



PROVA DE FISIOTERAPIA – 31 A 50

31. (PMBS/URCA 2025) Os ossos apresentam uma camada compacta externa (substância compacta ou cortical, ou tecido ósseo compacto cortical), constituída por osteons (sistemas de Havers) e lamelas ósseas, além de uma estrutura interna leve formada por trabéculas (substância esponjosa ou tecido ósseo esponjoso) com espaços entre elas que acomodam a medula óssea. São subdivididos em diferentes grupos, de acordo com sua estrutura e seu aspecto externo, como por exemplo os incorporados na estrutura de tendões, e são denominados de sesamoides. Marque a alternativa contém apenas tipos de ossos sesamoides.

- A) Fêmur, úmero.
- B) Parietal, escápula.
- C) Ossos do carpo, ossos do tarso.
- D) Patela, pisiforme.
- E) Vértebras.

32. (PMBS/URCA 2025) Sob o ponto de vista do desenvolvimento, os ossos são formados a partir da condensação de áreas de tecido conjuntivo mesenquimal (blastemas) ou a partir de alterações em modelos de cartilagem hialina. Ambos os processos de ossificação intramembranosa (a partir do mesênquima, portanto, um processo mais direto) e de ossificação endocondral (a partir da cartilagem, um processo indireto) determinam, inicialmente, a formação de tecido ósseo imaturo (ou tecido ósseo primário, ou tecido ósseo não lamelar) para, em seguida, este tecido ser reabsorvido e no seu lugar surgir o tecido ósseo maduro (ou tecido ósseo secundário ou, ainda, tecido ósseo lamelar). De acordo com a Ossificação (Osteogênese), analise as afirmativas a seguir:

- I. A formação óssea não ocorre simultaneamente em todos os segmentos do esqueleto. Ela se inicia na clavícula, no segundo mês de gestação e termina aos 20 anos de idade, com o fechamento das epífises, caracterizado pelo desaparecimento dos discos epifisiais em alguns ossos longos.
- II. No contexto do desenvolvimento, formam-se centros de ossificação secundários por ossificação endocondral tanto nas epífises quanto nas apófises.
- III. De forma geral, eles são formados em um período limitado em uma típica ordem cronológica para cada elemento do esqueleto. A partir do aparecimento sequencial dos centros de ossificação e do padrão de ossificação, porém não é possível determinar a idade do esqueleto.

IV. Com o fechamento dos discos epifisiais, o crescimento em comprimento é completado, e os Centros de ossificação isolados não são mais visíveis em radiografias.

É correto o que se afirma apenas em:

- A) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.
- E) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.

33. (PMBS/URCA 2025) A biomecânica é a aplicação dos princípios da mecânica no corpo humano vivo, e a cinesiologia é, na verdade, uma combinação de arte e ciência, que envolve uma apreciação da beleza do movimento humano com uma compreensão dos princípios científicos que geram esse movimento. De acordo com as definições sobre essa temática, analise os itens a seguir:

- I. A cinesiologia clínica é a aplicação da cinesiologia aos ambientes do profissional de saúde.
- II. O objetivo do estudo da cinesiologia clínica no cuidado em saúde é compreender o movimento e as forças que agem sobre o corpo humano e aprender como a manipulação dessas forças previne a lesão, restaura a função e gera o desempenho humano ideal.
- III. A artrocinemática se preocupa com os movimentos das partes ósseas ou dos segmentos que compõem uma articulação.
- IV. A osteocinemática foca especificamente nos movimento mínimos dentro de uma articulação e entre as superfícies articulares.

É correto o que se afirma apenas em:

- A) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.
- E) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.

34. (PMBS/URCA 2025) Um homem de 45 anos chega ao setor de fisioterapia ambulatorial com queixa de dor no ombro direito, a qual já durava 1 semana. A dor começou na segunda-feira de manhã, após um fim de semana dedicado a raspar e pintar as paredes de sua casa. O paciente descreve a dor como persistentes e perturbadora; a dor recebe pontuação 6 em uma escala de 0 a 10. Ele relata que é casado e está tendo dificuldades nas atividades de manutenção da casa, como cortar grama com o cortador. Ele é capaz de fazer



somente 30% de suas atividades domiciliares e recreativas normais. Você é o fisioterapeuta e decide fazer uma avaliação minuciosa do sistema musculoesquelético. Enquanto apalpa a região do ombro, observa um aumento na sensibilidade e na temperatura da pele da região do sulco bicipital do ombro direito anteriormente. A amplitude movimento (ADM) ativa do ombro direito revela aumento de dor e alguma limitação durante a flexão, a abdução e a extensão. Todos os outros movimentos ativos estão sem dor e dentro dos limites normais de ADM. Os movimentos passivos do ombro são indolores com ADM normal, exceto a extensão, que está limitada e causa aumento da dor ao final do movimento. De acordo com o caso clínico marque a única resposta correta:

