



Disciplina/Área

ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA CRIANÇA

Leia estas instruções:

1	Informe seu nome nos dois espaços indicados na parte inferior desta capa. Ao finalizar sua prova, as duas partes onde constam seu nome e o código numérico serão destacadas pelo fiscal. Uma parte será entregue a você e a outra será guardada em um envelope que será lacrado no fim da aplicação.
2	Em atendimento ao Art. 18 da Resolução nº 150/2019-CONSEPE, sua prova será identificada unicamente por esse código numérico, gerado por sorteio na ocasião da impressão da prova.
3	Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
4	Este caderno contém <b>duas</b> questões discursivas, cujas respostas serão avaliadas considerando-se apenas o que estiver escrito no espaço reservado para o texto definitivo, e <b>20 questões</b> de múltipla escolha. Para rascunho, utilize as folhas fornecidas pelo fiscal destinadas a esse fim.
5	Escreva de modo legível, pois dúvida gerada por grafia ou rasura implicará redução de pontos.
6	Cada questão de múltipla escolha apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
7	Interpretar as questões faz parte da avaliação, portanto não peça esclarecimentos aos fiscais.
8	Para responder às questões, recomenda-se o uso de caneta esferográfica de tinta preta, fabricada em material transparente.
9	Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
10	Você dispõe de, no máximo, <b>quatro horas</b> para redigir as respostas das questões discursivas <b>no espaço definitivo</b> deste caderno, responder às questões de múltipla escolha e preencher a <b>Folha de Respostas</b> .
11	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
12	Antes de se retirar definitivamente da sala, <b>devolva</b> ao Fiscal <b>este Caderno</b> e a <b>Folha de Respostas</b> .



Corte aqui

VIA DO ENVELOPE DE SEGURANÇA

Informe seu nome completo: \_\_\_\_\_



Corte aqui

VIA DO CANDIDATO

Informe seu nome completo: \_\_\_\_\_

**COMPROVANTE DO TEMA SORTEADO PARA A PROVA DIDÁTICA**  
**Concurso Público para Professor Efetivo – Edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_-PROGESP**

ÁREA: \_\_\_\_\_  
NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_  
TEMA SORTEADO: \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) - Preenchido pelo chefe de sala  
CHEFE DE SALA: \_\_\_\_\_  
FISCAL: \_\_\_\_\_

## QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA

- 01.** MGI, nasceu com 42 semanas, de parto cesáreo, 52 cm e APGAR 9 (1' e 5') em um hospital público. Os pais relatam que a gestação foi tranquila. Com dois meses de idade, os pais notaram que a criança inclinava a cabeça mais para um dos lados e procuraram o pediatra da unidade básica de saúde mais próxima. A criança foi diagnosticada com torcicolo muscular congênito, sendo encaminhada para serviço de reabilitação municipal, onde realiza acompanhamento fisioterapêutico desde os 6 meses de idade. Atualmente a criança está com 13 meses de idade, apresenta assimetria facial, massa no músculo esternocleidomastoideo, inclinação bastante visível da cabeça, ADM passiva para o lado não afetado <5 graus e com atraso no desenvolvimento motor. O manejo correto deste paciente é:
- A) Introduzir outras intervenções fisioterapêuticas, tal como bandagens elásticas e terapia manual.
  - B) Estimular por meio de programa domiciliar, que os pais realizem os alongamentos para aumentar a ADM.
  - C) Aumentar a frequência de atendimento, a fim de aumentar a ADM e melhorar o desenvolvimento motor.
  - D) Suspender o tratamento fisioterapêutico e encaminhar para diagnóstico diferencial.
- 02.** OPI, nasceu com 38 semanas em um hospital público. Após 4 semanas de nascimento, os pais começaram a perceber a cabeça mais inclinada para o lado direito. Os pais informaram o pediatra, sendo diagnosticado assimetria craniana posicional em decorrência de um leve torcicolo muscular congênito à direita, sendo então encaminhados para programa de intervenção precoce com o fisioterapeuta. Atualmente a criança está com 5 meses de idade, e apresentou na avaliação fisioterapêutica: déficit de ADM de flexão lateral passiva para o lado esquerdo (12 graus), porém sem déficit de rotação, moderada assimetria craniana com achatamento posterior à direita. Na escala motora infantil de Alberta (AIMS) apresentou-se no percentil 50. Os pais relatam que a criança permanece a maior parte do dia, em supino assistindo televisão. Os pais apresentam baixo nível socioeconômico. O manejo correto deste paciente é:
- A) Devido a severidade da assimetria craniana, os pais devem ser orientados a procurar assistência adequada para confecção de uma órtese craniana.
  - B) Orientar os pais a realizarem, dentro de um programa domiciliar, alongamentos para aumentar ADM, bem como evitar que a criança permaneça por longos períodos na mesma posição.
  - C) Desencorajar os pais quanto a um programa domiciliar considerando o baixo nível de recomendação neste caso.
  - D) Iniciar programa de intervenção precoce devido ao atraso no desenvolvimento desta criança.
- 03.** LMP, 13 meses de idade corrigida, sexo masculino, prematuro (32 semanas), com peso adequado para idade gestacional, mãe com 26 anos, ensino médio incompleto, realizou pré-natal durante toda a gestação, cesárea de urgência, APGAR 1'2;5'5. A criança permaneceu hospitalizada por 2 meses, recebendo alta após estabilização do quadro e sendo encaminhada para serviço de acompanhamento de bebês de risco. Na avaliação do fisioterapeuta, observou-se um alto risco de paralisia cerebral, com prognóstico de função motora grossa (GMFCS) no nível V, sendo encaminhada para um serviço de reabilitação. A criança realiza atendimento fisioterapêutico desde os 8 meses de idade, não apresenta controle de cabeça e tronco, bem como possui limitada habilidade manual. A mãe de LMP está preocupada e gostaria que seu filho começasse a andar como as outras crianças da mesma idade. A família apresenta baixo nível socioeconômico e não possui nenhuma tecnologia assistiva. O manejo correto deste paciente é:
- A) Prescrever tecnologia assistiva para aumentar a descarga de peso em pé e prevenir deficiências.
  - B) Orientar a mãe que a marcha da criança será alcançada após 3 anos de idade considerando o GMFCS da criança.
  - C) Orientar a mãe a iniciar um programa de treinamento intensivo para estimular a aquisição da marcha independente.
  - D) Estimular o controle de cabeça e marcha por meio de facilitação e manuseio.

**O caso a seguir serve de referência para as questões 04 e 05**

OTR, sexo masculino, tem 7 anos de idade, diagnóstico de Paralisia cerebral, do tipo bilateral, GMFCS nível II, MACS nível I. Frequenta escola regular, anda sem dispositivo na maioria dos ambientes e usa andador posterior para longas distâncias. É bastante comunicativo, inteligente e adora brincar com os outros colegas. O desejo de OTR é jogar futebol com seus amigos da escola. Na avaliação fisioterapêutica observou-se que OTR tem dificuldade em correr, pular, chutar bola em movimento, bem como tropeça e cai frequentemente quando algum colega esbarra durante a partida, ou por conta do piso da quadra que apresenta desníveis e irregularidades.

**04.** O manejo correto deste paciente é:

- A) Identificar barreiras e facilitadores no ambiente, e trabalhar em parceria com a família e profissionais da escola para promover a participação na atividade desejada.
- B) Orientar a família e criança a escolher outra atividade que ofereça menos riscos de acidentes.
- C) Iniciar atendimento ambulatorial com ORT objetivando promover maior ganho em estrutura e função do corpo, a fim de transferir estes ganhos diretamente para aumentar a participação na atividade escolar desejada.
- D) Explicar à família que devido ao GMFCS da criança, esta atividade desejada não seria a ideal para o mesmo.

