

**EXAME DE CONHECIMENTO PARA CONCESSÃO DE REGISTRO
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA
NEUROFUNCIONAL NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE**

Nome do(a) Candidato(a)

Número de Documento

--	--

Este caderno de questões está assim constituído:

DISCIPLINAS	Nº QUESTÕES
Conhecimento específico	40
Discursiva	02
Total de questões	42

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
 NEUROFUNCIONAL NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE**

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) Em se tratando das diversas técnicas terapêuticas utilizadas no tratamento de crianças com disfunções neurológicas, analise as sentenças abaixo e, a seguir, assinale a alternativa CORRETA.

I- Entre os benefícios do treino locomotor com suporte parcial de peso, podem ser relacionados: o treino precoce e desenvolvimento da marcha; a descarga de peso que previne a osteopenia; a melhora do retorno venoso, entre outras.

II- Adeli suit, TheraSuit e PediaSuit são baseadas no uso de vestes terapêuticas combinadas com a fisioterapia intensiva, havendo relatos de melhora da função motora, da estabilidade vertical, do controle de tronco, da simetria, da velocidade e da cadência da marcha.

III- A Terapia por Contensão Induzida, vem sendo utilizada para o tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de Paralisia Cerebral, visando promover a utilização do membro superior acometido, demonstrando bons resultados, especialmente nos casos de GMFCS nível V.

- a) Apenas a sentença I está correta.
- b) Apenas a sentença II está correta.
- c) Apenas a sentença III está correta.
- d) As sentenças I e III estão corretas.
- e) As sentenças I e II estão corretas.

2) Com relação à artrogripose múltipla congênita (AMC), analise as sentenças abaixo e, a seguir, assinale a alternativa CORRETA.

I- É uma condição clínica caracterizada por múltiplas contraturas articulares, de caráter progressivo, que acometem duas ou mais articulações, e pode ser detectada ao nascimento.

II- Sugere-se que associação recentemente descrita entre a infecção congênita pelo Zika vírus se deve ao provável tropismo do vírus pelos neurônios fetais, ocasionando a diminuição da motilidade fetal intrauterina com subseqüentes contraturas musculares.

III- O diagnóstico da AMC é essencialmente clínico, podendo ser detectada redução da motilidade do feto intra-útero, por meio da ultrassonografia, o que, no entanto, representa uma estimativa baixa de diagnóstico visto que tal fator é pouco investigado no pré-natal.

- a) Apenas a sentença I está correta.
- b) Apenas a sentença II está correta.
- c) Apenas a sentença III está correta.
- d) As sentenças II e III estão corretas.
- e) As sentenças I e III estão corretas.

3) Considerando o mecanismo de transmissão do impulso nervoso na placa motora e a fisiologia da contração muscular, assinale, a seguir, a alternativa que justifica a utilização da toxina botulínica “tipo A” como adjuvante no tratamento da espasticidade, em neurologia.

- a) O medicamento inibe a liberação da acetilcolina na fenda sináptica o que promoverá o influxo de cálcio do meio extracelular para o intracelular, impossibilitando o mecanismo de contração muscular esquelética.
- b) O medicamento inibe a liberação da acetilcolina na fenda sináptica o que impedirá o influxo de sódio do meio

extracelular para o intracelular, impossibilitando a despolarização e conseqüente liberação do cálcio pelos retículos sarcoplasmáticos, inviabilizando o mecanismo de contração muscular.

c) O medicamento inibe a liberação da acetilcolina na fenda sináptica o que impedirá o influxo de potássio do meio extracelular para o intracelular, impossibilitando a despolarização e conseqüente liberação do cálcio pelos retículos sarcoplasmáticos, inviabilizando o mecanismo de contração muscular.

d) O medicamento promove a liberação da acetilcolina na fenda sináptica o que impedirá o influxo de sódio do meio extracelular para o intracelular, impossibilitando a despolarização e conseqüente liberação do cálcio pelos retículos sarcoplasmáticos, inviabilizando o mecanismo de relaxamento muscular.

e) O medicamento promove a liberação da acetilcolina na fenda sináptica o que impedirá a ação da bomba de cálcio e promoverá a contração lenta da fibra muscular e o retardo de seu relaxamento.

