

**EXAME DE CONHECIMENTO PARA CONCESSÃO DE REGISTRO
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA
TRAUMATO - ORTOPÉDICA**

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 TRAUMATO - ORTOPÉDICA**
 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) Na cadeia cinética fechada (CCF) as articulações terminais encontram uma resistência externa considerável que impede ou restringe sua movimentação livre. Sobre as características comuns da CCF podemos afirmar:

- a) Reduz a propriocepção em virtude de menor número de mecanorreceptores estimulados.
- b) Instabilidade proporcionada pela congruência articular
- c) Recrutamento de contrações musculares que são predominantemente concêntricas.
- d) Independência do movimento articular.
- e) Geram maiores forças compressivas articulares e resultam em menor cisalhamento.

2) A cápsula articular está limitando o movimento e deve responder as técnicas de mobilização articular se o seguinte sinal estiver presente:

- a) A amplitude de movimento ativa dessa articulação estiver limitada a um padrão capsular.
- b) A mobilidade intra articular se mostrar aumentada.
- c) Sensação terminal capsular firme quando se aplica pressão adicional aos tecidos.
- d) Se não houver dor.
- e) Ausência de aderência ou contratura ligamentar.

3) Dentre as adaptações fisiológicas ao exercício resistido com o treinamento de força é CORRETO afirmar:

- a) Aumenta a densidade dos leitos capilares.
- b) Há hipertrofia de fibras musculares, maior nas fibras de tipo II.
- c) Aumenta a densidade e volume mitocondrial.
- d) Reduz a força tensiva de tendões.
- e) Reduz o recrutamento de unidades motoras.

4) A respeito dos exercícios resistidos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Quando se utiliza pesos livres para exercícios de fortalecimento em CCA, a resistência será sempre a mesma ao longo de todo arco de movimento.
- b) O uso de elásticos para se realizar o fortalecimento do músculo redondo menor gerará um aumento da resistência conforme a amplitude de rotação lateral do ombro aumenta.
- c) A resistência manual imposta pelo fisioterapeuta não deve ser usada na reabilitação por não se poder quantificar a carga gerada durante o movimento.
- d) Para o fortalecimento dos músculos extensores de joelho a cadeira extensora é frequentemente utilizada. Estes equipamentos que utilizam o sistema de polias são considerados equipamentos de resistência constante.
- e) O exercício isotônico excêntrico exige maior recrutamento do número de fibras musculares para gerar a mesma força que o isotônico concêntrico, portanto exige menos da musculatura.

5) Artrodese é a fusão cirúrgica das superfícies de uma articulação. A posição ideal depende, até certo ponto, das necessidades funcionais de cada paciente e pode variar levemente em algumas articulações. Em

relação a posição ideal para artrodese, nas articulações citadas abaixo, é correto afirmar:

- a) Cotovelo = 70 a 90 graus de flexão.
- b) Ombro = 40 graus de abdução.
- c) Punho = leve flexão.
- d) Tibiotalar = 80 graus dorsiflexão.
- e) Quadril = 30 graus flexão.

6) Sobre as fraturas do sistema ósseo assinale a alternativa INCORRETA:

- a) É um processo mecânico que desencadeia processos biológicos como a formação de calo e a remodelação, necessitando de um aporte sanguíneo intacto.
- b) No momento da lesão rompe vasos internos e periostais, onde são liberados agentes bioquímicos para ajudar a induzir a consolidação.
- c) O suprimento vascular necessário para a consolidação também é derivado dos tecidos moles circundantes ao local da fratura.
- d) Fatores relacionados aos mecanismos de lesão, como: direção e deslocamento de fragmentos interferem na consolidação, não tendo relação com o prognóstico do paciente.
- e) Além das lesões ósseas podem ocorrer complicações como lesões do sistema nervoso periférico e vasculares.

7) Os testes clínicos para diagnóstico da Síndrome do Túnel do carpo são:

- a) Testes de Phalen, Finkelstein e Froment.
- b) Testes de Tinel, Phalen e Durkan.
- c) Testes de Tinel, Phalen e Froment.
- d) Testes de Tinel, Phalen e Allen.
- e) Testes de Froment, Phalen e Durkan.