**05.** O teste indicado para avaliar a mobilidade motora grossa de alto nível de OTR é o:

- A) Inventário Pediátrico de Incapacidade (PEDI)
- B) Medida da Função Motora Grossa (GMFM)
- C) Teste do Desenvolvimento Motor Grosso (TGMD-2)
- D) Teste de caminhada de seis minutos (TC6m)

**O caso a seguir serve de referência para as questões 06 e 07:**

**06.** TRP, 6 meses de idade, parto vaginal, com uso de fórceps devido à distócia de ombro, mãe com histórico de diabetes gestacional. A criança nasceu com 41 semanas, 4.100 g, 52cm, APGAR 1'8; 5'9. Ao nascimento, o pediatra estabeleceu o diagnóstico de paralisia braquial perinatal do tipo Erb à direita. A mãe e o bebê receberam alta depois de três dias internados para observação. A criança foi encaminhada para ambulatório de neurocirurgia de um hospital de referência da região e posteriormente foi encaminhada ao serviço de fisioterapia. Na avaliação fisioterapêutica, observou-se que a criança apresenta dificuldade de alcançar objetos localizados acima da cabeça com o braço direito, dificuldade em apoiar o braço direito para permanecer sentado e na escala de desenvolvimento motor de Alberta (AIMS) apresentou-se no percentil 4. O manejo correto desta paciente é:

- A) Os pais devem ser orientados a como estimular as habilidades motoras da criança, bem como quanto à prevenção de deficiências.
- B) O braço direito da criança deverá ser imobilizado na maior parte do tempo a fim de prevenir deformidades e encurtamentos.
- C) Considerando que a criança está se desenvolvendo bem, os pais devem ser apenas orientados a continuar realizando alongamentos passivos no braço direito.
- D) Por se tratar de uma lesão permanente, os pais devem ser orientados a apenas acompanhar o desenvolvimento da criança, e entrar novamente em contato se houver alguma preocupação.

**07.** Em crianças mais velhas com paralisia braquial perinatal (> 3 anos) o teste indicado para avaliar limitações no autocuidado é o(a):

- A) Escala Infantil de Motora de Alberta (AIMS)
- B) Medida da Função Motora Grossa (GMFM)
- C) Medida de Participação e do Ambiente (PEM-CY)
- D) Inventário Pediátrico de Incapacidade (PEDI)

**08.** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por uma equipe interdisciplinar, sendo o fisioterapeuta um dos integrantes dessa equipe. A fisioterapia na atenção básica contribui para a promoção da integralidade para a saúde da criança por meio de ações de prevenção primária, secundária e terciária. Tendo como base a atenção fisioterapêutica no contexto da Atenção Básica, considere as seguintes alternativas.

I	A abordagem da fisioterapia na atenção primária à saúde pode ocorrer por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças para crianças com desenvolvimento típico (prevenção primária) e por monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes (prevenção secundária).
II	No contexto da atenção primária à saúde, as abordagens integrais em condições de saúde como asma e paralisia cerebral, não são consideradas dentre as abordagens fisioterapêuticas.
III	Atendimento às demandas individuais e coletivas por meio de visitas domiciliares, atendimentos individuais ou em grupos, palestras e levantamentos epidemiológicos estão entre as ações do fisioterapeuta no contexto da atenção primária.
IV	A identificação e monitoramento de alterações ortopédicas na infância e prevenção de agravos das doenças respiratórias da infância são consideradas ações de prevenção primária para a abordagem fisioterapêutica.

Em relação ao exposto, estão corretas as afirmativas:

- A) III e IV
- B) I e II
- C) II e IV
- D) I e III

**09.** A abordagem centrada na criança e na família se refere a uma filosofia de prestação de serviços em que os cuidados com a criança são inseridos na rotina diária da família. Tendo como base a atenção fisioterapêutica centrada na criança e na família, considere as seguintes alternativas.