4) Uma criança com diagnóstico de Paralisia Cerebral (diparética espástica, GMFCS III) e Estrabismo acompanhado de Ambliopia, em uso de oclusão monocular, inicia treino de marcha, durante as sessões de fisioterapia. Diante de tais informações, assinale as sentenças abaixo e assinale a alternativa CORRETA.

I- O fisioterapeuta deve estar atento à possibilidade de dificuldade da criança para a identificação de profundidade o que pode impactar diretamente em seu desempenho durante a atividade da marcha.

II- O tratamento da marcha somente deverá ser iniciado tão logo haja a resolução do quadro de estrabismo e ambliopia.

III- O treino de marcha voltado à criança com o quadro clínico descrito acima não deve ser considerado de caráter funcional.

- a) Apenas a sentença I está correta.
- b) Apenas a sentença II está correta.
- c) Apenas a sentença III está correta.
- d) As sentenças II e III estão corretas.
- e) As sentenças I e III estão corretas.

5) Sobre a plasticidade neural, leia as afirmativas abaixo e em seguida assinale a alternativa CORRETA:

I- A plasticidade neural ocorre somente nos primeiros dois anos de vida. A partir daí os ganhos acontecem por conta de adaptações e compensações, não sendo mais possível uma recuperação funcional adequada.

II- A plasticidade neural ocorre exclusivamente no sistema nervoso central, porém estas mudanças refletem em mudanças indiretas no sistema nervoso periféricos.

III- As células de Schwann favorecem a regeneração axonal no sistema nervoso periférico.

IV- A plasticidade neural após uma lesão do SN ocorre somente nos 6 primeiros meses pós lesão, isto justifica as técnicas e recomendações de estimulação precoce preconizadas atualmente.

V- A prática baseada na atividade, a repetição e a motivação favorecem o aprendizado motor levando a mudanças estruturais no sistema nervoso.

Sendo assim:

- a) Somente as afirmativas I, III e V estão corretas.
- b) Somente as afirmativas III, V estão corretas.

- c) Somente as afirmativas I, II e IV estão incorretas.
- d) Somente a afirmativa V está correta.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

6) Mariana, 3 anos de idade, com diagnóstico de Paralisia Cerebral espástica dipléica, apresenta instabilidade de quadril bilateral. Seu quadro indica limitação da amplitude de movimento e tração/hipertonía. No caso de Mariana para que a estabilidade da articulação do quadril seja mantida é necessário:

- a) no mínimo 450 de abdução e prevenção de contratura de quadril em flexão maior que 20 a 250.
- b) no mínimo 300 de abdução e prevenção de contratura de quadril em flexão maior que 20 a 250.
- c) no máximo 200 de abdução e prevenção de contratura de quadril em flexão menor que 20 a 250.
- d) no máximo 900 de abdução e prevenção de contratura de quadril em flexão menor que 20 a 250.
- e) no mínimo 600 de abdução e prevenção de contratura de quadril em flexão menor que 20 a 250.

7) Carlos Eduardo, 2 anos de idade, é uma criança com diagnóstico de Paralisia Cerebral espástica quadripléica GMFCS 3. Carlos foi submetido a avaliação fisioterapêutica, e foi observado durante a avaliação da cintura escapular que a estabilidade escapular dinâmica apresenta falha em seu desenvolvimento, pois sua escápula está fixa em:

- a) rotação superior e posição inclinada anteriormente.
- b) rotação inferior e posição neutra.
- c) rotação inferior e posição inclinada anteriormente.
- d) rotação superior e posição inclinada posteriormente.
- e) rotação inferior e posição inclinada posteriormente.

