

**EXAME DE CONHECIMENTO PARA CONCESSÃO DE REGISTRO  
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA EM  
OSTEOPATIA**

Nome do(a) Candidato(a)

Número de Documento

--	--

Este caderno de questões está assim constituído:

DISCIPLINAS	Nº QUESTÕES
Conhecimento específico	40
Discursiva	02
<b>Total de questões</b>	<b>42</b>

**INSTRUÇÕES AO CANDIDATO (A):**

- Verifique se está sentado no local correto, condizente com a sua etiqueta (Nome do candidato e Prova).
- Confira devidamente o CADERNO DE QUESTÕES; se houver falha, solicite a troca do caderno de questões completo ao fiscal.
- Confira seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS: NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROVA. ASSINE no espaço indicado na frente do cartão.
- O CARTÃO DE RESPOSTAS deverá ser preenchido de caneta esferográfica transparente, azul ou preta, ponta grossa, sem rasuras e apenas uma ÚNICA alternativa poderá ser marcada em cada questão, preenchendo totalmente o espaço, e não apenas "x".
- Não amasse nem dobre o CARTÃO DE RESPOSTAS; evite usar borracha. É vedada a substituição do CARTÃO DE RESPOSTAS decorrente de erro cometido por candidato.
- Durante a prova, não é permitida a comunicação entre candidatos nem a utilização de máquinas calculadoras e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- O tempo de duração da prova será de até 03 (três) horas. O candidato somente poderá retirar-se definitivamente do recinto de realização da prova após 1 (uma) hora, contada do seu efetivo início.
- Ao final dos trabalhos, DEVOLVA ao Fiscal de Sala o CARTÃO DE REPOSTAS devidamente preenchido e assinado, e o CADERNO DE QUESTÕES, entretanto os candidatos que permanecerem até o final da prova, poderá levar consigo o CADERNO DE QUESTÕES.
- Os três últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar os fiscais para o lacre dos envelopes, quando, então, poderão retirar-se do local, simultaneamente, depois de concluído.
- O CANDIDATO, AO TERMINAR A PROVA, DEVERÁ RETIRAR-SE IMEDIATAMENTE DO LOCAL DE APLICAÇÃO DE PROVA, NÃO PODENDO PERMANECER NAS DEPENDÊNCIAS DESTES, BEM COMO NÃO PODERÁ UTILIZAR OS SANITÁRIOS.
- O candidato será eliminado sumariamente caso o celular emita qualquer som.

Destaque aqui

-----  
**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO- EXAME DE CONHECIMENTO  
 PARA CONCESSÃO DE REGISTRO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA EM  
 OSTEOPATIA**

Marque aqui as suas respostas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40					

RASCUNHO

RASCUNHO

## CONHECIMENTO ESPECÍFICO

**1) O conceito da “Unidade do corpo” é fundamental para a prática osteopática, a interdependência entre as partes que o compõe é realizada por um eficiente sistema de comunicação, composto:**

- a) pelo sistema arterial e venoso.
- b) pelo sistema linfático e nervoso.
- c) pelo sistema circulatório e nervoso.
- d) pelo sistema nervoso autônomo.
- e) pelo sistema nervoso central.

**2) O conceito de hipermobilidade é caracterizado por ser:**

- a) Local de compensação e assintomático.
- b) Local de compensação e sintomático.
- c) Local de disfunção primária e assintomático.
- d) Local de disfunção primária e sintomático.
- e) Local de disfunção primária, compensatória e sintomática.

**3) A hipertonia muscular resultante de distúrbios viscerais é explicada por:**

- a) sinapses dos aferentes viscerais diretamente com os motoneurônios alfa e gama, manifestando o reflexo víscero-somático.
- b) sinapses dos aferentes viscerais diretamente com os motoneurônios alfa e gama, manifestando o reflexo somato-visceral.
- c) sinapses dos aferentes viscerais via interneurônios com os motoneurônios alfa e gama, manifestando o reflexo víscero-somático.
- d) sinapses dos aferentes viscerais via interneurônios com os motoneurônios alfa e gama, manifestando o reflexo somato-visceral.
- e) sinapses dos aferentes viscerais com neurônios simpáticos, manifestando o reflexo víscero-visceral.