I	O desempenho ideal da criança ocorre dentro do ambiente familiar e comunitário, sendo assim, a criança pode ser afetada pela maneira como os outros membros da família enfrentam as situações.
II	O fisioterapeuta deve decidir o grau de envolvimento que a família deve ter na tomada de decisão para o tratamento de sua criança.
III	Cada família é diferente e única e deve ter a responsabilidade parcial pelos cuidados com o filho, visto que o fisioterapeuta é quem mais conhece as necessidades dessa criança.
IV	O envolvimento de todos os membros da família deve ser apoiado e encorajado pelo fisioterapeuta.

Em relação ao exposto, estão corretas as afirmativas:

- A) I e III
- B) I e IV
- C) II e III
- D) II e IV

10. EVD, sexo masculino, 1 ano de idade, diagnóstico de síndrome de Down, com histórico de internações devido a pneumonias recorrentes. A família apresenta bom nível socioeconômico e é muito participativa. Diante da pandemia da COVID-19, os pais de EVD suspenderam o atendimento fisioterapêutico na clínica particular onde ele era acompanhado desde os quatro meses de idade, relatando insegurança e medo de sair de casa com a criança. O manejo correto para esta criança/família é:

- A) O uso de instrumentos padronizados para avaliação de crianças fica comprometido no contexto da telereabilitação, não sendo possível verificar a evolução de EVD, o que prejudicaria o atendimento da criança.
- B) O fisioterapeuta deve orientar aos pais de EVD a manter o atendimento presencial, visto que a criança se encontra no período de maior ganho de habilidades motoras e que a suspensão do tratamento poderá causar a regressão do caso.
- C) O fisioterapeuta deve sugerir atendimento não presencial, utilizando-se de tecnologias de comunicação para prover a reabilitação à distância, visto que esta modalidade de atendimento tem se mostrado viável para muitas famílias.
- D) No contexto da telereabilitação, a intervenção centrada na família fica comprometida pela dificuldade de estabelecer metas e compartilhar o plano terapêutico junto à família de forma remota, não sendo indicada essa modalidade para EVD.

11. O desenvolvimento ocorre a partir da interação de fatores genéticos e/ou hereditários, fatores biológicos e fatores psicossociais ou ambientais. O fisioterapeuta pode atuar diretamente na vigilância do desenvolvimento infantil, considerando suas competências e habilidades específicas. Com relação à vigilância do desenvolvimento infantil, o fisioterapeuta no contexto da Atenção Básica:

- A) Deve-se limitar a avaliar o desenvolvimento infantil com base no descrito na Caderneta de Saúde da Criança, visto que é de fácil aplicação e é utilizada em todo o Brasil.
- B) Pode atuar por meio de ações de reconhecimento de fatores de risco biológicos e ambientais, realização de triagem e encaminhamento para serviços especializados.
- C) Deve estar atento ao reconhecimento dos fatores de risco biológicos, que são aqueles relacionados com a vida em família, no ambiente educacional ou na vizinhança.
- D) Deve utilizar a Vigilância do Desenvolvimento Infantil da Caderneta de Saúde da Criança e o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil da Atenção Integrada das Doenças Prevalentes da Infância para avaliar os diferentes domínios do desenvolvimento com finalidade diagnóstica.

12. A vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil compreende atividades relacionadas com a promoção do desenvolvimento infantil e detecção de alterações, sendo um processo contínuo e flexível que envolve a troca de informações entre os profissionais de saúde, pais e professores. Sobre a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, considere as seguintes alternativas:

I	Os termos crescimento e desenvolvimento infantil são sinônimos e podem ser avaliados com abordagens semelhantes.
II	A vigilância do desenvolvimento infantil envolve estratégias de: prevenção primária, que estão relacionadas à promoção do desenvolvimento; prevenção secundária, como avaliação e intervenção; e prevenção terciária, como nos casos de atrasos ou desenvolvimento atípico.
III	O crescimento se expressa por hipertrofia e hiperplasia das células corporais e deve ser monitorado ao longo dos anos.
IV	O desenvolvimento pode ser avaliado de maneira direta e objetiva, independentemente da idade da criança, utilizando-se para essa finalidade instrumentos como balança e curvas padronizadas de crescimento.

