade funcional de realizar extensão ativa do joelho direito. Na palpação, havia dor importante, perda de continuidade entre os polos superior e inferior da patela e sinal de tecla positivo. Nos raios X AP e perfil, foi confirmado o diagnóstico de fratura transversa da patela em joelho direito. Foi submetido a procedimento cirúrgico de cerclagem da patela com bandas de tensão. O paciente é etilista social, nega tabagismo e joga tênis no clube duas vezes por semana.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 86. No pós-operatório imediato, a mobilização passiva contínua (CPM) pode ser benéfica para a minimização da perda muscular, e o fisioterapeuta pode liberar a amplitude total do equipamento para um ganho eficaz da ADM do joelho.
- 87. A mobilização patelar não deve ser realizada até o 15º dia de pós-operatório, pois o fisioterapeuta deve respeitar o tempo de cicatrização da fratura.
- 88. Ainda no ambiente hospitalar, o fisioterapeuta deve prescrever exercícios resistidos, de preferência funcionais, para membros superiores, a fim de facilitar o uso de recursos auxiliares de marcha.

- 89. No pós-operatório imediato, a órtese mais indicada para esse paciente é uma joelheira de neoprene, pois a abertura frontal estabiliza a patela, e a compressão minimiza o edema articular.
- 90. É permitida descarga de peso total já no primeiro e segundo dias de pós-operatório, visto que a fratura está estabilizada pelo material de síntese.
- 91. Está indicado o uso de equipamentos de criocompressão como Game Ready® ou Crio-Cuff® no pós-operatório imediato, caso o serviço hospitalar disponha desses equipamentos ou o paciente faça locação por orientação do fisioterapeuta.
- 92. O uso de uma bengala no lado ipsilateral à lesão é o recurso auxiliar de marcha mais indicado para esse paciente no pós-operatório.
- 93. O uso de *tape* infrapatelar será fundamental para o retorno desse paciente à prática do tênis recreacional.

Durante as atividades físicas, embora parte do oxigênio seja transportado como gás dissolvido no sangue, a principal porção de oxigênio é transportada pelo sangue pela hemoglobina, formando a oxi-hemoglobina. A afinidade entre hemoglobina e o oxigênio é afetada pela temperatura, pelo pH corporal e pela concentração do 2,3 difosfoglicerato.

Acerca do exposto, julgue os itens a seguir.

- 94. Durante o exercício físico, a afinidade entre hemoglobina e oxigênio está diminuída, ou seja, há liberação de oxigênio aos tecidos.
- 95. A hipercapnia local reduz a disponibilidade de oxigênio aos tecidos porque ela interfere na demanda metabólica.
- 96. A acidez local aumenta a dissociação de oxigênio com a hemoglobina, porque desvia a curva de dissociação oxigênio-hemoglobina para a direita.

Área livre

Um paciente de 54 anos de idade, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apresentou dispneia súbita na própria residência. Levado por familiares à emergência de um hospital geral, foi entubado e ventilado mecanicamente e transferido para o centro de tratamento intensivo (CTI) com diagnóstico de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). O modo ventilatório utilizado na ocasião foi ventilação controlada a pressão (PCV), com pressão inspiratória = 15 cm H₂O; tempo inspiratório = 0,9 s; frequência respiratória = 15 irpm; pressão positiva expiratória final (PEEP) = 5 cm H₂O; pressão de pico = 36 cm H₂O; e fração inspirada de oxigênio = 0,7.

Considerando esse caso clínico e as Recomendações Brasileiras de Ventilação Mecânica, julgue os itens a seguir.

97. Deve-se monitorizar a pressão de distensão (*driving pressure*) que deve ficar obrigatoriamente menor que 15 cm H₂O nos casos de SDRA moderada e grave.
98. Se a SDRA for leve, sob ventilação assistida, o volume corrente deve ser ajustado em 3 mL/kg (considerando-se peso predito).
99. A fração inspirada de oxigênio, nesse caso (0,7), se justifica caso a saturação periférica de oxigênio esteja menor que 92% em frações inspiradas inferiores a 0,7.
100. A pressão de pico = 36 cm H₂O, como exposto, foi corretamente instituída, pois essa pressão é primordial para o manejo de pacientes com SDRA, a fim de evitar a distensão alveolar.

Área livre

Uma paciente de 60 anos de idade foi encaminhada para o ambulatório de fisioterapia com diagnóstico médico de mastectomia radical modificada, em razão de um câncer de mama em estágio de neoplasia avançada. A paciente queixa-se de dores crônicas desde o período pré-operatório. As dores (EVA: 8-9) estão localizadas principalmente em toda a região da mama e também em regiões adjacentes, tais como ombro e cotovelo direito. Os achados dos exames clínicos e físicos são: perda da amplitude de movimento de abdução do ombro (< 90°), capsulite adesiva em ombro direito, ruptura do tendão do supraespinhoso (> 3 cm), aderências cicatriciais, perda da sensibilidade do II e III metacarpo e fraqueza muscular generalizada.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

