PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NOS MOLDES *FELLOW* DA ÁREA DE ENSINO MULTIPROFISSIONAL** ANO LETIVO 2027.

EDITAL Nº 002/2026



CHAVE DE CORREÇÃO

211 - FISIOTERAPIA EM PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

BANCA ORGANIZADORA

QUESTÃO Nº 1 - 20,00 PONTOS

Criança de 7 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de TDAH, iniciou quadro de cãibras noturna na perna esquerda. A mãe levou a criança a um pronto-socorro, sendo então encaminhada a um ortopedista, que solicitou radiografia dos membros inferiores, a qual evidenciou uma lesão óssea.

Posteriormente, foi encaminhada a um cirurgião oncológico, que a encaminhou para um hospital de referência em oncologia pediátrica. Durante a investigação diagnóstica, realizou cintilografia óssea, que evidenciou hiperfixação anormal do radiotraçador na topografia da tíbia esquerda, em sua metade proximal, com aspecto difuso e heterogêneo e de forte intensidade.

Após a biópsia da lesão, recebeu o diagnóstico de osteossarcoma não metastático da tíbia proximal esquerda, sendo iniciada a quimioterapia neoadjuvante.

Após quatro meses de tratamento neoadjuvante, foi submetido à cirurgia de desarticulação do joelho esquerdo. Iniciou quimioterapia adjuvante, que precisou ser interrompida em dois momentos distintos: em decorrência de deiscência da sutura cirúrgica do coto no pós-operatório imediato e de ototoxicidade durante a continuidade do protocolo quimioterápico.

Após cerca de um ano da cirurgia, a criança sofreu fratura traumática na porção distal do fêmur remanescente, após queda da própria altura em ambiente domiciliar, permanecendo com aparelho gessado por três semanas. Cerca de dez meses após a fratura, a criança recebeu uma prótese de membro inferior compatível com o nível de desarticulação do joelho, com soquete de resina acrílica, joelho endoesquelético de quatro barras com impulsor e pé SACH.

QUESTÃO Nº 1. LETRA A - 5,00 PONTOS

1.a) Considerando as diferentes intercorrências descritas no caso clínico, descreva três possíveis complicações relacionadas ao sistema osteomioarticular da criança durante esse período.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Hipotrofia do coto; perda de força muscular do coto; instalação de deformidades e encurtamentos musculares; alteração de formato do coto; fibroses e aderências cicatriciais.

QUESTÃO Nº 1. LETRA B - 5,00 PONTOS

1.b) Descreva os principais aspectos a serem avaliados para determinar se o paciente apresenta condições para iniciar a protetização do membro inferior após a fratura traumática do coto.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Presença de calo ósseo/remodelamento ósseo; redução de edema local; sensibilidade/ tolerância ao toque principalmente em região distal do coto; força muscular do coto e do membro inferior contralateral; integridade vascular/derme na topografia da fratura; formato do coto.

QUESTÃO Nº 1. LETRA C - 10,00 PONTOS

1.c) Descreva um plano de tratamento fisioterapêutico voltado à reabilitação funcional da criança, contemplando o período pós-operatório da amputação, o período de tratamento quimioterápico e a fase de protetização.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Adaptação de dispositivos auxiliares de marcha (andadores, muletas); Fortalecimento muscular; Enfaixamento e modelamento do coto; Estímulo à dessensibilização do membro amputado e

readaptação de propriocepção; Treino de marcha com muletas; Treino de equilíbrio; Profilaxia de fadiga oncológica/ exercícios aeróbicos/ exercícios resistidos; Treino funcional com prótese de membro inferior: equilíbrio, transferência de peso, sentar/levantar, marcha, subir/descer rampa e degraus, desmame de muletas.