8) A Paralisia Braquial Obstétrica completa envolve as fibras de todos os segmentos espinhais que formam o plexo braquial e quando há avulsão intra-espinhais da raiz de T1, com comprometimento das fibras simpáticas há a presença de uma síndrome que se caracteriza por diminuição da sudorese, miose pupilar e ptose palpebral na hemiface ipsilateral. O nome dessa Síndrome é:

- a) Síndrome de Klumpke.
- b) Síndrome de Erb-Duchenne.
- c) Síndrome de Horner.
- d) Síndrome de Turner.
- e) Síndrome de Klinefelter.

9) A fratura distal do rádio é a lesão no punho mais comum em todas as faixas etárias e podem ser classificadas em Fratura de Colles quando há a completa fratura do rádio com luxação dorsal do fragmento distal, Fratura de Smith quando há a completa fratura do rádio com luxação volar (ou palmar) do fragmento distal, Fratura de Barton quando envolve uma fratura articular dorsal ou volar do rádio distal com subluxação do punho e a Fratura em fivela ou Buckle fracture que é uma fratura incompleta do rádio distal, sem luxação, que costuma ocorrer em crianças. A reabilitação após a fratura de rádio é quase uniforme entre estes tipos de fratura. Em relação aos objetivos e tratamento fisioterapêutico na fase inicial (0 a 6 semanas) dessas fraturas assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O movimento ativo do ombro e cotovelo é ipsilateral é usado para evitar ombro ou cotovelo congelado.
- b) O edema pode ser reduzido estimulando a elevação da mão acima do nível do coração associado a mobilização ativa frequente de flexão e extensão dos dedos e também pode-se envolver a mão e os dedos em bandagens elásticas compressivas.
- c) Nessa fase não devemos encorajar o uso funcional da mão, nem para atividades leves pois ainda a fratura não está totalmente consolidada.
- d) A massagem cicatricial (para fraturas tratadas cirurgicamente) pode ser iniciada nessa fase e auxilia na redução das aderências nas áreas das incisões.
- e) O cotovelo permanece imobilizado de 3 a 4 semanas para evitar a prono-supinação nos tratamentos conservadores de fraturas estáveis.

10) As fraturas do escafoide podem ocorrer em qualquer local do osso (pólo distal, pólo proximal, tubérculo) e podem ser classificadas em estáveis ou instáveis. As complicações mais comuns são o retardo de consolidação e a pseudoartrose. Nas fraturas tratadas conservadoramente e nas tratadas cirurgicamente com redução aberta e fixação interna (RAFI) em que o paciente permanece com um aparelho de gesso curto nas duas primeiras semanas a principal recomendação em relação aos movimentos ativos das articulações livres é:

- a) Evitar a flexão e extensão ativa de cotovelo.
- b) Evitar a flexão e extensão ativa de cotovelo e a supinação e pronação ativa do antebraço.
- c) Evitar os exercícios ativos livres do ombro e cotovelo.
- d) Evitar exercícios isométricos dos músculos do ombro e cotovelo.
- e) Evitar a supinação e pronação ativa do antebraço.

11) Sobre a inervação dos músculos que atuam no ombro, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O nervo torácico longo é responsável pela inervação do músculo serrátil anterior.
- b) O músculo bíceps braquial é innervado pelo axilar.
- c) O nervo musculocutâneo é responsável pelos flexores do cotovelo apresentando um ramo associado no músculo deltóide.
- d) O nervo supraescapular atua na inervação dos rotadores internos do ombro.
- e) O nervo acessório é responsável pela inervação dos rombóides e do deltóide.

12) As afirmações a seguir são relacionadas as fraturas do úmero:

I- As fraturas do úmero proximal têm maior incidência na população idosa, decorrente de quedas da própria altura.

II- Nas fraturas diafisárias, dentre as complicações está a lesão do nervo radial que tende a levar a perda de extensão do punho e dedos além da adução do polegar.

III- Nas fraturas distais a rigidez do cotovelo é uma complicação comum principalmente nas lesões intra-articulares.