8) Murilo apresenta hemiparesia à esquerda decorrente de acidente vascular cerebral. Na infância os acidentes vasculares podem ser classificados em: (1) primário, aqueles cujas afecções tem natureza idiopática, e (2) secundário, aqueles com etiologia definida. No caso de Murilo foi classificado como primário, que é caracterizado por:

- a) cardiopatias, erros inatos do metabolismo e enxaqueca hemipléica.
- b) arteriosclerose, embolia gasosa e distúrbios metabólicos.
- c) embolia gordurosa, aneurismas e doenças hematológicas.
- d) displasia fibromuscular, hemiplegia aguda da infância e enxaqueca hemipléica.
- e) colagenoses, doenças hematológicas e hemiplegia aguda da infância.

9) Luiz Henrique, 5 anos de idade, foi diagnosticado por volta de 3 anos com transtorno do espectro do autismo. Desde seu diagnóstico, Luiz Henrique realiza fisioterapia e terapia ocupacional. Quais são as características que o tratamento de Luiz Henrique deve seguir?

- a) Manutenção do horário da sessão, do espaço terapêutico e dos participantes da sessão, sendo o instrumento o ponto fundamental de inserção da pessoa, e mudanças podem ser inseridas a cada sessão.
- b) Variação do horário da sessão e do espaço terapêutico, a manutenção dos participantes da sessão e

dos instrumentos, sendo o diálogo como ponto fundamental de inserção da pessoa.

c) Manutenção do horário da sessão e do espaço terapêutico, variação dos participantes da sessão e dos instrumentos, sendo este o ponto fundamental de inserção da pessoa.

d) Variação do horário da sessão, do espaço terapêutico, dos participantes da sessão e dos instrumentos a cada sessão, sendo os instrumentos o ponto fundamental da inserção da pessoa.

e) Manutenção do espaço terapêutico, do horário da sessão, dos participantes da sessão, dos instrumentos; sendo que as mudanças do plano terapêutico devem ser feitas com planejamento.

10) Maria Clara, 14 anos de idade, tem mielomeningocele com nível neurológico L3-L4. Com base no nível neurológico de Maria Clara, indique a função muscular preservada e as possibilidades de mobilidade externa e domiciliar de Maria Clara:

a) musculatura flexora de quadril e extensora de joelho totalmente preservada, musculatura flexora de joelho com grau <3 de força muscular e traço de atividade em extensores e adutores de quadril. Dependente de cadeira de rodas para mobilidade externa. Deambulador domiciliar com órtese e dispositivos auxiliares.

b) musculatura flexora de quadril pobre, elevadores da pelve totalmente preservados, e com ausência de atividade muscular em extensores de joelho. Dependente de cadeira de rodas para mobilidade externa. Deambulador domiciliar com órtese e dispositivos auxiliares.

c) musculatura flexora de quadril e extensora de joelho preservada, musculatura flexora de joelho com grau <3 de força muscular e traço de atividade em extensores e adutores de quadril. Dependente de cadeira de rodas para mobilidade interna e externa.

d) musculatura extensora e abduzora de quadril com grau 2-3 de força muscular, musculatura flexora de joelhos com grau >3 de força muscular, musculatura flexora plantar com grau <3 de força muscular. Deambulador comunitário com necessidade de órtese anti-equino. Cadeira de rodas apenas para longas distâncias externas

e) Nenhuma das alternativas.

11) Com relação aos Reflexos Primitivos, analise as sentenças abaixo:

I – O examinador fricciona a região paravertebral com o dedo e a criança forma com o corpo um arco com a concavidade voltada para a direção do estímulo (figura 1)



Figura 1
Fonte: Flehming, 2002

II – O examinador segura firmemente o lactente horizontalmente, por baixo do tronco, mantendo-o no ar. A cabeça ergue-se automaticamente e as pernas acompanham a extensão (conforme figura 2)



Figura 2
Fonte: Flehming, 2002

Essas sentenças correspondem, respectivamente, aos Reflexos Primitivos:

- Reflexo Tônico Cervical Simétrico e Reflexo Tônico Labiríntico.
- Reflexo de Marcha e Reflexo de Moro.
- Reflexo de Galant e Reflexo de Landau.
- Reflexo de Landau e Reflexo de Babinski.
- Reflexo de Moro e Reflexo Tônico Cervical Assimétrico.