QUESTÃO Nº 2 - 20,00 PONTOS

QUESTÃO Nº 2. LETRA A - 15,00 PONTOS

2.a) Paciente do sexo masculino, de 14 anos, previamente hígido, apresentou quadro de cefaleia intensa, com impacto nas atividades diárias, associada à irritabilidade, à fotofobia e a episódios de vômito. Procurou atendimento médico em diversas ocasiões, sem diagnóstico conclusivo, sendo encaminhado, via SISREG, para um hospital pediátrico com serviço de neurocirurgia, dois meses após o início dos sintomas.

Durante a internação, foi identificada lesão expansiva na fossa posterior, tendo sido submetido à ressecção parcial da lesão. Recebeu alta hospitalar ainda apresentando cefaleia importante. Após revisão anatomopatológica, recebeu o diagnóstico de ependimoma de fossa posterior, grau 3 (OMS, 5ª edição). Foi encaminhado para um hospital especializado em oncologia, onde compareceu pela primeira vez cerca de 45 dias após a cirurgia, sendo definido tratamento exclusivo com radioterapia.

Como não compareceu à consulta de radioterapia, foi feito contato por telefone com a mãe, que informou que o paciente precisou ser submetido a uma nova abordagem no hospital de origem, devido à piora significativa do quadro álgico. Foi diagnosticado com hidrocefalia e submetido à derivação ventricular externa (DVE) de urgência. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência poucos dias após a DVE, sendo realizada nova neuroimagem, que evidenciou aumento expressivo da lesão tumoral, porém sem sinais de hidrocefalia. Realizou nova ressecção tumoral parcial e, após alguns dias, foi submetido à colocação de derivação ventriculoperitoneal (DVP). A ressonância magnética (RNM) de crânio realizada 10 dias após a ressecção mostrou novamente progressão tumoral, com invasão do tronco encefálico. Foi necessária a realização de gastrostomia endoscópica (GTT) e traqueostomia (TQT), devido à dependência de ventilação mecânica e à incapacidade de deglutição.

Nessas condições, foi transferido para a UTI pediátrica do hospital especializado em oncologia no qual havia sido atendido, para continuidade do tratamento oncológico, mantendo-se a indicação de radioterapia. Realizou as 33 sessões de radioterapia em ventilação mecânica, com desmame dificultado pela necessidade de sedação durante as sessões.

Ao exame físico, apresentava tetraplegia flácida (força muscular grau 3 no hemicorpo direito, grau 2 no membro superior esquerdo e grau 1 no membro inferior esquerdo); paralisia facial bilateral, mais acentuada à esquerda; estrabismo convergente, mais acentuado à esquerda; controle de cabeça insatisfatório; e ausência de controle de tronco. Permanecia dependente de ventilação mecânica, mas com abertura ocular espontânea e interação por meio de movimentos da cabeça, dos olhos e do membro superior direito (MSD).

Considerando a internação prolongada na UTI e as condições clínicas e funcionais apresentadas pelo paciente, elabore um programa de atendimento fisioterapêutico, descrevendo seus objetivos e as respectivas condutas.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Prevenir complicações osteomioarticulares: alongamentos, uso de órteses, posicionamentos, cinesioterapia, adequação postural no leito e fora do leito. Desmame ventilatório: treinamento muscular respiratório com ajuste de parâmetros, modos espontâneos de ventilação, macronebulização, treinamento muscular respiratório com dispositivos de carga. Estímulo à funcionalidade dentro das limitações do paciente: saída do leito em cadeira de rodas, incentivo ao uso funcional dos membros superiores, atividades lúdicas ou de comunicação, exercícios de controle de cabeça e tronco. Orientações à família quanto aos manuseios do dispositivo de traqueostomia, incluindo treinamento para aspiração.