A partir do apresentado assinale a alternativa CORRETA:

- a) I e II são verdadeiras.
- b) I, II e III são verdadeiras.
- c) I e III são verdadeiras.
- d) Apenas II é verdadeira.
- e) Todas são falsas.

13) Com relação à avaliação de pacientes com dor lombar, alguns testes podem ser realizados, como o teste de Thomas, teste de Sorensen e ponte lateral. Estes testes avaliam respectivamente:

- a) Flexibilidade de reto femoral, resistência de reto abdominal e resistência de oblíquo abdominal.
- b) Resistência de iliopsoas, flexibilidade de eretores de tronco e resistência de reto abdominal.
- c) Resistência de reto abdominal, resistência de eretores de tronco e resistência de quadrado lombar.
- d) Flexibilidade de iliopsoas, resistência de eretores de tronco e resistência de quadrado lombar.
- e) Flexibilidade de reto abdominal, resistência de eretores de tronco e flexibilidade de quadrado lombar.

14) É parte integrante do tratamento do paciente com dores na coluna de origem degenerativa a sua educação. A educação do paciente inclui, EXCETO:

- a) Orientar o paciente sobre modos seguros de se movimentar.
- b) Orientar o paciente sobre as posturas que ele deve priorizar a fim de reduzir a dor.
- c) Informar o paciente sobre seu prognóstico e inseri-lo como parte ativa de seu processo de recuperação.
- d) Mostrar ao paciente a gravidade de sua lesão para que ele tenha medo de se movimentar e faça o máximo de repouso possível, a fim de não piorar o seu quadro algíco.
- e) Informar ao paciente sobre a redução de carga, incluindo a diminuição de peso corporal.

15) Em relação à ação muscular na coluna lombar assinale a alternativa CORRETA.

- a) Os músculos responsáveis pela estabilização são fásicos, com origem e inserções próximas e ventre muscular delgado.
- b) Os músculos oblíquo externo, oblíquo interno e transversos do abdômen têm como principal função a produção de movimento de flexão anterior de tronco.
- c) Os músculos multifídeos são multissegmentados e responsáveis pela estabilização da coluna lombar e da articulação sacro-ilíacas.
- d) O sistema de estabilização é composto pelos subsistemas neural, responsável pelo controle motor e sistema muscular, responsável pela estabilização da coluna.
- e) Os músculos reto abdominal, oblíquos e transversos abdominais inserem-se na fáscia tóraco-lombar e por isso atuam como estabilizadores da coluna e diminuem a tensão sobre os eretores.

16) Com relação à artrocinemática da coluna, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Os movimentos da coluna podem ocorrer nos três planos de movimento: sagital, frontal e horizontal.
- b) Os movimentos de flexão e extensão da coluna ocorrem graças a grande amplitude de movimento descritas em cada articulação intervertebral.

- c) Auxiliando para que o movimento aconteça, entre os corpos vertebrais há os discos intervertebrais, constituídos por um núcleo pulposo e um ânulo fibroso.
- d) Limitando o movimento de flexão e estabilizando a coluna, existe o ligamento longitudinal posterior.
- e) Além de movimentos de flexão e extensão no plano sagital, também podem ser descritos na coluna movimentos de flexão lateral que ocorrem no plano frontal.

17) As alternativas a seguir descrevem princípios de tratamento para a dor lombar. Assinale a alternativa INCORRETA.

- a) O treinamento de estabilização vertebral é importante para a melhora do controle e da coordenação do movimento, podendo ser realizado inicialmente por meio de técnicas de co-contração muscular e balanço pélvico.
- b) Movimentos de co-contração abdominal são importantes, pois levam a uma ativação conjunta de multífidos e transversos abdominais que são importantes estabilizadores da coluna.
- c) Manobras de inclinação pélvica anterior e posterior devem ser estimuladas nas posturas em que o paciente relata dor com o objetivo de melhorar a tolerância do paciente a estas posturas.
- d) Exercícios proprioceptivos ou de estimulação motor-sensorial são importantes para a melhora dos reflexos posturais para produção de uma maior atividade dos músculos estabilizadores posturais.
- e) Em fases agudas de dor lombar deve-se orientar o repouso e apenas técnicas de analgesia devem ser realizadas, sendo contra-indicados os exercícios físicos.