12) De acordo com as sentenças abaixo, assinale a alternativa CORRETA referente ao GMFCS:

I – Os utilizadores do GMFCS são encorajados a terem em atenção o impacto que os fatores ambientais e pessoais podem ter naquilo em que as crianças e jovens são observados ou que é reportado a fazerem.

II – A ênfase é dada ao desempenho habitual em casa, na escola e em espaços da comunidade.

III – A versão alargada do GMFCS inclui uma faixa etária compreendida entre os 10 e 20 anos e enfatiza os conceitos inerentes à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

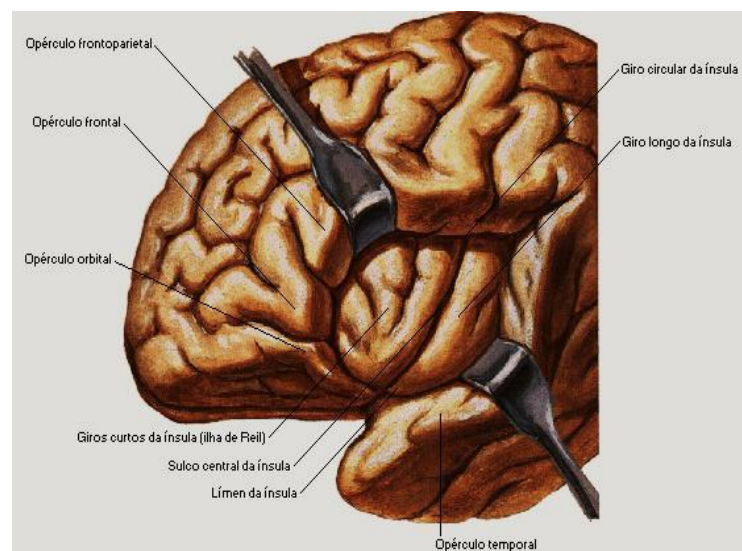
- As afirmativas I e III estão corretas.
- As afirmativas I e II estão corretas.
- Apenas a afirmativa III está correta.
- Apenas a afirmativa II está correta.
- Apenas a afirmativa I está correta.

13) A Síndrome de West foi descrita em 1841 pelo Dr. West. O mesmo escreveu uma carta ao editor do "The Lancet" relatando espasmos em flexão que se repetiam diariamente em ataques de 10 a 20 contrações em seu filho. Essa doença normalmente acomete indivíduos do sexo masculino e consiste numa tríade caracterizada por:

- Atraso no desenvolvimento, espasmos infantis e traçado eletroencefalográfico com padrão de hipsarritmia.
- Espasmos infantis, estereotípias nas mãos e deficiência intelectual.
- Deficiência intelectual, traçado eletroencefalográfico com padrão de hipsarritmia e Anomalia Cardíaca.
- Hipotonia global, aumento do espaço do 1º e 2º artelhos, epilepsias.

e) Frouxidão ligamentar, fraqueza muscular, espasticidade.

14) Sabe-se que a anatomia macroscópica do Telencéfalo é formada por sulcos e giros divididos em lobos (Frontal, Temporal, Parietal, Occipital e Ínsula). O Lobo da Ínsula é visualizado afastando-se os lábios do sulco lateral do cérebro (figura abaixo), cuja função responsável é:



Fonte: Netter, 2000

- Área da audição.
- Área da fala.
- Área da visão.
- Área motora.
- Área do paladar.