- A) Não são propósitos da avaliação do fisioterapeuta, determinar a presença ou ausência de comprometimento funcional do ombro do paciente.
- B) A identificação do tecido específico que está causando a limitação é desnecessária, e não apresenta interferência quanto ao diagnóstico funcional.
- C) O paciente apresenta um padrão capsular de limitação, característico de restrição do movimento passivo, geralmente envolvendo mais de um movimento em uma articulação.
- D) Existe uma grande chance do paciente apresentar uma tendinite bicipital, haja vista que a ADM ativa na flexão e na abdução de ombro, exige uma contração ativa do músculo bíceps e assim tensionará o tendão, causando a dor.
- E) O teste avaliativo mais indicado seria a resistência ao movimento de extensão do ombro e do cotovelo de forma isométrica.
35. (PMBS/URCA 2025) Um homem de 34 anos foi encaminhado à fisioterapia para reabilitação após acidente automobilístico. O diagnóstico fornecido era de múltiplas fraturas e lesões de tecidos moles na extremidade inferior, incluindo uma fratura cominutiva da pelve com deslocamento do quadril esquerdo e desarranjos internos no joelho direito com rompimento do ligamento cruzado posterior (LCP). O paciente foi submetido a uma redução aberta, enxertos ósseos e ligamentares e procedimentos cirúrgicos microvasculares. Há aproximadamente cinco meses, encontrava-se de repouso no leito, com graus variáveis de imobilização da pelve, quadril e joelho direito. Antes do acidente, ele era um jogador semi-profissional de futebol e se sustentava como jogador de um time da liga nacional de futebol. De acordo com o caso clínico em questão assinale a única alternativa verdadeira:
- A) O objetivo da reabilitação é recuperar os movimentos e a função da extremidade inferior e permitir um retorno às atividades desportivas devendo seguir um protocolo gradativo, em fases e semanas de reabilitação, onde a última

fase consta de exercícios do gesto esportivo para retorno das atividades, após estabelecidos e alcançados os critérios de alta.

- B) O programa de assistência fisioterapêutica inclui exercícios e alongamentos para aumentar a ADM articular, a força e a resistência da musculatura da extremidade inferior e a deambulação na fase inicial já com descarga total de peso corporal.
- C) As atividades funcionais de corrida, chutes e saltos, já podem ser inseridas na fase inicial, na medida em que aumente a força muscular.
- D) A eletroestimulação deverá ser implementada na última fase e deverá ser aplicada duas vezes ao dia, bilateralmente aos músculos quadríceps femoral.
- E) Deve-se focar no ganho de flexão do joelho, sem pensar em ganho de extensão do joelho, já que a flexão será de grande valia para marcha futura deste paciente.

36. (PMBS/URCA 2025) A estimulação elétrica nervosa transcutânea consiste na aplicação de correntes elétricas na superfície da pele por meio de eletrodos com a finalidade de estimular fibras nervosas a produzirem efeitos fisiológicos. Frequentemente, é designada pela sigla em inglês TENS, que significa Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. Trata-se de um método não farmacológico, de custo acessível, seguro, não invasivo e de manuseio simples para o controle da dor. É importante destacar que a TENS não é propriamente um equipamento ou uma corrente elétrica específica, mas um método de ativação de fibras nervosas por meio de impulsos elétricos para modular a dor. Os parâmetros da TENS aqui apresentados podem ser ajustados pelo clínico, na maioria dos equipamentos, por meio de controladores digitais ou analógicos. Os ajustes dos parâmetros citados permitem que sejam utilizadas quatro modalidades ou modos de TENS: TENS convencional, TENS acupuntura, TENS em trens de pulso ou burts e TENS breve e intensa. Assinale a sequência de descrição de cada uma das modalidades:

1. Convencional
 2. Acupuntura
 3. Burts
 4. Breve e intensa
- () Esse modo de aplicação possui trens de pulsos de alta frequência (cerca de 100 Hz) emitidos em baixa frequência (1-4 Hz) e longa duração de pulso (~ 200 s) em nível motor. Alguns pacientes consideram esse modo de aplicação mais confortável na produção de contração muscular



() Esse é o modo mais frequentemente usado de TENS, sendo denominado, também, como TENS sensorial ou de alta frequência/baixa intensidade. Com esse modo de estimulação é possível ativar, principalmente, as fibras nervosas aferentes do grupo II ($A\beta$), o que produz uma confortável sensação de parestesia, ou seja, trata-se de um efeito prioritariamente sensorial.

() Também denominada TENS de baixa frequência/alta intensidade, é uma forma de estimulação elétrica realizada com intensidade alta o suficiente para evocar contrações musculares visíveis em miótomos relacionados à área de dor.

() É aplicado na maior intensidade suportada pelo paciente por um curto período (no máximo 15 minutos), em alta frequência (100-150 Hz) e longa duração de pulso (150-250 μ s). Essa modalidade vem sendo utilizada para promover analgesia durante procedimentos dolorosos como troca de curativos, desbridamentos, punção venosa e remoção de suturas.

Assinale a sequência correta de cima para baixo é:

- A) 2 - 3 - 4 - 1
- B) 3 - 1 - 4 - 2
- C) 2 - 1 - 3 - 1
- D) 4 - 2 - 1 - 3
- E) 3 - 1 - 2 - 4

37. (PMBS/URCA 2025) A classificação funcional dos músculos está relacionada à sua atuação durante os movimentos corporais. Sobre essa classificação, marque a alternativa correta:

- A) Os músculos antagonistas são responsáveis por iniciar o movimento principal de uma articulação.
- B) Músculos sinergistas auxiliam os agonistas, estabilizando os movimentos ou reduzindo ações indesejadas.
- C) Músculos fixadores têm a mesma função que os músculos agonistas, sendo os principais responsáveis pelo movimento.
- D) Músculos agonistas sempre trabalham de forma isolada, sem a necessidade de outros músculos auxiliarem o movimento.
- E) Músculo agonista é aquele que realiza a ação principal, enquanto o músculo antagonista impede o movimento.

38. (PMBS/URCA 2025) A manipulação vertebral é uma técnica utilizada em práticas terapêuticas para restaurar a mobilidade e aliviar sintomas relacionados a disfunções articulares. Qual das alternativas abaixo descreve corretamente um dos objetivos principais dessa técnica?

- A) Promover o fortalecimento muscular direto nas articulações vertebrais.
- B) Promover o deslizamento articular, porém sem interferir na funcionalidade.
- C) Reduzir a dor e melhorar a função articular por meio do ajuste da posição vertebral.
- D) Estimular diretamente o sistema nervoso periférico para promover contração muscular involuntária.
- E) Substituir exercícios físicos como método primário de fortalecimento das articulações da coluna.

39. (PMBS/URCA 2025) O Instrumento de Avaliação de Tinetti é amplamente utilizado na prática clínica para avaliar alguns critérios em indivíduos, especialmente em idosos. Trata-se de um instrumento de avaliação, e também uma ferramenta simples, prática e confiável que auxilia no planejamento de intervenções para melhorar o processo de reabilitação, promovendo a segurança e qualidade de vida dos pacientes. Esse instrumento é composto por AVALIAR dois componentes principais. Quais são eles?

- A) Mobilidade articular e força muscular.
- B) Equilíbrio e da marcha.
- C) Postura e da flexibilidade.
- D) Coordenação motora e da resistência física.
- E) Equilíbrio e Preensão palmar grossa e fina.

40. (PMBS/URCA 2025) A incontinência Urinária consiste na perda de controle da bexiga com ocorrência de vazamento de urina, podendo acometer pessoas de todas as idades e por diversas razões. Algumas pessoas com bexiga neurogênica (mas não todas) apresentam incontinência. Os principais tipos de incontinência urinária são: de esforço, por urgência, mista, por transbordamento e funcional. Outro tipo é a incontinência de reflexo, causada por uma lesão na medula espinhal.