18) Em relação à cinesiologia do quadril, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O encurtamento dos músculos isquiotibiais leva a pelve em anteversão e diminuição da amplitude de flexão do quadril com joelho em extensão.
- b) A ação unilateral do músculo iliopsoas leva a uma rotação do fêmur sobre a pelve quando associado a um sinergismo do músculo reto abdominal.
- c) A posição pélvica em anteversão favorece a maior atividade do músculo glúteo médio.
- d) A flexão do quadril é a posição de maior estabilidade da articulação coxo-femoral devido à total cobertura da cabeça do fêmur pelo acetábulo.
- e) A posição do quadril em 60° de flexão favorece a maior ação do músculo piriforme como rotador externo.

19) Durante o movimento de rotação externa do quadril, é CORRETO afirmar:

- a) Há um deslizamento posterior da cabeça do fêmur e aumento da tensão do ligamento redondo.
- b) Há um deslizamento anterior da cabeça do fêmur e aumento da tensão do ligamento redondo.
- c) Há um deslizamento superior da cabeça do fêmur e aumento da tensão dos ligamentos ílio-femoral e pubo-femoral.
- d) Há um deslizamento posterior da cabeça do fêmur e aumento da tensão do ligamento isquiofemoral.
- e) Há um deslizamento anterior da cabeça do fêmur e aumento da tensão dos ligamentos ílio-femoral e pubo-femoral.

20) Sobre o impacto femoro acetabular assinale a alternativa CORRETA.

- a) O impacto femoro-acetabular (IFA) é definido como o contato anormal entre o colo do fêmur e a extremidade posterior do acetábulo.
- b) O teste de FABERE (flexão, abdução e rotação externa) é patognomônico do IFA.
- c) O IFA tipo PINCER é caracterizado pelo aumento anormal da região do colo femoral.
- d) Tanto o IFA tipo CAM como o tipo PINCER são, em geral, mais pronunciados quando o movimento de flexão excessiva do quadril é associada a rotação interna e adução.
- e) No IFA tipo CAM a principal estrutura lesionada é o labrum.

21) Os meniscos são estruturas importantes para a congruência articular e conseqüentemente para a biomecânica dessa articulação. Analise as afirmações abaixo e assinale a alternativa CORRETA.

I – Os meniscos tem como função: amortecer o impacto entre o fêmur e a tíbia, aliviar a pressão sobre a cartilagem articular, aumentar a área de contato femorotibial, auxiliar na nutrição da cartilagem, auxiliar na estabilização e limitar a hiperflexão e hiperextensão.

II – Há vários testes específicos para o segmento do joelho, para avaliar as lesões meniscais o teste de McMurray é utilizado para diagnosticar a lesão do corno anterior do menisco.

III – O tratamento conservador das lesões meniscais devem ter por objetivo melhorar a força muscular, amplitude de movimento, restaurar o controle sensorio motor e a funcionalidade dos membros inferiores.

- a) As alternativas I e III estão corretas.
- b) Somente a alternativa II está correta.
- c) As alternativas II e III estão corretas.
- d) Somente a Alternativa I está correta.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

22) Para conduzir o fisioterapeuta em uma avaliação dos quadris, a realização de testes especiais em conjunto com os achados clínicos é fundamental. Sendo que cada teste identifica os possíveis locais causadores de algias e alterações nas estruturas musculoesqueléticas dos quadris. Assinale a alternativa INCORRETA, sobre o teste especial e a estrutura do quadril a qual avalia:

- a) Teste de FABER ou de Patrick é o teste de triagem para disfunção da articulação sacroilíaca, lombar ou do quadril ou espasmo do iliopsoas.
- b) Teste de Craig é o teste usado para avaliar a anteversão/retroversão femoral.
- c) O Sinal de Trendelenburg é indicativo de fraqueza do músculo glúteo médio durante a sustentação de peso unilateral.
- d) Teste de elevação da perna reta 90-90 avalia o comprimento do bíceps femoral (dos isquiotibiais).
- e) Teste de flexão-adução é utilizado como triagem para a patologia precoce do quadril.