**4) Os pontos reflexos de Chapman surgiram a partir da observação clínica. Sua explicação é baseada em:**

- a) Alteração do motoneurônio alfa.
- b) Alteração do motoneurônio gama.
- c) Alteração do reflexo víscero-visceral.
- d) Alteração do reflexo somato-visceral.
- e) Alteração do reflexo víscero-somático.

**5) Qual alternativa melhor descreve os critérios para o diagnóstico da disfunção somática?**

- a) Alteração da textura do tecido, assimetria óssea segmentar, restrição de mobilidade e dor à palpação.
- b) Alteração da textura do tecido, assimetria óssea segmentar, restrição de mobilidade e dor ao movimento.
- c) Alteração da textura do tecido, assimetria postural, restrição de mobilidade e dor à palpação.
- d) Alteração da textura do tecido, assimetria óssea segmentar, hipermobilidade articular e dor à palpação.
- e) Alteração da textura do tecido, assimetria óssea segmentar, hipermobilidade articular e dor ao movimento.

**6) Utilizar o período refratário pós contração para recuperar a amplitude de movimento articular é um dos princípios de qual grupo de técnicas?**

- a) Manipulação de alta velocidade e baixa amplitude.
- b) Mobilização articular .
- c) Técnica funcional.

- d) Técnica de energia muscular.
- e) Liberação miofascial.

**7) Considerando uma disfunção em rotação esquerda que limita o movimento oposto. Para sua correção coloca-se barreira em rotação direita e solicita-se contração em rotação esquerda. Qual o efeito desejado dessa contração em relação ao neurônio motor?**

- a) Inibição do neurônio motor alfa homolateral à disfunção.
- b) Inibição do neurônio motor alfa contralateral à disfunção.
- c) Inibição do neurônio motor gama contralateral à disfunção.
- d) Estimulação do neurônio motor alfa homolateral à disfunção.
- e) Estimulação do neurônio motor gama homolateral à disfunção.

**8) Quanto as alterações das funções autonômicas produzidas por um ponto gatilho, qual das alternativas abaixo expressa tais disfunções?**

- a) Debilidade da função do músculo afetado, espasmo de outros músculos.
- b) Lacrimejamento, sudorese anormal, coriza persistente, atividade pilomotora.
- c) Desequilíbrio, zumbido, debilidade e perda de tolerância ao esforço muscular.
- d) Enjoo, salivação excessiva, diminuição da tolerância ao esforço muscular.
- e) Alteração da percepção do peso de um objetos ao erguê-lo, sudorese anormal, espasmo muscular.

**9) Quais são as características da cefaleia tensional por disfunção miofascial e pontos gatilhos?**

- a) Occipital, pulsátil, podendo ser diária e sem remissão, quando é crônica.
- b) Frontal, opressiva, dura de 1 a 7 horas, quando é crônica.
- c) Bilateral, pulsátil, pode ser diária e sem remissão, quando é crônica.
- d) Fundo de olho, opressiva e pulsátil, dura em média 2 dias.
- e) Bilateral, opressiva e não pulsátil, dura de 30 minutos a 7 dias, quando é episódica e diária e sem remissão quando crônicas.

**10) Um paciente do sexo masculino, 42 anos, com dor intensa no tórax anterior e no membro superior esquerdo, erroneamente diagnosticado com uma Angina de peito. Qual músculo com ponto gatilho miofascial ativo apresenta este padrão doloroso?**

- a) Trapézio.
- b) Peitoral maior.
- c) Serrátil anterior.
- d) Músculos intercostais.
- e) Subescapular.