Em relação a Incontinência Urinária de esforço assinale a única alternativa que contempla os sintomas mais comuns:

- A) Perda de urina durante atividades como tossir, espirrar, rir, pular ou levantar peso.
- B) Necessidade ocasional e repentina de urinar, com perda de grande volume de urina; pode também existir sem incontinência.
- C) Combinação de incontinência de esforço e por urgência.
- D) Gotejamento frequente de urina devido ao esvaziamento ineficiente da bexiga; os sintomas são semelhantes aos de incontinência de esforço.



E) Perda de urina não associada a qualquer patologia ou problema no sistema urinário a incontinência de reflexo (bexiga espástica) ocorre quando a bexiga se enche de urina e um reflexo involuntário faz com que ela se contraia para tentar esvaziar-se.

41. (PMBS/URCA 2025) A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica autoimune que afeta principalmente as articulações, causando inflamação, dor, rigidez e, ao longo do tempo, pode levar a danos nas articulações e deformidades. A condição ocorre quando o sistema imunológico do corpo ataca erroneamente os tecidos saudáveis das articulações, particularmente a membrana sinovial, que reveste as articulações. As deformidades nas mãos são comuns em pacientes com artrite reumatóide, devido à inflamação crônica das articulações. Qual das alternativas abaixo descreve corretamente uma deformidade característica observada nas mãos de pacientes com artrite reumatóide?

- A) A deformidade em pescoço de cisne ocorre quando há flexão das articulações interfalângicas proximais (IFPs) e extensão das articulações interfalângicas distais (IFDs).
- B) A deformidade em botão de camisa é caracterizada por uma flexão excessiva das articulações interfalângicas distais (IFDs), resultando em dificuldade para realizar movimentos de preensão.
- C) A deformidade em martelo é caracterizada pela flexão das articulações interfalângicas proximais (IFPs), acompanhada de flexão das articulações metacarpo-falângicas (MCFs).
- D) A deformidade em pescoço de cisne é caracterizada por flexão das articulações interfalângicas distais (IFDs) e extensão das articulações interfalângicas proximais (IFPs).
- E) A deformidade dedo em garra caracteriza-se por Hiperflexão da MCF /MTF e Flexão IFP e IFD.

42. (PMBS/URCA 2025) Fenômenos reflexos podem ser observados em pacientes com sequelas motoras após um acidente vascular cerebral (AVC). Esse fenômeno está relacionado a uma resposta involuntária que ocorre quando se realiza uma força ou movimento em uma parte do corpo. Qual das alternativas está correta sobre o fenômeno de Raimiste?

- A) Ocorre quando a flexão forçada de um braço do paciente provoca uma extensão involuntária do braço oposto, em um reflexo cruzado.
- B) Ocorre quando a rotação externa de uma perna resulta na rotação interna involuntária da perna oposta.
- C) É caracterizado pela contração involuntária dos músculos faciais ao mover as extremidades superiores do corpo.

D) É observado quando a flexão de um braço provoca uma extensão involuntária do braço oposto.

E) É importante no contexto da reabilitação de pacientes com AVC e outras condições neurológicas, pois ajuda a compreender o padrão de movimentação involuntária e pode ser um indicativo de que o sistema nervoso está tentando estabelecer conexões entre as áreas cerebrais afetadas e as extremidades.

43. (PMBS/URCA 2025) A lesão Medular (LM) é uma incapacidade de baixa incidência e alto custo que requer alterações importantes no estilo de vida de uma pessoa. Elas podem ser divididas em lesões traumáticas e não-traumáticas, e em categorias funcionais em lesões completas ou incompletas. Na lesão completa não há função sensorial ou motora abaixo do nível da lesão, e nas incompletas caracterizam-se pela preservação de alguma função sensorial ou motora abaixo do nível da lesão. O quadro clínico apresentado pelas lesões incompletas é impresível, que apesar da incerteza associada com a recuperação das mesmas, existem várias síndromes clínicas consistentes. As informações relativas às funções sensoriais e motoras previstas são úteis para estabelecer objetivos terapêuticos, resultados almejados para construir o plano terapêutico. Analise as afirmativas onde são apresentadas as áreas de lesão medular de cada síndrome.