15) A lesão do plexo braquial é definida como uma lesão por tração ou compressão, tendo como fatores obstétricos de riscos, o peso excessivo do feto, a desproporção céfalo-pélvica, a posição do feto, entre outros. Nas crianças, na paralisia do plexo braquial, denominada Klumpke (paralisia baixa) clinicamente, o membro superior, apresenta-se:

- Em extensão de cotovelo e rotação interna de ombro.
- Em rotação externa de ombro e pronação do antebraço.
- Em flexão de cotovelo e pronação do antebraço.
- Em rotação interna de ombro e pronação do antebraço.
- Em flexão de cotovelo e supinação de antebraço.

16) O prognóstico da função motora da pessoa com paralisia cerebral até os 18 anos pode ser baseado nas curvas do desenvolvimento motor para cada nível do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Por essa curva, espera-se que a criança alcance 90% do seu potencial motor em determinada idade: a idade-90. Sobre a idade-90, considera-se:

- Que a progressão do desenvolvimento atinge seu ápice mais rapidamente nas crianças de nível V, por volta dos 2 anos e sete meses.
- Que o nível I é o que tem pior prognóstico da função motora, mantendo a locomoção dependente em cadeira de rodas mecânica.
- Que o nível III é idêntico ao nível II, tanto em relação ao momento de alcance da idade-90, 3 anos e sete

meses, quanto ao prognóstico de uso de cadeira de rodas por volta dos 15 anos de idade.

d) Que o prognóstico para o nível 5 é a manutenção da marcha independente até os 18 anos.

e) Que o prognóstico para o ápice do potencial motor para o nível IV é aos 2 anos e 10 meses, com marcha com muletas.

17) A Escala de Mobilidade Funcional (FMS) classifica o desempenho da mobilidade da criança com base em:

a) Tempo utilizado para percorrer 500 metros.

b) Distância percorrida em 10 minutos.

c) Utilização de dispositivos de suporte para locomoção.

d) Utilização de órteses do tipo AFO/KAFO/HKAFO.

e) Distância percorrida em 6 minutos.

18) A Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) é um teste observacional no qual o observador identifica a Janela de habilidades motoras. Sobre essa janela, podemos dizer que:

a) É o limite composto pelo item mais desenvolvido e o menos desenvolvido, em cada subescala, que não são observados durante a avaliação, mas que são esperados para a faixa etária da criança.

b) É o limite composto pelo item mais desenvolvido e o menos desenvolvido, em cada subescala, que são observados durante a avaliação.

c) É a soma dos itens observados durante a avaliação e os esperados para a faixa etária da criança, em cada subescala.

d) É a soma de todos os itens observados durante a avaliação.

e) É a diferença entre os itens observados durante a avaliação e os esperados para a faixa etária da criança.

19) Em relação à criança com Paralisia Cerebral, para a avaliação da capacidade de tolerância aos exercícios, principalmente em relação a marcha em grandes distâncias, pode-se utilizar:

a) O Test of Infant Motor Performance (TIMP).

b) O Timed Up and Go (TUG).

c) O Teste de caminhada de 6 minutos.

d) O Teste da Função Motora Grossa - 88 (GMFM-88).

e) O Teste da Função Motora Grossa - 66 (GMFM-66).

20) O Gross Motor Function Measure (GMFM) tem como objetivo quantificar mudanças na função motora grossa de crianças PC ao longo do tempo. Em relação às crianças com desenvolvimento típico espera-se:

a) Que consigam desempenhar todos os itens até os 5 anos de idade.

b) Que consigam desempenhar todos os itens até os 3 anos de idade.

c) Que consigam desempenhar todos os itens até os 7 anos de idade.

d) Que apresentem as mudanças da função motora grossa em idade similar às crianças PC GMFCS nível V.

e) Que apresentem as mudanças da função motora grossa em idade superior às crianças PC GMFCS nível V.