**11) Qual a referência de dor que causa um PG ativo dos feixes anteriores do glúteo mínimo?**

- a) Dor na face inferolateral da nádega, face externa da coxa e joelho até o tornozelo, simulando uma dor ciática.
- b) Dor na sacro ilíaca, nádega e face posterior de quadril.
- c) Dor na face anterior de quadril e coxa.

d) Um surpreendente estalido e dor cortante em face antero lateral de coxa.

e) É um dos PG que comumente é ignorado em dor lombar.

**12) A comunicação dos tecidos miofasciais nos permite descrever as chamadas cadeias articulares de miofascia. Uma das cadeias descritas por MYERS em Trilhos Anatômicos é a linha profunda anterior (LPA). Em relação a essa linha, qual alternativa está CORRETA?**

a) Sua função postural global é suportar o peso em posição de pé, totalmente estendido, para prevenir a tendência de se curvar em posição de flexão.

b) A fásia epicranial, a fásia plantar e o ligamento sacro-tuberal participam dessa cadeia.

c) Liga somente a superfície anterior do corpo.

d) Sua função postural é de sustentação da coluna lombar a partir da parte frontal e estabilização do tórax enquanto permite a expansão e relaxamento da respiração.

e) O diafragma, pericárdio e fásia pré-vertebral não participam dessa cadeia.

**13) “A tensegridade descreve um princípio de relação estrutural em que a forma estrutural é garantida pelos comportamentos tensionais finitamente fechados, abrangentemente contínuos do sistema, e não comportamentos do membro descontínuo e exclusivamente local.” As forças básicas deste princípio são:**

a) Tensão e cisalhamento.

b) Compressão e torção.

c) Tensão e compressão.

d) Cisalhamento e torção.

e) Torção e tensão.

**14) O que torna a musculatura suboccipital peça chave para o funcionamento da cadeia superficial posterior?**

a) A origem e inserção.

b) A repercussão sobre o crânio.

c) A função proprioceptiva.

d) A expansão para a dura-máter.

e) A relação com o sistema nervoso autônomo.

**15) Restrição das costelas superiores, dificuldade para flexionar o ombro e tilt anterior da escápula caracterizam alteração de qual músculo e fásia?**

a) Peitoral maior e fásia clavipeitoral.

b) Peitoral maior e fásia axilar.

c) Peitoral menor e fásia clavipeitoral.

d) Peitoral menor e fásia esternal.

e) Subescapular e fásia subescapular.

**16) Fásia que se estende da porção inferior dohióideaté o tórax. Funde com o pericárdio fibroso do coração. Possui uma parte muscular que reveste os músculos infra-hióideos e uma parte visceral que reveste a glândula tireóide, a traqueia e o esôfago.**

a) Lâmina Superficial da fásia cervical.

b) Fásia endotorácica.

c) Lâmina pré-vertebral da fásia cervical.

d) Lâmina pré traqueal da fásia cervical.

e) Fásia Alar.

**17) Paciente do sexo feminino, 51 anos, apresentando dor em queimação no terço posterior da língua do lado esquerdo, sensibilidade na orelha ipsilateral e dificuldades para tossir e engolir. Qual nervo craniano apresenta uma sintomatologia com essas características?**

a) Hipoglosso.

b) Trigêmio.

c) Facial.

d) Vago

e) Glossofaríngeo.

**18) O líquido cerebrospinal protege o encéfalo propiciando um amortecedor contra traumas na cabeça. Onde o líquido cerebrospinal é produzido?**

a) No sistema venoso do encéfalo.

b) Nas cisternas subaracnóideas.

c) Nas granulações aracnóideas.

d) Nos plexos coriáceos dos ventrículos do encéfalo.

e) Na medula espinhal.

**19) Segundo Kapandji, em relação ao tornozelo e pé, qual é o osso que não possui nenhuma inserção muscular?**

a) Calcâneo.

b) Cuneiforme.

c) Tálus.

d) Maleólo medial da tíbia.

e) Maléolo lateral da fíbula.