- I. A síndrome de Brown-Séquard, também conhecida como síndrome da hemissecção medular, é uma das diversas patologias que compõem as síndromes medulares, tendo o traumatismo raquimedular como a principal causa, provocando alterações temporárias ou permanentes na função motora, sensibilidade ou função autonômica.
- II. A síndrome medular anterior caracteriza-se por lesões que afetam desproporcionalmente a porção anterolateral da coluna vertebral, geralmente comprometendo os funículos anterior e lateral da medula. É mais comumente causada por lesões oclusivas da artéria espinal anterior, determinando infarto do território de irrigação desse vaso.
- III. Na síndrome medular posterior ocorre maior envolvimento nos membros superiores do que nos membros inferiores.
- IV. Na síndrome medular central é preservada a função motora, sensação de dor e toque leve, com perda da propriocepção e sensações epicríticas abaixo do nível da lesão.

É correto o que se afirma apenas em:

- A) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.



E) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.

44. (PMBS/URCA 2025) Considerando o conceito que o nível de consciência “é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta”, nota-se uma grande possibilidade de variação desse parâmetro em pacientes. Em consequência, no cotidiano da equipe de saúde se faz necessário a utilização de escalas que permitam a padronização da linguagem utilizada para facilitar a comunicação oral e escrita dessas informações, bem como, estabelecer um sólido sistema que seja capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência do paciente. A escala de coma de Glasgow, desenvolvida por Jennett e Teasdale, é usada para documentar o nível de consciência e definir a gravidade da lesão.

Sobre esta escala de avaliação analise os itens e marque a única resposta correta:

- I. Escala de Glasgow permite determinar o nível de consciência da pessoa através da observação do seu comportamento do paciente sedado.
- II. A avaliação faz-se através da sua reatividade perante determinados estímulos, em que são observados 4 parâmetros: abertura ocular, reação motora, resposta verbal e resposta pupilar.
- III. Cada um dos quatro componentes avaliados (abertura ocular, reação motora, resposta verbal e resposta pupilar) recebe uma pontuação, e a soma dessas pontuações resulta na pontuação total da ECG.
- IV. A Escala de Glasgow prevê que o paciente deva ser entubado caso constatado grau a partir de 10, indicando um estado de coma ou incapacidade de manter vias aéreas protegidas. Nesses casos, a intubação é necessária para garantir a oxigenação adequada e prevenir complicações adicionais, como aspiração e insuficiência respiratória.

É correto o que se afirma apenas em:

- A) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.
- E) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.

45. (PMBS/URCA 2025) Um homem de 67 anos, com histórico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em estágio avançado. Chega ao pronto-socorro com queixa de intensa falta de ar, taquicardia, fadiga e confusão mental que se desenvolve. Ao exame físico, apresenta-se em estado de perigo leve, com dificuldade para manter uma conversa completa devido à dispneia. A pele está fria e cianótica, principalmente

nas extremidades. A frequência respiratória é elevada, mas as inspirações parecem superficiais. O relatório mostra sinais de esforço excessivo, com uso de musculatura acessória. Saturação de oxigênio reduzida 85% . A ausculta pulmonar revela roncocal e sibilos bilaterais, além de murmúrio vesicular diminuído

A gasometria arterial colhida na emergência apresentou-se da seguinte forma:

$$\begin{aligned} pH &= 7,33 \\ PaCO_2 &= 78mmHg \\ HCO_3^- \text{ real} &= 45mEq/ml \\ HCO_3^- \text{ std}(BS) &= 40mEq/l \\ BE &= +5,00mEq/l \end{aligned}$$

Nesse caso a gasometria arterial confirma:

- A) Alcalose respiratória.
- B) Acidose mista.
- C) Acidose metabólica.
- D) Acidose respiratória.
- E) Base em excesso.

46. (PMBS/URCA 2025) A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe um modelo de entendimento da funcionalidade humana que abrange aspectos biomédicos, pessoais e sociais, além de igualar os termos que descrevem as condições incapacitantes relacionadas com a saúde. A CIF foi aprovada em 2001 pela OMS e publicada no Brasil em 2003.