Em relação ao exposto, estão corretas as afirmativas:

- A) III e IV
- B) I e II
- C) I e III
- D) II e III

13. SAD, sexo feminino, nasceu de parto normal, APGAR 1':4, 5':7, apresentação cefálica, prematura (34 semanas) e pequena para a idade gestacional. A mãe, de 16 anos, primípara, ensino fundamental incompleto, não realizou o pré-natal, fez uso de álcool, tabaco e crack durante a gestação. Ao nascimento, SAD apresentou-se hipotônica, reanimada em sala de parto com boa evolução, mantida em breve período em oxigenoterapia e evoluiu com icterícia e sepse, permanecendo internada por 11 dias. A mãe não conseguiu estabelecer vínculo com a filha e a criança está sendo cuidada pela tia, que se preocupa muito com a criança. A família apresenta baixo nível socioeconômico. SAD foi encaminhada para o fisioterapeuta pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O manejo correto do fisioterapeuta para este paciente é:
- A) Avaliar o desenvolvimento da criança utilizando um instrumento padronizado, como o Exame Neurológico Infantil de Hammersmith (HINE), a fim de detectar precocemente disfunções neurológicas.
  - B) Iniciar imediatamente a intervenção fisioterapêutica a nível ambulatorial, considerando que a criança tem fatores de risco importantes e encontra-se no "período sensível" do desenvolvimento.
  - C) Explicar para a família que a intervenção só poderá ser realizada após a criança ser submetida a um exame de ressonância magnética.
  - D) O fisioterapeuta deverá decidir o que a criança precisa em relação à intervenção, sem o apoio da família, visto que a mãe não tem vínculo com a criança.
14. FAO, sexo masculino, idade cronológica de 7 meses. Mãe de 32 anos, gestação sem intercorrências. O lactente nasceu de parto normal com 35 semanas de idade gestacional, pesando 3.100 gramas, 49 cm de comprimento, APGAR 1':3, 5':6. Foi necessária reanimação em sala de parto, intubação traqueal e uso de ventilação mecânica invasiva por 1 dia, CPAP por 2 dias e oxigenoterapia por algumas horas. Exames de neuroimagem demonstraram hemorragia peri-intraventricular grau IV. O melhor instrumento preditivo para identificar risco de paralisia cerebral, considerando a idade de FAO, é:
- A) Medida da Função Motora Grossa (GMFM)
  - B) Inventário Pediátrico de Incapacidade (PEDI)
  - C) Exame Neurológico Infantil de Hammersmith (HINE)
  - D) General Movements Assessment (GMA)
15. A Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) pertencem à "família" das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A família de classificações internacionais da OMS fornece um sistema para codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência em todo o mundo. Sobre a CID e a CIF, marque a alternativa correta:
- A) A CID e a CIF são complementares, onde a CID fornece o "diagnóstico" de doenças e a CIF sobre a funcionalidade e a OMS recomenda utilizar uma ou outra classificação, uma vez que não altera na tomada de decisão clínica.
  - B) A CIF é uma classificação de "consequência da doença", que refere ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa.
  - C) A CID e a CIF se sobrepõem, pois, ambas começam com os sistemas do corpo, onde na CIF, as deficiências referem-se às estruturas e funções do corpo que são em geral, "processo de doença", e, portanto, também utilizadas na CID.
  - D) Duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes alterações de funcionalidade, como também, duas pessoas com a mesma alteração de funcionalidade têm necessariamente a mesma condição de saúde.

16. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) engloba todos os aspectos da saúde humana e os descreve em termos de domínios de saúde e domínios relacionados à saúde. Sobre a CIF, marque a alternativa correta:

- A) A CIF classifica pessoas por meio de categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados à saúde.
- B) A CIF se refere unicamente a pessoas com incapacidade e não se aplica a todas as pessoas.
- C) A CIF-CJ (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Criança e Jovens) foi aprovada pela OMS em 2015 e compartilha as mesmas propriedades e terminologias com a CIF.
- D) A CIF dispõe as informações em duas seções: a primeira parte se refere à Funcionalidade e a segunda, à Incapacidade.

17. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. São diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica:

- A) Integralidade, Coordenação do cuidado e ordenação de Rede
- B) Universalidade, Cuidado centrado na pessoa, Integralidade
- C) Participação da comunidade, Equidade, Resolutividade
- D) Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade e Longitudinalidade do cuidado

18. É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. Esta descrição refere-se ao qual princípio da Atenção Básica:

- A) Integralidade
- B) Cuidado centrado na pessoa
- C) Longitudinalidade do Cuidado
- D) Coordenação do Cuidado

19. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Sobre esta Política considere as seguintes afirmativas:

I	As pessoas com deficiência têm direito a ajudas técnicas e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação.
II	As ações e serviços de reabilitação não podem ser ofertadas em qualquer ponto de atenção da rede pública de saúde.
III	É de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência.

Em relação a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estão corretas as afirmativas:



- A) I e II
- B) I e III
- C) II e III
- D) I, II e III

20. As Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência são documentos orientadores do cuidado em saúde, e têm como objetivo oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado, bem como estratégias para o manejo de forma qualificada e segura na lógica da integralidade e da humanização de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Sobre as diretrizes que fundamenta o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estão corretas as afirmativas:

I	Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva.
II	Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
III	Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania.

- A) I e III
- B) I, II e III
- C) II e III
- D) I e II





## QUESTÃO 2 (5 pontos)

ADB, 6 anos de idade, raça branca, tem diagnóstico de paralisia cerebral (PC) espástica bilateral, classificado na função motora grossa (GMFCS) e na função manual (MACS) no nível III e II, respectivamente. Ao nascimento foi identificado sinais de sofrimento fetal devido a um parto prolongado. A família recebeu o diagnóstico de PC aos 3 anos de idade.

ADB é o primeiro filho do casal, mãe e pai com idade acima de 40 anos, com um alto nível socioeconômico e com acesso a serviços de saúde. A família é muito positiva e participativa na vida criança. A criança frequenta escola regular, faz acompanhamento com fisioterapeuta desde o primeiro ano de vida, bem como realiza natação adaptada em uma academia do seu bairro. Na escola, a criança não participa das atividades de educação física, uma vez que a professora não a inclui nas atividades propostas. Permanece sozinha na hora do recreio, devido à falta de acessibilidade para o pátio, uma vez que sua sala se localiza no segundo andar.

A criança anda a curtas distâncias com uso de andador posterior e, a longas distâncias é guiada por alguém na cadeira de rodas. Apresenta menor velocidade da marcha e dificuldade em mudar sua direção ao usar o andador. Na avaliação do desempenho, foi encontrada restrição nas atividades de autocuidado (alimentar-se e vestir-se). Segundo o relatório escolar, ADB tem cognitivo preservado e acompanha sua turma nas atividades propostas em sala.

O fisioterapeuta em seu exame físico, identificou leve cifoesciose, alterações torsionais e angulares (marcha em *in toe ing* e valgismo de joelhos) em seus membros inferiores (MMII), leve encurtamento da musculatura posterior da coxa, sendo tais alterações parcialmente corrigidas pelo uso da órtese tornozelo pé (AFO) bilateral.

A família de ADB *gostaria que ela melhorasse o andar, e se possível, sem tecnologia assistiva*. Já ADB *gostaria de brincar e participar das atividades com seus colegas na escola*.

Com base no caso clínico:

- A) Relacione as características que estão destacadas no texto com os componentes de saúde da CIF: estrutura e função; atividade; participação; e fatores ambientais e pessoais. (1 ponto)
- B) Cite um instrumento de avaliação para cada componente de saúde: estrutura e função; atividade; participação; e fatores contextuais. (0.5 ponto)
- C) Elabore o diagnóstico fisioterapêutico. (1 ponto)
- D) Estabeleça três objetivos e suas respectivas intervenções fisioterapêuticas. (2,5 pontos)

---

Espaço destinado à Resposta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