21) Na má formação congênita do tubo neural denominada Mielomeningocele, o nível do comprometimento medular pode variar, assim como a

função muscular preservada. Em relação aos níveis medulares de L1-L3, a função muscular possível será:

a) Apenas dos músculos do tronco.

b) Todos os músculos do tronco, flexores, abdutores e adutores de quadril, mínima de extensores de joelho e flexores dorsais de tornozelo.

c) Todos os músculos do tronco e dos membros inferiores, exceto os flexores plantares e eversores de tornozelo e flexores dos dedos.

d) Todos os músculos do tronco, flexores e adutores de quadril e mínima de extensores de joelho.

e) Todos os músculos do tronco e os extensores do quadril.

22) Os comprometimentos secundários são comuns nas condições de saúde por comprometimento do Sistema Nervoso Central. Em relação à Mielomeningocele, os comprometimentos secundários para níveis de lesão T6-T12 são:

a) Cifoescoliose e pé torto.

b) Lordose lombar.

c) Nenhum comprometimento secundário.

d) Somente úlceras de calcâneo.

e) Somente escoliose lombar.

23) Em relação às crianças com Mielomeningocele, as que possuem lesões em níveis lombares são estimuladas a deambular e as com comprometimentos em níveis medulares mais altos têm maior probabilidade de fazer uso constante da cadeira de rodas. Independentemente da forma de mobilidade que a criança venha a desenvolver, os objetivos da fisioterapia devem envolver:

a) Ativar e aumentar a força dos músculos inervados; adquirir o controle postural e mobilidade funcional; prevenir deformidades musculoesqueléticas, dor e úlceras de pressão.

b) Adquirir a função da musculatura não preservada; deambular de forma independente sem dispositivos de auxílio; prevenir deformidades secundárias.

c) Estimular a marcha independente sem uso de dispositivos de auxílio em qualquer nível de lesão.

d) Prevenir atrasos cognitivos.

e) Controlar desvios comportamentais.

24) Estímulos sensoriais proprioceptivo, tátil e vestibular podem ser utilizados antes de atividades funcionais no tratamento fisioterapêutico de crianças com alterações neuromotoras. Seria uma ação passiva como preparação para uma atividade com objetivo de:

a) Regularizar a reatividade sensorial e melhorar a organização do comportamento.

b) Inibir o tônus muscular anormal.

c) Inibir a resposta de reflexos primitivos persistentes.

d) Diminuir a frequência e duração da atividade a ser realizada.

e) Aumentar a resposta sensorial durante a execução da atividade.

25) Em relação ao uso de órtese para Mielomeningocele nível S1-2 é recomendável:

a) Prescrever a órtese tornozelo-pé ou órtese supramaleolar ou adaptação de calçados ou até nenhuma órtese, dependendo da função muscular possível.

b) Para esses níveis, nenhuma órtese deverá ser prescrita independentemente da função muscular possível.

c) Prescrever a órtese toracolombossacral junto com a órtese tornozelo-pé.

d) Sempre prescrever a órtese quadril Joelho-tornozelo-pé quando função muscular esperada para o nível medular estiver totalmente preservada.

e) Preferencialmente prescrever a órtese toracolombossacral quando a função muscular esperada para o nível medular estiver totalmente preservada.

26) Em relação à prescrição de órteses para membros inferiores para crianças com paralisia cerebral, deve-se ter como objetivos:

a) Para crianças com paralisia cerebral órteses para membros inferiores só devem ser prescritas quando existir a possibilidade de marcha independente.

b) Corrigir e/ou prevenir deformidades; melhorar a base de suporte e a estabilidade do no apoio; facilitar o treino de habilidades; melhorar a eficiência da marcha.

c) Prevenir deformidades e alcançar a marcha independente.

d) Apenas melhorar a eficiência da marcha.

e) Apenas para prevenir deformidades.