Analise as afirmativas a seguir sobre a CIF, e assinale a única alternativa verdadeira:

- A) A CIF aborda os domínios “estrutura e função do corpo” e “atividade e participação”, independentes entre si, além de fatores contextuais (ambientais e pessoais).
- B) Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas corpóreos, porém sem incluir as funções psicológicas e as estruturas do corpo, as partes anatômicas deste.
- C) Atividade é a execução de uma tarefa ou ação do indivíduo e representa a perspectiva coletiva de funcionalidade.
- D) Participação refere-se ao envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida e representa sem levar em conta a perspectiva social da funcionalidade.
- E) Os fatores ambientais não são levados em conta na relação com indivíduo e englobam aspectos físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Sendo os fatores pessoais os aspectos mais relevantes de uma pessoa e abrangem características que não fazem parte da condição de saúde, ou seja, gênero, idade, etnia, forma física, estilos e hábitos de vidas e antecedentes sociais.



47. (PMBS/URCA 2025) A ventilação mecânica (VM) é um instrumento utilizado em situações de resgate e manutenção do paciente com falência da função cardiorrespiratória, tanto em terapia intensiva quanto em anestesia. Com o avanço da tecnologia e do conhecimento científico, o suporte ventilatório passou a ser indicado não somente para suporte de vida, mas também para minimizar iatrogenias. Por, durante sua aplicação, estar associada a diversas complicações, deve haver uma avaliação criteriosa para sua indicação e cuidados específicos são exigidos. O suporte ventilatório mecânico pode ser aplicado de modo invasivo (VMI) por meio de uma prótese ventilatória artificial, um tubo endotraqueal (TET) ou uma cânula de traqueostomia (TQT), ou de modo não invasivo (VNI), por meio de uma interface externa. A VM pode ser benéfica ou até mesmo prejudicial ao paciente, conforme sua aplicação e os ajustes ventilatórios. Os efeitos fisiológicos da VM têm extrema importância e devem ser avaliados de maneira individual e rotineira.

As principais indicações para iniciar o suporte ventilatório mecânico são:

- I. Reanimação em decorrência de parada cardiorrespiratória, hipoventilação e apneia;
- II. Hipoxemia e/ou acidose respiratória, falência mecânica do aparelho respiratório;
- III. Prevenção de complicações respiratórias, redução do trabalho respiratório e fadiga muscular;
- IV. Supressão intencional do drive respiratório.

É correto o que se afirma apenas:

- A) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.
- E) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.

48. (PMBS/URCA 2025) As complicações pulmonares pós-operatórias contribuem de maneira significativa para a mortalidade e a morbidade. Pode-se reduzir as taxas de mortalidade identificando os pacientes que apresentam risco de complicações pulmonares pós operatórias e otimizando a terapêutica. A cerca do manejo do pós operatório do paciente cardiopata, analise as assertivas a seguir:

- I. Alguns fatores que predisõem às complicações respiratórias no pós-operatório podem ser minimizados por adequada avaliação e manejo pré-operatórios, incluindo a instituição da fisioterapia respiratória, o uso de broncodilatadores e antibióticos, o tratamento da insuficiência cardíaca e a interrupção do hábito de fumar.

II. O fatores de risco podem ser identificados por meio da avaliação direta do paciente ou pelo uso de questionários. Fatores como problemas respiratórios preexistentes (infecções respiratórias, doenças obstrutivas e restritivas), obesidade, idade, tabagismo e condição nutricional dos pacientes devem ser pesquisados.

III. Sobre a avaliação da função respiratória e dos volumes e capacidades pulmonares, é comum o aumento dos volumes pulmonares e das capacidades pulmonares no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

IV. Sobre a avaliação da força muscular respiratória, é provável a ocorrência de alterações na força do diafragma e na efetividade da tosse, como consequência do trauma cirúrgico ou lesão do nervo frênico, é importante avaliar a força muscular respiratória, que pode ser realizada pela mensuração das pressões inspiratória (PI_{máx}) e expiratória (PE_{máx}) máximas, utilizando-se o manovacuômetro.

V. A avaliação da força muscular no pré-operatório dá subsídios para o seu acompanhamento no pós-operatório, propiciando a identificação dos pacientes que necessitarão de intervenção fisioterapêutica, para evitar as complicações decorrentes da fraqueza muscular respiratória.

É correto o que se afirma apenas:

- A) Somente as afirmativas I, II e V estão corretas.
- B) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
- C) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.
- E) Somente as afirmativas I, II, IV e V estão corretas.