**20) Qual fator abaixo pode ativar indiretamente o ponto gatilho miofascial?**

a) Doença visceral.

b) Sobrecarga muscular sustentada.

c) Golpe direto sobre o músculo.

d) Contrações repetidas com o músculo em posição encurtada.

e) Episódio de exercício excessivo ou raro.

**21) As vias autonômicas simpática e parassimpática do sistema nervoso apresentam 2 neurônios eferentes em série. Marque a opção que corresponde a CORRETA projeção desses 2 neurônios:**

a) O neurônio pré-ganglionar origina-se no SNC e projeta-se para um gânglio autonômico, que se localiza fora do SNC. Neste local, o neurônio pré-ganglionar faz sinapse com o segundo neurônio, o neurônio pós-ganglionar. Este neurônio tem o corpo celular no gânglio e projeta seu axônio para o tecido alvo.

b) O neurônio pré-ganglionar origina-se no SNC e projeta-se para um gânglio autonômico, que se localiza dentro do SNC. Neste local, o neurônio pós-ganglionar projeta seu axônio para o tecido alvo.

c) O neurônio pós-ganglionar origina-se no SNC e projeta-se para um gânglio autonômico, que se localiza fora do SNC. Neste local, o neurônio pós-ganglionar faz sinapse com o segundo neurônio, o neurônio pré-ganglionar. Este neurônio tem o corpo celular no SNC e projeta seu axônio para o tecido alvo.

d) O neurônio pré-ganglionar origina-se no SNC e projeta-se para um gânglio autonômico, que se localiza dentro do SNC. Neste local, o neurônio pré-ganglionar faz sinapse com o segundo neurônio, o neurônio pós-ganglionar. Este neurônio tem o corpo celular no gânglio e projeta seu axônio novamente para o SNC.

e) O neurônio pré-ganglionar projeta seu axônio diretamente para um gânglio autonômico localizado no tecido alvo.

**22) A maior parte da digestão acontece no intestino delgado e é realizada por enzimas intestinais e auxiliadas por secreções exócrinas de dois órgãos glandulares acessórios. A secreção desses dois órgãos tem sua entrada regulada no intestino delgado através de um esfíncter tonicamente ativo. Marque a opção que indica, respectivamente, o nome desse esfíncter e a sua localização no intestino delgado:**

- a) Esfíncter intestinal / porção final do duodeno.
- b) Esfíncter pilórico / porção inicial do jejuno.
- c) Esfíncter esofágico / porção inicial do íleo;.
- d) Esfíncter hepato pancreático / porção inicial do duodeno.
- e) Esfíncter intestinal / porção final do jejuno.

**23) A dor é uma percepção subjetiva, trata-se da interpretação do cérebro sobre a informação sensorial transmitida ao longo das vias que começam nos nociceptores. No modelo do controle do portão da dor, podemos afirmar que:**

- a) As fibras A $\beta$  que levam informações sensoriais sobre estímulos mecânicos ajudam a bloquear a transmissão da dor.
- b) As fibras C excitam a via ascendente e estimulam a inibição tônica bloqueando a transmissão da dor.
- c) As fibras C que levam informações sensoriais sobre estímulos mecânicos ajudam a bloquear a transmissão da dor.
- d) As fibras A $\beta$  excitam a via ascendente e estimulam a inibição tônica bloqueando a transmissão de dor.
- e) As fibras A $\beta$  fazem sinapse nos interneurônios inibitórios e diminuem a atividade inibitória dos interneurônios bloqueando a transmissão da dor.