23) Sabe-se que as fraturas proximais do fêmur em idosos representam um sério problema dentro do

contexto da saúde pública devido aos elevados custos econômicos para o tratamento e as suas consequências, assim como pela alta taxa de morbidade e mortalidade. Considerando essas informações, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O treino de marcha precoce aumenta o risco de complicações clínicas e maior tempo de hospitalização.
- b) O treino de marcha deve ser iniciado somente após a total consolidação óssea para evitar o risco de falha mecânica dos implantes.
- c) Estudos apontam que o treino de marcha realizado no 1º e 2º dia de pós-operatório diminuiu o tempo de internação.
- d) O treino de marcha deve ser realizado sem uso de dispositivo auxiliar.
- e) Pacientes submetidos à prótese de quadril apresentam pior prognóstico de funcionalidade quando comparados a pacientes submetidos a outros implantes cirúrgicos.

24) Sobre as doenças do quadril pediátrico, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O escorregamento epifisário proximal do fêmur (EPPF) é definido como o deslocamento da cabeça femoral em relação ao colo e diáfise femorais.
- b) O EPPF ocorre após o fechamento da placa epifisária. Luxação, subluxação ou instabilidade do quadril podem ser sequelas do EPPF.
- c) Legg-Perthes-Calvé (LPC) é uma necrose avascular da cabeça femoral que acomete crianças.
- d) Diferença de comprimento de membro pode ser uma seqüela tanto do EPPF quanto do LPC.
- e) O sinal de Drehmann é patognomônico do EPPF.

25) Paciente, vítima de acidente de moto, sofreu fratura diafisária de fêmur sendo submetido a fixação interna com haste intramedular. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) A haste intramedular é um método de fixação relativa, portanto, não há formação de calo ósseo visível ao raio-x.
- b) A fixação interna através da haste intramedular nas fraturas de fêmur permite sustentação de peso precoce comparada com a fixação por placas e parafusos.
- c) O músculo grácil e sua fáscia podem tornar-se aderentes ao local fraturado e pode ficar afetado o mecanismo de deslizamento.
- d) O sinal de Trendelenburg raramente é observado nestes pacientes.
- e) Este método de tratamento não permite exercícios de amplitude de movimento por quatro semanas de pós-operatório.

26) Sobre a articulação femoropatelar assinale a alternativa CORRETA:

- a) O ângulo do quadríceps (Q) é uma medida para avaliar a tração lateral do quadríceps em relação à patela e em mulheres saudáveis varia de 7 a 13 graus.
- b) A maior área de contato entre a patela e o fêmur é entre os ângulos de 40 e 20 graus de flexão do joelho.
- c) Os retináculos medial e lateral são estabilizadores dinâmicos da patela.
- d) A configuração óssea da tróclea é um estabilizador estático da patela.

e) A orientação das fibras oblíquas do vasto medial (VMO) se opõe a tração medial do quadríceps sobre a patela.

27) Pacientes que apresentam algum processo inflamatório na articulação do joelho podem desenvolver a tendinite da pata de ganso. Sobre essa afecção assinale a alternativa CORRETA:

- a) Pacientes referem dor na região lateral do joelho, próximo a inserção do trato iliotibial.
- b) Pacientes referem dor na região posterior do joelho, na topografia da inserção dos tendões bíceps femoral, semitendíneo e sartório.
- c) Pacientes referem dor na região medial do joelho, na topografia da inserção dos tendões semitendíneo, grácil e sartório.
- d) Pacientes referem dor na região medial do joelho, na topografia da inserção dos tendões sartório, semimembranáceo e semitendíneo.
- e) Pacientes referem dor na região anterior do joelho, na topografia da inserção do tendão patelar.