QUESTÃO Nº 2. LETRA B - 5,00 PONTOS

2.b) O paciente vinha apresentando melhora motora lenta e gradual e evolução no desmame ventilatório, com redução de parâmetros e alguns períodos em macronebulização, quando, repentinamente, deixou de apresentar drive respiratório espontâneo, apresentou maior sonolência e deixou de movimentar o MSD**.** A RNM realizada ao final das 33 sessões de radioterapia evidenciou: “aumento das dimensões da lesão expansiva localizada na fossa posterior à esquerda, junto ao forame de Luschka, comprimindo a ponte, pedúnculos cerebelares e bulbo, com consequente apagamento das cisternas da base desse lado. A lesão envolve circunferencialmente a artéria vertebral esquerda e parcialmente a basilar. O aspecto sugere progressão de doença”.

Nesse momento, foram definidos cuidados paliativos exclusivos para o paciente. Seguia dependente de ventilação mecânica e, embora apresentasse drive respiratório, não tolerava a redução do suporte ventilatório. Mantinha tetraplegia flácida, mas ainda conseguia se comunicar por movimentos da cabeça. A família manifestou forte desejo de levá-lo para casa. A família reside em uma casa com escadas, localizada em bairro cujo acesso envolve áreas com elevado risco de violência, mas conta com assistência da Clínica da Família responsável pelo território. Dispõe de boa rede de apoio familiar, e a mãe é cuidadora formal de idosos, possuindo experiência na realização dos cuidados necessários ao filho.

Considerando as condições clínicas e funcionais do paciente, as características do domicílio e do território e o desejo manifestado pela família, descreva os principais aspectos e cuidados que devem ser planejados para viabilizar uma desospitalização segura e a continuidade dos cuidados paliativos no domicílio.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Contato com a equipe de atenção básica/clínica da família; treinamento dos familiares (p.ex. aspiração, dieta, medicação); planejamento dos equipamentos necessários para casa (ventilador/bipap, aspirador, oxigênio).

QUESTÃO Nº 3 - 20,00 PONTOS

Paciente do sexo feminino, atualmente com 14 anos de idade. Recebeu o diagnóstico de astrocitoma pilocítico na região parietal esquerda aos 6 anos de idade. Os tratamentos iniciais realizados foram ressecção parcial do tumor, correspondente a cerca de 80% da lesão, e quimioterapia pelo protocolo para Glioma de Baixo Grau, durante cerca de 2 anos.

Ao final dessa fase do tratamento, apresentava hemiparesia direita, com maior comprometimento funcional do membro superior, acompanhada de limitação da amplitude de movimento para

dorsiflexão do tornozelo e para extensão do cotovelo e do punho. Deambulava sem apoio, porém realizava descarga de peso no antepé, com redução do tempo de apoio sobre o membro inferior direito. Apresentava compensações de tronco, com inclinação lateral, durante a fase de balanço da marcha. A paciente referia quedas frequentes e dificuldade para realizar de atividades que requeriam o uso coordenado das duas mãos, principalmente as atividades escolares.

QUESTÃO Nº 3. LETRA A - 10,00 PONTOS

3.a) Elabore um programa de atendimento fisioterapêutico descrevendo três objetivos prioritários e as respectivas condutas fisioterapêuticas.

Após 2 anos do término do tratamento, a paciente evoluiu com piora dos sintomas, e os exames de imagem mostraram aumento do tumor, desta vez considerado inoperável. Retomou a quimioterapia com outro esquema de fármacos antineoplásicas por 52 semanas e manteve-se estável, ainda que com sequelas motoras leves.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Ganho de amplitude de movimento em MID e MSD: exercícios de alongamentos passivos e ativos; uso de órteses; exercícios funcionais.

Melhora da função e coordenação bimanual: atividades com objetos que necessitem uso de ambas as mãos, como jogos terapêuticos de arremesso e alcance; treinos de atividades funcionais como vestir-se ou uso de materiais escolares.

Melhoria do padrão de marcha: treino de descarga de peso em MID; treino de marcha em esteira ergométrica; exercícios em superfície instável; exercícios de propriocepção com o MID (superfícies irregulares; gameterapia; descarga de peso no MID).