49. (PMBS/URCA 2025) O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), publicou no dia 7 de julho de 2021 em diário oficial, a resolução nº 532 de 24 de junho de 2021 - Divulgação de imagens, textos e áudios. Sobre essa resolução é correto afirmar que:

- A) Fica autorizado a divulgação de imagens, textos e áudios relacionados aos procedimentos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais, alterando assim, os códigos de Ética e Deontologia da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional.
- B) O objetivo do Conselho foi aumentar as formas de divulgação do trabalho profissional e sem o intuito de proteger os usuários, além de facilitar a atuação da fiscalização.
- C) Na resolução Coffito Nº 532/2021, fica autorizada a divulgação de imagens, textos e áudios autênticos de pacientes, usuários/clientes, desde que estejam acompanhados dos profissionais que realizaram o procedimento, desde que haja autorização prévia do paciente ou de seu responsável através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.



D) Outro ponto destacado na resolução é que todas as publicações de imagens de pacientes divulgadas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, não necessitam de conter o nome do profissional, seu número de registro, dados das imagens, textos e/ou áudios de pacientes, sendo proibida a divulgação de casos clínicos de autoria de terceiros.

E) Importante frisar que é permitido o uso de expressões escritas ou faladas que caracterizem sensacionalismo, concorrência desleal, promessa de resultados infalíveis ou qualquer outra restrição prevista no código de ética profissional. O respeito à dignidade da profissão deve ser zelado, bem como a proteção do usuário/paciente.

50. (PMBS/URCA 2025) Atualmente, sabe-se que a ortopedia é uma especialidade ímpar quando falamos em proporcionar saúde e qualidade de vida a população. Com o passar dos anos, a ortopedia ampliou-se e atende a todas as idades. Inicialmente com uma escuta qualificada e a construção de uma anamnese detalhada. Em seguida, realiza-se o exame físico, com inspeção, palpação, movimentação e os testes especiais. A seguir faça a correlação entre os testes ortopédicos e a descrição da sua realização.

1. Teste de McMurray
2. Teste De Apley
3. Teste de Ober
4. Sinal de Trendelenburg

() O paciente fica em pé na frente do examinador. O examinador instrui o paciente a ficar em apoio uni-podal, avalia o grau de queda da pelve contralateral assim que a perna é levantada. É necessária a confirmação da queda anormal da pelve durante a marcha. Um teste positivo é identificado por uma queda assimétrica de um quadril em comparação com o outro durante o apoio unipodal.

() O paciente é posicionado em decúbito ventral o examinador apoia seu joelho na coxa do paciente e flexiona o joelho deste a 90°, segura o pé do paciente com ambas as mãos, distração a tibia e a roda, observando se há ou não reprodução de dor. Considera-se o teste positivo quando há dor que piora com a rotação e é indicativo de uma “entorse em rotação” dos tecidos moles. O examinador então se inclina sobre o pé do paciente, aplicando uma força compressiva à tibia e rodando-a novamente. O teste positivo para laceração meniscal é indicado pela presença de mais dor à compressão do que à distração.

() O paciente é posicionado em decúbito lateral. A perna sintomática é colocada do lado de cima; a perna assintomática é colocada no lado da maca, o examinador posiciona inicialmente o joelho em flexão, estabiliza a pelve na crista ilíaca, e então guia o membro inferior (no quadril) em extensão e leve abdução. Usando um goniômetro

ou inclinômetro, o examinador mede o grau de abdução ou adução. É necessária a comparação com o lado contralateral. O teste positivo consiste em falha do joelho em cair sobre a maca e é indicativo de encurtamento das estruturas.

() O paciente é posicionado em decúbito dorsal, fica em pé do lado do joelho lesionado do paciente, segura o calcanhar do paciente e flexiona o joelho até a amplitude máxima com uma das mãos, enquanto usa o polegar e o dedo indicador da outra mão para palpar a interlinha articular tibiofemoral medial e lateral.

Assinale a sequência correta de cima para baixo é:

- A) 2 - 3 - 4 - 1
- B) 4 - 2 - 3 - 1
- C) 2 - 4 - 3 - 1
- D) 4 - 2 - 1 - 3
- E) 2 - 1 - 3 - 4