27) É considerada uma implicação do uso contínuo de órtese suropodálica em crianças com paralisia cerebral:

a) Acentuação da fraqueza muscular do tríceps sural.

b) Acentuação da fraqueza muscular do bíceps femoral.

c) Restrição da amplitude articular de flexão do quadril.

d) Restrição da amplitude articular de adução do quadril.

e) Aumento da retroversão femoral.

28) O Brasil vivenciou um aumento alarmante de casos de microcefalia em decorrência do surto de infecção pelo vírus Zika. Nesse caso, a microcefalia é uma má formação congênita do sistema nervoso central. O tamanho e peso reduzidos do cérebro na microcefalia decorrem de alteração do processo de desenvolvimento pré-natal:

a) Neurulação.

b) Migração neural.

c) Indução Ventral.

d) Proliferação neural

e) Mielinização.

29) A pessoa com Síndrome de Down tem como deficiências a hipotonia muscular generalizada, a fraqueza muscular e a hiper mobilidade articular. A hiper mobilidade da articulação atlanto-axial pode causar lesão medular e alguns sinais clínicos são considerados de alerta. São eles:

a) Alterações de marcha, retenção urinária, torcicolo, movimento relutante de pescoço e aumento dos reflexos tendinosos profundos.

b) Ptose palpebral, disfagia e disartria.

c) Confusão mental, hipertonia muscular, rigidez articular cervical.

d) Sudorese intensa, disartria e rigidez cervical.

e) Rigidez cervical, hipertonia muscular, disfagia, ptose palpebral.

30) Com base nas curvas de desenvolvimento motor (GMFM) qual é a idade esperada para que as crianças com paralisia cerebral classificadas como nível III na escala de classificação da função motora grossa (GMFCS) alcancem 90% do seu potencial motor?

a) 4 anos e 8 meses.

b) 4 anos e 4 meses.

c) 3 anos e 7 meses.

d) 3 anos e 5 meses.

e) 6 anos e 5 meses.

31) Paciente hipotético, L.R.S, diplégico, tônus espástico, apresenta um índice de migração da cabeça femoral ou índice de Reimers (IR) de 40% bilateralmente. Marque a alternativa abaixo referente ao IR e o grau de estabilidade articular do quadril deste paciente:

a) Quadril luxado.

b) Quadril normal.

c) Quadril subluxado.

d) Quadril a risco de luxação.

e) Quadril deslocado.

32) Paciente hipotético, R.O.E, 5 anos de idade, diagnosticado ao nascimento com mielomeningocele, apresenta um nível motor S1. Com base em seus conhecimentos, marque abaixo qual a órtese mais indicada para que esse paciente deambule independentemente:

a) Órtese tonozelo-pé – AFO.

b) Órtese joelho-tornozelo-pé – KAFO.

c) Órtese quadril Joelho-tornozelo-pé – HKAFO.

d) Órtese de reciprocção – RGO.

e) Órtese quadril Joelho-tornozelo-pé – HKAFO e cinto pélvico.

33) Com base na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF) as crianças com síndrome de Down apresentam no domínio estrutura e função do corpo as seguintes deficiências, exceto:

a) Frouxidão ligamentar.

b) Hipotonia muscular.

c) Instabilidade atlanto-axial.

d) Hiperreflexia.

e) Fraqueza muscular.

34) São possíveis complicações em crianças portadoras de mielomeningocele, EXCETO:

a) Hipossensibilidade ao látex.

b) Medula presa.

c) Bloqueio das derivações ou válvulas.

d) Infecções urinárias.

e) Hidrocefalia.

35) Estudos sugerem que é possível uma mudança contínua do mapa cortical dependendo do feedback proprioceptivo do membro estimulado. Esse “remapeamento por feedback” pode desempenhar um papel fundamental no controle motor, permitindo que o córtex motor controle de forma flexível diferentes aspectos do movimento. Em relação a importância da aferência sensorial no controle motor, é correto afirmar:

a) A informação aferente é obrigatória para a existência de movimento voluntário.