28) A fotobiomodulação pode ser definida pela capacidade celular em interagir com certos tipos de luz dependendo de seu comprimento de onda, densidade de energia e potência. Dentre os agentes eletrofísicos podemos destacar o laser de baixa intensidade (LBI) o qual apresenta esses efeitos fotobiomoduladores. Sobre este agente assinale a alternativa CORRETA:

- a) O LBI provoca resposta térmica nos tecidos, podendo ser utilizado em inúmeras áreas como corte cirúrgico e coagulação, oftalmologia, dermatologia e fisioterapia.
- b) O LBI de hélio-neônio produz um feixe infravermelho característico de um comprimento de onda de 632,8 nm.
- c) O LBI apresenta efeitos na velocidade de cicatrização de feridas e úlceras, intensificando o mecanismo celular.
- d) O LBI de arseneto-gálio produz um feixe vermelho característico de um comprimento de onda de 904nm.
- e) A dose ou densidade de energia do LBI é o único parâmetro que devemos levar em consideração na prescrição deste agente eletrofísico.

29) Dentre as lesões ligamentares do joelho, o ligamento cruzado anterior (LCA) é o que apresenta o maior diagnóstico de ruptura na literatura. Dentre um dos fatores que podem influenciar é o sexo, onde a mulheres apresentam maior índice de lesão do LCA. Sobre os fatores etiológicos dessa lesão em mulheres analise as afirmativas abaixo:

I- Incisura Femoral – incisura intercondilar mais alargada nas mulheres.

II- Alinhamento anatômico – diferenças na largura pélvica e no ângulo tibiofemoral.

III- Influência Hormonal.

IV- Tamanho do LCA é menor nas mulheres.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) II, III e IV estão corretas.
- b) I, II e IV estão corretas.
- c) I, II, III estão corretas.
- d) I, III e IV estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

30) Sobre artroplastia total de joelho é CORRETO afirmar que:

- a) Deve-se orientar ao paciente usar um coxim embaixo do joelho para evitar a extensão completa e consequentemente aliviar a dor.
- b) Estudos apontam que, em longo prazo, o ganho de amplitude de movimento e mobilidade é maior em pacientes que usam a máquina para mobilização contínua passiva (MCP) do que em pacientes que realizam somente exercícios para ganho de ADM.
- c) Exercícios para ganho de amplitude de movimento devem ser iniciados após a retirada dos pontos, que geralmente é no 10º dia de pós-operatório, para evitar deiscência na cicatriz.
- d) Pacientes submetidos a próteses fixadas com cimento a marcha com andador e descarga de peso conforme dor é permitida logo após a cirurgia.
- e) A amplitude funcional mínima de flexão esperada no final do tratamento é de 60°.

31) As fraturas do platô tibial envolvem o aspecto proximal ou metáfise da tíbia e, frequentemente, também a superfície articular. Sobre as fraturas articulares, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O uso da máquina de mobilização contínua passiva (MCP) é contra-indicado devido a necessidade de imobilidade no foco de fratura nas primeiras semanas de redução aberta e fixação interna.
- b) A osteoartrite secundária associada ao mau alinhamento articular é uma complicação frequente que pode ser evitada com restrição de movimento no pós-operatório imediato.
- c) Essas fraturas são estabilizadas, preferencialmente, com materiais de síntese que permitem estabilidade absoluta e consolidação primária, desta forma espera-se a formação do calo ósseo.
- d) A descarga de peso sobre o membro fraturado varia de acordo com a gravidade do trauma e estabilidade alcançada após a cirurgia.
- e) No pós-operatório de fratura do platô tibial o joelho deverá ficar imobilizado por 12 semanas.

32) Um dos grandes desafios na cirurgia e na reabilitação da mão é a restauração da função tendinosa após sua lesão. Apesar da grande variação de agentes causadores, o ferimento corto-contuso (FCC) com vidro apresenta-se com elevada frequência. A partir do exposto, leia atentamente as afirmativas abaixo:

I- O principal objetivo após o FCC com lesão tendinosa é o deslizamento e a transmissão de forças pelo tendão, sem aderências. Sendo que o reparo cirúrgico, o tipo de cicatrização tendinosa e a reabilitação pós-operatória são fatores que irão interferir na reabilitação do indivíduo.