101. O uso de estratégias de calor superficial e profundo é indicado, visto que o aumento da circulação sanguínea local pode auxiliar nos ganhos de amplitude de movimento, mobilidade e alívio da dor.
102. Entre as intervenções fisioterapêuticas utilizadas para a dor, a eletroterapia apresenta resultados rápidos, promovendo um alívio constante nos pacientes, principalmente pelo aumento no uso da morfina.
103. Os métodos de terapia manual podem ser utilizados para complementar o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente.
104. É recomendado utilizar-se a compressão pneumática, com uma pressão distal para proximal decrescente, sendo que as pressões exercidas devem estar entre 50 mmHg e 60 mmHg. Acima desses valores, ocorre a compressão das vias venosas responsáveis pela drenagem do líquido excedente.
105. Para prevenir rigidez articular, a mobilização passiva e ativa é necessária durante todo o período do pós-operatório imediato, não excedendo 90° de flexão e abdução de ombro, e a rotação externa até a tolerância da paciente.
106. O uso de ultrassom terapêutico é recomendado sobre áreas com câncer ativo ou potencialmente metastático.
107. Os primeiros músculos a serem afetados pelo longo período de repouso prolongado são os antigravitacionais e de contração lenta, como o sóleo e eretores da coluna e da cabeça; em seguida, são afetados os biarticulares, como gastrocnêmios e reto femoral; e os menos afetados são os de contração rápida.
108. A utilização do TENS em dor aguda em pacientes oncológicos não apresenta tantos benefícios quando comparada aos pacientes com dor crônica. O uso do TENS apresenta um alto índice de alívio da dor crônica no primeiro ano de tratamento, e após o primeiro ano, o respectivo nível de benefício reduz significativamente.

Área livre

Um paciente de 70 anos de idade, 1,73 cm, 98 kg e sedentário, com FC de 125 bpm e SaP2 de 90%, encontra-se em tratamento no setor de fisioterapia há três meses, apresentando pouca evolução. Apresenta histórico de neoplasia avançada na região da próstata em fase terminal e sintomas de depressão. O paciente encontra-se acima do peso corporal ideal (103 kg), e, entre os respectivos sinais e sintomas, apresenta dificuldade para urinar, dificuldade para deambulação, artrose severa em ambos os joelhos, dor em região óssea, em razão de uma fratura por estresse em região da tíbia, e complicações pulmonares em desenvolvimento. A equipe multidisciplinar cogita internação definitiva do paciente.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 109.** Quando ocorrer a queda da saturação para menos de 85% em ar ambiente, durante o repouso, a oxigenioterapia é indicada, podendo se valer de recursos como ventilação não invasiva por pressão positiva intermitente (VNPPI), pressão positiva contínua (CPAP) ou pressão positiva com níveis alternados (BiPAP).
- 110.** Uma das complicações pulmonares que podem surgir em pacientes acamados é o acúmulo de secreção pulmonar em razão de aumento da movimentação do transporte mucociliar e enfraquecimento da tosse.
- 111.** Os exercícios com pesos moderados, que objetivam aumentar a capacidade do estímulo mecânico sobre a articulação, aumentando a produção de líquido sinovial e aumentando a massa óssea, devem ser evitados.
- 112.** A osteopenia é a causa mais comum de escoliose em adultos após o tratamento de câncer.
- 113.** A síndrome do desuso é composta por fraqueza muscular (hipotrofia), descondicionamento cardiovascular, respiração superficial e alterações posturais. É ocasionada pelo excesso de descanso e inatividade física, o que pode gerar ou agravar o estado da dor, entre outras complicações.
- 114.** O estresse e a depressão podem ser agentes agravadores de uma série de doenças, todas elas relacionadas, de alguma forma, à diminuição excessiva e rápida do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- 115.** Um modo de aumentar a efetividade da tosse é a manobra chamada *huffing*, na qual se orienta ao paciente que crie uma base de suporte para os abdominais, abraçando um travesseiro; solicita-se, então, a realização de três expirações com a boca aberta e segue-se à tosse.

Área livre

Um paciente de 58 anos de idade, 1,63 cm e 75 kg, apresenta-se em tratamento fisioterapêutico pós-operatório em um centro avançado de reabilitação há aproximadamente um mês e dez dias, em razão da retirada de toda a mama direita. Entre as complicações do pós-operatório, a paciente apresenta-se com deiscência cicatricial, aderências e fibrose em região axilar, alterações posturais (caimento de ombro ao lado direito, protaço escapular e inclinação cervical) e linfedema periférico moderado/severo desenvolvido.

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

- 116.** A terapia descongestiva complexa é o principal tratamento periférico para o linfedema.
- 117.** Os exercícios miolinfocinéticos não são indicados para melhorar a atividade muscular e recuperar a amplitude de movimento das articulações.
- 118.** A drenagem linfática manual é iniciada na região normal proximal à região de linfostase, com alta pressão, objetivando estimular a atividade motora dos linfângios. Em seguida, as regiões afetadas são massageadas com pressão menor, para tratar os tecidos fibróticos.
- 119.** No que tange ao aspecto fisiopatológico, a mastectomia em consequência de neoplasia da mama gera um linfedema que é predominante no membro superior ipsilateral.
- 120.** Um dos fatores que justificam a presença do caimento do ombro direito está na não preservação dos músculos peitoral maior e menor, romboides e serrátil anterior durante a cirurgia.

Área livre

/