- b) A informação aferente tem papel importante no processo de aprendizado motor.
- c) A informação aferente não interfere de forma relevante na adaptação do movimento frente à uma perturbação.
- d) A informação aferente definida pelo processo de sensibilização é a última etapa do controle do movimento.
- e) Embora auxilie no controle motor, a informação aferente não é capaz de interferir no processo de plasticidade neural.

36) Antes de discutir os procedimentos de intervenção terapêutica, o fisioterapeuta neurofuncional deve identificar o ambiente de aprendizado em que o paciente vai atuar. Além disso, ele deve determinar as estratégias de tratamento que serão utilizadas para ajudar o paciente a atingir os resultados desejados.

I – Treinamento por compensação.

II – Treinamento por substituição.

III – Treinamento por habituação.

IV – Adaptação neural.

() Provocação de sintomas com base na atividade com o objetivo de redução dos sintomas à prática repetida.

() Estimular as alterações na estrutura e na função do sistema nervoso à prática repetitiva com atenção.

() Ensinar o paciente a usar um sistema sensorial ou grupo muscular diferente para suprir a função de outro sistema perdido.

() Uso de um dispositivo auxiliar ou órtese para ganho de uma funcionalidade perdida.

A sequência CORRETA está em:

- a) III, II, IV e I.
- b) II, III, IV e I.
- c) III, IV, II e I.
- d) II, IV, I e III.
- e) III, IV, I e II.

37) Em relação ao desenvolvimento da marcha humana, o deslocamento do corpo é assumido pela atividade motora rítmica ou cíclica que é organizada principalmente por um “gerador de padrão central” (*Central Pattern Generator* - CPG).

I- O CPG também é considerado como uma rede neural mais geral que coordena a atividade de múltiplos músculos em sinergias posturais.

II- A expressão do primeiro nível do CPG ocorre antes que o bebê seja capaz de sentar-se de forma independente (5-6 meses de idade)

III- A atividade do segundo nível de CPG emerge aos 9 meses de idade e é capaz de modular com precisão a amplitude das sinergias posturais.

De acordo com as sentenças acima, assinale a alternativa CORRETA.

- a) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- b) Somente a afirmativa III está correta.
- c) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
- d) Somete as afirmativas II e III estão corretas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

38) O córtex cerebral possui funções específicas e diferenciadas. O córtex motor, pré-motor e somatosensorial ficam em quais lobos cerebrais?

- a) Frontal, Temporal e Parietal.
- b) Parietal, Frontal e Occipital.

- c) Frontal, Frontal e Parietal.
- d) Todos no lobo Frontal.
- e) Occipital, Frontal e Temporal.

39) Recentes estudos confirmam que diversas estratégias de tratamento são capazes de modular a excitabilidade neural e promover mudanças estruturais no sistema nervoso. Atualmente, se preconiza que as estratégias fisioterapêuticas para crianças com disfunções neurológicas deva ser baseada em:

I- evidência científica e preferências das crianças

II- atividades funcionais direcionada à objetivos específicos

III- contextos ambientais relevantes

IV- informação aos familiares para que dêem suporte e realizem todas as tarefas para a criança

V- exercícios passivos e alongamento no início dos primeiros minutos de todo atendimento fisioterapêutico.

De acordo com as sentenças acima, assinale a alternativa CORRETA.

- a) Somente as afirmativas I, II e V estão corretas.
- b) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- c) Somente as afirmativas II, IV e V estão corretas.
- d) Somete as afirmativas I, III e V estão corretas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

40) Ao ser manipulada por fisioterapeuta, uma criança de nove anos de idade, portadora de um quadro de hipertonía devido a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), apresentou, durante a maior parte da amplitude de movimento de extensão do cotovelo, aumento do tônus, com uma grande resistência durante todo arco até a amplitude final. De acordo com a Escala Modificada de Ashworth, esse paciente apresenta uma hipertonía de grau:

- a) 1+
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 1