**24) A dor visceral frequentemente é mal localizada e pode ser sentida em áreas situadas longe do local do estímulo. Sobre o modelo que justifica as dores referidas podemos afirmar que:**

- a) Este tipo de dor frequentemente é muito maior do que a ativação do nociceptor.
- b) O cérebro não é capaz de distinguir os sinais viscerais dos sinais mais comuns originados nos receptores somáticos originados por vários neurônios sensoriais primários que convergem sobre um único trato ascendente.
- c) É percebida como uma sensação de ardência ou queimação no músculo, indicando associação a liberação do metabólito K<sup>+</sup>.
- d) Ela está relacionada a um movimento específico demonstrado pelo paciente durante avaliação
- e) Ela possui um trajeto bem definido e alivia com o repouso.

**25) Durante o exame físico, no teste de mobilidade direta do estômago encontramos dificuldade no deslizamento de medial para lateral. Qual estrutura apresenta maior probabilidade, por sua relação anatômica, para manter esta disfunção de mobilidade?**

- a) Omento menor.
- b) Ligamento gastrocólico
- c) Ligamento gastrofrenico.

- d) Ligamento gastroesplênico.
- e) Omento maior.

**26) Em relação ao sistema fascial de sustentação dos cólons podemos afirmar que:**

- a) O colo ascendente geralmente é mantido na fossa lombar pelo peritônio, que envolve os três lados e é reforçado posteriormente pela fásia de Treitz.
- b) O colo descendente posteriormente está em contato com a borda lateral do rim e parede abdominal posterior através da fásia de told.
- c) A porção superior do colo sigmóide é a mais móvel e está em contato anteriormente com a fásia ilíaca e fásia de told.
- d) A flexura esplênica relaciona superiormente com o fígado e ligamento frenocólico direito.
- e) A fásia de told fixa somente o colo descendente a parede posterior do abdômen.

**27) Em relação a fásia renal podemos dizer que:**

- a) Ao nível de L2-L3 as fâscias dos dois rins se fundem.
- b) É dividida em lamina anterior e posterior, porém essas laminas não se fundem.
- c) A lâmina posterior segue o peritônio parietal cobrindo a face anterior do rim, é mais fina que a lâmina anterior e se conecta a fásia de told.
- d) A lâmina posterior cobre o quadrado lombar e o músculo psoas, é forte e se insere no diafragma.
- e) A fásia renal está envolvida pelo peritônio visceral e parietal.

**28) O teste de Tinel consiste em uma percussão sobre o túnel do carpo (no punho), com o indicador e/ou dedo médio. O resultado positivo para esse teste é indicado pela sensação de picada ou parestesia no polegar, indicador, dedo médio e metade do dedo anelar. Qual nervo está sendo testado?**

- a) N. Radial.
- b) N. Ulnar.
- c) N. Mediano .
- d) N. Braquial.
- e) N. Supraescapular.

**29) O teste de Jobe tem o objetivo de avaliar a ruptura do tendão do músculo supra-espinhoso, lesão do músculo supra-espinhoso ou neuropatia do nervo supraescapular. O teste é positivo quando há fraqueza ou dor (ou ambos) durante a resistência. A maneira CORRETA de realizar o teste é:**

- a) Em DD, paciente com o braço em flexão de 45 graus, realiza força de abdução contra resistência do examinador.
- b) Em DD, paciente com o braço em flexão de 150 graus, realiza força de abdução contra resistência do examinador.
- c) Em pé, os braços do paciente são abduzidos 30 graus, em rotação neutra e o examinador fornece resistência à elevação. Os ombros do paciente, então são girados lateralmente e formando um ângulo a frente de 45 graus, de modo que o polegar do paciente esteja apontando para o teto no plano da escápula, o examinador oferece resistência a esse movimento.
- d) Em pé, os braços do paciente são abduzidos 90 graus, em rotação neutra e o examinador fornece resistência à elevação. Os ombros do paciente, então são girados medialmente e formando um ângulo a frente de 30 graus,

de modo que o polegar do paciente esteja apontando para o chão no plano da escápula, o examinador oferece resistência a esse movimento de elevação.