II- Sabe-se que tendões mobilizados precocemente após uma tenorrafia não completam uma fase exsudativa definida, e ganham força, aparentemente através de um mecanismo de cicatrização intrínseca, com uma notável diminuição na formação de aderências.

III- O protocolo de Duran Modificado consiste, em sua fase inicial (até a 4ª semana), no uso de uma órtese dorsal protetora com flexão de punho e

metacarpofalangeanas e as interfalangeanas em posição neutra, sendo realizado nessa fase somente o exercício ativo de flexão composta das articulações interfalangeanas distais.

A partir das informações, assinale a alternativa CORRETA:

- a) I e II estão corretas.
- b) II e III estão corretas.
- c) Todas as alternativas estão corretas.
- d) Somente a II está correta.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

33) As duas articulações tibiofibulares (proximal e distal) são descritas como articulações individuais, mas de fato funcionam como um par. Estas articulações apresentam um movimento relativamente pequeno, sendo a proximal considerada uma articulação sinovial e a distal um articulação fibrosa sinartrodial. Assinale a alternativa CORRETA, sobre a influência do tornozelo nos movimentos dessas articulações:

I- A supinação do pé produz deslizamento distal e posterior da cabeça da fíbula.

II- A pronação produz deslizamento proximal e anterior, com rotação externa da fíbula.

III- A flexão plantar do pé produz deslizamento distal, com leve rotação medial da fíbula.

IV- A dorsiflexão do tornozelo produz deslizamento proximal. E a fíbula roda externamente ao redor de seu eixo longitudinal.

- a) II, III e IV estão corretas.
- b) I, II e IV estão corretas.
- c) I, II e III estão corretas.
- d) I, III e IV estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

34) Dentro os aspectos abordados em uma avaliação da articulação do tornozelo realizam-se testes especiais para uma eficiente avaliação e precisão para um correto diagnóstico cinético funcional. Para identificarmos os testes especiais utilizados para avaliar a integridade das estruturas musculoesqueléticas dos tornozelos, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Sinal da Ondulação é positivo para a ruptura do ligamento calcaneofibular.
- b) Teste de inclinação talar avalia a possibilidade de distensão ligamentar.
- c) Teste da gaveta anterior é realizado para estimar a estabilidade do ligamento talofibular anterior.
- d) Teste de Kleiger (rotação externa) analisa a integridade do complexo do ligamento deltóide.
- e) Sinal da ondulação é positivo para a ruptura do ligamento talofibular anterior.

35) A coalizão tarsal caracteriza-se pela fusão anormal entre dois ou mais ossos do tarso. Esta conexão pode ser do tipo cartilaginosa, fibrosa ou óssea. Os tipos com maior significado clínico são aqueles das regiões média e posterior do pé. A maioria é bilateral, e as coalizões calcaneonavicular e talocalcânea são as mais comuns. Sobre os achados clínicos de adolescentes acometidos com a colizão

tarsal, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa CORRETA:

I- Apresenta tipicamente dor vaga e tem início gradual, que podem ser exacerbados pelo treinamento atlético.

II- Entorse de tornozelos frequentes.

III- Músculos fibulares tensos.

IV- Não há limitação de movimento subtalar em comparação com o outro pé.

- a) II, III e IV estão corretas.
- b) I, II e IV estão corretas.
- c) I, II e III estão corretas.
- d) I, III e IV estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

36) A entorse é definida como uma lesão que alonga as fibras do ligamento. Sendo a entorse lateral do tornozelo a mais comum em praticantes de esportes e atividades recreacionais. A intervenção conservadora é tida como eficaz na restauração da funcionalidade normal deste tornozelo. Dentro os objetivos traçados para o tratamento conservador em um estágio agudo, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Minimizar a efusão para acelerar a cura.
- b) Descarga de peso precoce, mesmo se não tolerado.
- c) Promover precocemente o início dos movimentos.
- d) Prevenção de novas lesões.
- e) Retorno protegido às atividades.