Após novo período sem tratamento, de cerca de 18 meses, apresentou cefaleia e vômitos, sendo constatado novo aumento do tumor. Foi submetida à derivação ventriculoperitoneal e à cirurgia de ressecção parcial. Desta vez, não foi retomada a quimioterapia, uma vez que já havia realizado os protocolos disponíveis para sua patologia. Atualmente, encontra-se aguardando nova abordagem cirúrgica, pois, mais recentemente, apresentou piora motora, principalmente pelo agravamento da espasticidade no membro superior direito (MSD), além de *déficit* cognitivo e disfagia.

A paciente reside com sua mãe, seu padrasto e sua cachorrinha de estimação, pela qual tem grande afeição. Mora em uma das maiores favelas da cidade, e seu domicílio está localizado em uma área sem acesso por via plana, sendo necessário o deslocamento por escadas. Necessita de transporte público, porém não há linhas com pontos de parada próximos à sua casa. Recentemente, a situação de violência comunitária se agravou significativamente, e ela precisou interromper as atividades extracurriculares que frequentava em uma ONG. Frequenta regularmente uma escola pública, sem auxílio de mediadores. Sua mãe trabalha informalmente vendendo doces, pois precisa acompanhá-la nas consultas e nos tratamentos. Seu padrasto, com quem ela não tem um bom relacionamento, é o principal mantenedor financeiro da família. Sua avó materna e sua madrinha residem nas proximidades e, apesar de trabalharem formalmente, estão sempre disponíveis para auxiliar nos cuidados com a paciente. Apesar das dificuldades, é uma adolescente extrovertida, comunicativa

e mantém fortes vínculos afetivos com a comunidade escolar e com a equipe que a assiste no hospital onde realiza o tratamento.

QUESTÃO Nº 3. LETRA B - 5,00 PONTOS

3.b) Tendo em vista a programação cirúrgica, descreva as condutas fisioterapêuticas e as orientações domiciliares que devem ser adotadas como parte da pré-habilitação operatória.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Exercícios respiratórios, otimização do condicionamento cardiovascular com exercícios aeróbicos de média intensidade, orientações para manutenção da funcionalidade atual, encaminhamento para equipe multidisciplinar (fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia).

QUESTÃO Nº 3. LETRA C - 5,00 PONTOS

3.c) Com base na CIF, identifique e descreva os principais fatores ambientais envolvidos na condição de saúde da paciente, classificando-os como facilitadores ou barreiras.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Facilitadores: personalidade da paciente, rede de apoio familiar, frequência à escola. Barreiras: acessibilidade ao domicílio; necessidade de transporte público; violência comunitária; ausência de mediador escolar; conflitos com o padrasto.

QUESTÃO Nº 4 - 20,00 PONTOS

Paciente do sexo masculino, de 5 anos de idade, iniciou quadro de inapetência e dor nos pés, mais intensa à direita e associada à deambulação por longas distâncias. Procurou atendimento em diversos locais, sem alterações nos exames de imagem, sendo medicado com anti-inflamatório. Mesmo após 10 dias de medicação, não houve melhora, e o paciente evoluiu com dor intensa na coluna lombar. Procurou, então, um hospital infantil, onde, mais uma vez, os exames de imagem não evidenciaram alterações, sendo encaminhado a um reumatologista. Como a criança já havia parado de andar devido ao quadro álgico, a família realizou hemograma na rede privada, que apontou suspeita de leucemia. Foi levado a uma consulta com hematologista particular, que repetiu os exames e diagnosticou leucemia linfoblástica aguda (LLA), encaminhando-o para internação de emergência em um hospital geral pelo SUS. Como não havia hematologista naquela unidade, foi regulado para um hospital oncológico, ao qual chegou aproximadamente um mês após o início dos sintomas. Iniciou imediatamente o tratamento com corticoide e quimioterapia.