e) Em pé, os braços do paciente são abduzidos 30 graus, em rotação neutra e o examinador fornece resistência à elevação. Os ombros do paciente, então são girados medialmente e formando um ângulo a frente de 45 graus, de modo que o polegar do paciente esteja apontando para o chão no plano da escápula, o examinador oferece resistência a esse movimento

**30) O teste de Gillet (ou teste de fixação sacral) tem o objetivo de avaliar o movimento sacral em nutação e contranutação. O teste é positivo quando:**

- a) A articulação sacroilíaca (EIPS) do lado contralateral onde o joelho é flexionado move-se para cima ou não move, indica bloqueio da articulação.
- b) A articulação sacroilíaca (EIPS) do lado homolateral onde o joelho é estendido move-se para cima ou não move, indica bloqueio da articulação.
- c) A articulação sacroilíaca (EIPS) do lado homolateral onde o joelho é flexionado move-se para cima ou não move, indica articulação com movimento normal.
- d) A articulação sacroilíaca (EIPS) do lado homolateral onde o joelho é estendido move-se para cima ou não move, indica bloqueio da articulação.
- e) A articulação sacroilíaca (EIPS) do lado homolateral onde o joelho é flexionado move-se para cima ou não move, indica bloqueio da articulação.

**31) Em relação ao músculo psoas, é CORRETO afirmar:**

- a) Se localiza por trás do músculo quadrado lombar.
- b) Tem ligação direta com o músculo quadrado lombar pelo ligamento ileolombar.
- c) Tem potente ação sobre a coluna lombar quando tem como ponto fixo sua inserção femoral e a articulação do quadril está bloqueada.
- d) Se insere no trocânter maior do fêmur.
- e) Tem relação com o diafragma através do ligamento arqueado lateral.

**32) A hiperlordose cervical pode ser decorrente de:**

- a) Hipotonia dos músculos Esplênios da cabeça e do pescoço.
- b) Contração simétrica e bilateral do músculo elevador da escápula.
- c) Hipotonia do músculo Trapézio.
- d) Contração bilateral e simétrica dos músculos Esplênio da cabeça e do pescoço.
- e) Hipertonia dos escalenos.

**33) Dor de cabeça frontal e periorbitária; dor de ouvido; vertigem e disfagia: são sintomas de qual ponto sensível descrito por Jones?**

- a) Ponto sensível do zigomático.
- b) Ponto sensível do occipitomastóideo.
- c) Ponto sensível do masseter.
- d) Ponto sensível do esfenóide.
- e) Ponto sensível do auricular posterior.

**34) São sintomas referidos de sobrecarga hepática e biliar:**

- a) Dor no cotovelo esquerdo, azia, icterícia, ressecamento das glândulas lacrimais, dor lombar baixa.

b) Dor inespecífica no ombro e escápula direta, dor interescapular, síndrome do carpo bilateral, angiomas aracniformes, icterícia, eritema palmar.

c) Dor na articulaçõesacro-ilíaca, parestesia na parte posterior da coxa, refluxo, constipação.

d) Dor lombar baixa em faixa, icterícia, trapezalgia bilateral.

e) Poliúria, dispepsia, hemoptise.

**35) Pontos gatilhos são pontos hiperirritáveis dentro de uma banda rígida de músculo esquelético ou na fáscia. Quando são comprimidos resultam em sensibilidade local com possível irradiação à distância. É CORRETO afirmar que:**

- a) A distribuição da dor irradiada do ponto-gatilho raramente coincide de modo completo com a distribuição de um nervo segmento de dermatomo.
- b) A distribuição da dor irradiada do ponto-gatilho sempre coincide de modo completo com a distribuição de um nervo segmento de dermatomo.
- c) Os músculos com pontos-gatilhos ativos entram em fadiga de modo lento e se recuperam rápido.
- d) Há função normal do circuito neural nos músculos com pontos- gatilhos.
- e) O padrão de dor irradiada é inespecífico para cada músculo.