37) Em relação a coluna lombar assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Os ligamentos íliolombares são importantes limitadores do movimento de inclinação de toda a coluna lombar.
- b) A orientação facetária da coluna lombar favorece o movimento de flexão e extensão.
- c) Na charneira lombo-sacra existe grande tendência de deslizamento anterior da quinta lombar o que é limitado pelo pilar articular, ligamentos posteriores e musculatura.
- d) A orientação facetária associada com o disco vertebral limita o movimento de rotação.
- e) O ligamento longitudinal anterior atua limitando o movimento de extensão da coluna.

38) O uso apropriado do exercício terapêutico no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos depende da identificação dos comprometimentos, das limitações funcionais ou das incapacidades. Em muitos casos é possível identificar a estrutura musculoesquelética envolvida e seu estágio inflamatório ou recuperação. Dentre as características e sinais clínicos dos estágios de inflamação, reparo e maturação dos tecidos, nos estágios agudo, subagudo e crônico, podemos identificar:

- a) No estágio agudo, fase de proteção, há dor após encontrar a resistência do tecido.
- b) No estágio subagudo, fase de movimento controlado, o tecido está muito frágil, facilmente lesado, tendo a formação de colágeno.
- c) No estágio crônico, fase de retorno à função, devemos realizar aumento progressivo dos exercícios de alongamento, fortalecimento, treino de resistência à fadiga e exercícios funcionais e específicos.

d) No estágio subagudo, fase de proteção, devemos realizar movimento passivo apenas e exercícios isométricos intermitentes leves com cuidado.

e) No estágio agudo, fase de movimento controlado, devemos realizar exercícios resistidos e estabilização em cadeia aberta e fechada.

39) Sobre a Classificação internacional de funcionalidade (CIF), publicada pela OMS em 2001, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Não deve ser aplicada como critério de avaliação de pacientes ambulatoriais, apenas nos internados em enfermarias.
- b) A CIF é uma classificação multiprofissional que aborda aspectos relacionados as doenças, similar a Classificação Internacional de Doenças - CID .
- c) A CIF vem sendo utilizada apenas na gestão privada por possibilitar a utilização de novos indicadores relacionados ao perfil funcional dos pacientes.
- d) A CIF centra seu cuidado às opiniões de especialistas em cada área, sendo o papel do usuário ser o agente avaliado por questões de doenças e estruturas corporais associando-a à CID.
- e) Uma das vantagens da utilização da CIF é aferir a funcionalidade de maneira reproduzível mundialmente.

40) As fraturas da diáfise tibial são as mais frequentes dentre as dos ossos longos. As classificações das fraturas diafisárias da tibia vão desde as mais simples até as mais complexas com vários traços de fraturas. Quanto mais complexas, maiores as possibilidades de falta de uniformidade. Sobre o(s) equipamento(s) eletrotermofototerapêutico(s) é utilizado para acelerar este processo:

- a) TENS.
- b) Ultra-som.
- c) FES.
- d) Corrente-russa.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

QUESTÕES DISCURSIVAS

1) L.G.H., gênero masculino, 23 anos, motociclista, procedente de São Paulo-Capital, sofreu acidente de moto e chegou ao pronto socorro com fratura oblíqua da diáfise do úmero à esquerda (Figura 1A). Foi submetido a tratamento cirúrgico com placa de compressão e parafusos (Figura 1B -RX com incidência ântero-posterior). Em aproximadamente 20% das fraturas da diáfise do úmero ocorre a paralisia do nervo radial e mais de 90% dessas lesões a recuperação é espontânea, pois essas lesões são classificadas como neuropraxias (segundo a classificação de Sedon).



Em relação ao quadro descrito acima responda:

- a) Devido ao nível da fratura a lesão do nervo radial é classificada com alta. Qual a deformidade clássica da lesão do nervo radial alta?
- b) Qual a disfunção motora (músculos comprometidos) e sensitiva (área com déficit de sensibilidade) resultantes dessa lesão?
- c) Quais os objetivos fisioterapêuticos para o caso descrito acima?

FIGURA 1A: fratura oblíqua da diáfise do úmero à esquerda. 1B: Tratamento cirúrgico com placa de compressão e parafusos.