Foi avaliado pela equipe de fisioterapia na primeira semana de internação. Apresentava hipotrofia muscular global decorrente de perda ponderal acentuada, sem encurtamentos musculares, com fraqueza dos músculos extensores dos joelhos (grau 4-), porém não foi possível avaliar adequadamente os demais grupamentos musculares em razão da dor. Conseguia sentar-se com apoio mínimo e tolerava permanecer em pé com apoio por pouco tempo, queixando-se de dor na região do calcâneo. Ao longo das semanas seguintes, evoluiu com dor na região dorsal, e a RNM evidenciou fraturas patológicas com achatamento dos corpos vertebrais de T7, T8, T11 e L1, com canal medular preservado. A equipe de neurocirurgia foi consultada e não indicou abordagem cirúrgica, recomendando a adaptação de órtese para estabilização da coluna vertebral.

QUESTÃO Nº 4. LETRA A - 5,00 PONTOS

4.a) Indique o tipo de órtese que poderia ser utilizado nesse paciente e descreva as principais orientações quanto a seu uso.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Colete rígido toracolombar, devendo ser usado o máximo de tempo possível, conforme tolerância, e obrigatoriamente ao sentar-se ou ficar de pé.

QUESTÃO Nº 4. LETRA B - 5,00 PONTOS

4.b) Visando à reabilitação funcional do paciente, neste momento, descreva um plano de tratamento fisioterapêutico a ser realizado durante a internação, considerando suas condições clínicas e funcionais.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Orientações para evitar rotação do tronco durante as mudanças de postura (movimentação em bloco); Todas as condutas devem levar em conta o controle álgico do paciente; Cinesioterapia motora em MMII (flexão e extensão de joelho com resistência; Exercício de bomba tíbio társica); Sedestação à beira do leito; Ortostatismo com auxílio de andador ou terceiros; Deambulação com auxílio de andador ou terceiros; Marcha estacionária; Uso de cadeira de rodas para longas distâncias.

Paciente recebeu alta hospitalar para dar continuidade ao tratamento quimioterápico em regime ambulatorial. Foi encaminhado ao ambulatório de fisioterapia, onde apresentava o seguinte quadro físico-funcional: fadiga oncológica; paraparesia simétrica (força muscular grau 4 nos MMSS e grau 3/4- nos MMII); ausência de bloqueios articulares; e ausência de sinais neurológicos associados (sem clônus e com reflexo cutâneo-plantar em flexão). Fazia uso regular da órtese adaptada na internação. Apresentava dependência funcional parcial para todas as transferências. Conseguia alcançar o ortostatismo com auxílio e permanecer nessa posição, com apoio, por pouco tempo, devido à dor e à fadiga. Conseguia realizar alguns passos, somente com auxílio de terceiros e apresentava importante dificuldade para deambulação. Não apresentava queixas álgicas em repouso, mas referia dor na face plantar do pé esquerdo ao permanecer em ortostatismo por períodos mais prolongados.

QUESTÃO Nº 4. LETRA C - 10,00 PONTOS

4.c) Elabore um programa de atendimento fisioterapêutico ambulatorial, descrevendo, no mínimo, três objetivos terapêuticos e as respectivas condutas.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Ganho de força muscular: cinesioterapia motora ativa resistida; treino de agachamento, saltos, subir e descer da cama elástica (conforme tolerância).

Melhoria do padrão de marcha: treino de equilíbrio e apoio unipodal sobre superfície instável; treino de passos/marcha na barra paralela e/ou esteira; gameterapia com exercícios de descarga de peso e treino de equilíbrio.

Maior independência funcional: Treino de circuito com agachamento associado a alcance de objetos com MMSS; dupla tarefa com atividades lúdicas; treino de atividades de vida diária; treino de equilíbrio e coordenação em circuito com cones, degraus e obstáculos.

Prevenção de complicações osteomioarticulares: manutenção da indicação de colete até a reavaliação e liberação da equipe médica; alongamentos.

Melhora do condicionamento cardiovascular: ciclo ergometria; condicionamento aeróbico em esteira; exercícios lúdicos como jogos com bola.