**36) Os padrões de movimentos de flexão e extensão craniana seguem uma terminologia baseadas na metodologia osteopática tradicional. Considerando esses movimentos, podemos afirmar que:**

- a) Os ossos pares do crânio realizam rotação interna durante a fase inspiratória.
- b) A base sacra move-se posteriormente / superiormente (flexão sacral) na fase inspiratória.
- c) O diâmetro transversal aumenta, enquanto o diâmetro anteroposterior diminui com o vértice se tornando achatado na fase expiratória.
- d) O diâmetro transversal diminui enquanto o diâmetro anteroposterior aumenta com o vértice se tornando mais elevado na fase inspiratória.
- e) A base sacra move-se anteriormente / inferiormente (flexão sacral) na fase inspiratória.

**37) Em qual seio venoso o tentório do cerebelo se encontra com a foice do cérebro, formando a verdadeira “membrana recíproca de tensão”?**

- a) Seio occipital.
- b) Seio sigmoide.
- c) Seio reto.
- d) Seio transverso.
- e) Seio sagital inferior.

**38) As membranas de tensão recíproca se comportam de que maneira, durante o movimento de flexão craniana?**

- a) A foice do cérebro move posteriormente e superiormente; o tentório do cerebelo sobe.
- b) A foice do cérebro move posteriormente e inferiormente; o tentório do cerebelo sobe.
- c) A foice do cérebro move anteriormente e superiormente; o tentório do cerebelo desce.
- d) A foice do cérebro move posteriormente e inferiormente; o tentório do cerebelo desce.
- e) A foice do cérebro move anteriormente e inferiormente; o tentório do cerebelo achata.

**39) O fato dos neurônios se encontrarem mais próximos de seus potenciais de ação é característico do conceito de:**

- a) Facilitação medular
- b) Hiper mobilidade
- c) Hipomobilidade
- d) Hiperatividade do SNA
- e) Hiperatividade do motoneurônio gama

**40) Respirar é um processo automático pelo qual quimiorreceptores centrais e sensores periféricos detectam alterações nos níveis de dióxido de carbono e continuamente encaminham dados ao bulbo e este então dirige os músculos respiratórios, que ajustam a ventilação. Onde estão localizados esses quimiorreceptores centrais e sensores periféricos?**

- a) Próximo a ponte, nervo Vago
- b) Próximo ao bulbo, corpo carótico e no arco aórtico
- c) Próximo ao mesencéfalo, artérias Coronárias
- d) No córtex cerebral, veia Cava inferior
- e) No cerebelo e veia Jugular

### QUESTÕES DISCURSIVAS

1) Uma das etiologias da cefaleia tensional inclui contratura crônica da musculatura cervical, do crânio e da face, somado a alterações vasomotoras. Normalmente está associada a ansiedade e dificuldades de dormir. (1) Cite no mínimo 4 alterações causadas por uma disfunção somática, (2) quais os principais locais, mínimo 3, onde havendo as alterações supracitadas, como repercutem e poderiam estar associadas à cefaléia de tensão que devem ser avaliados e tratados. (3) Para finalizar sugira condutas de avaliação das relações citadas, citando no mínimo 2 dados de avaliação, nomes de testes, sendo mínimo 1 ortopédico, 1 vascular e 3 testes osteopáticos.



2) Paciente mulher de 20 anos chega ao seu consultório relatando quadro dismenorréia há quatro meses. Durante a anamnese a paciente referiu histórico de queda de bicicleta com choque sobre a região do osso temporal a direita ("ptérion"), na guia (meio-fio) há um ano. Com base nestes dados, (1) relacionado à queixa da paciente, quais os ossos envolvidos (em disfunção- mínimo 2) e através de que estrutura (uma estrutura de ligação) estas possíveis disfunções nestes ossos podem estar associados à dismenorréia e como poderia alterar o funcionamento de no mínimo dois sistemas, e por fim (2) qual seria a sua abordagem osteopática, levando em consideração a relação anatômica e neuro-hormonal?