

## **Aula 00 - Prof Gislaine Holler**

*Fisioterapia parte VIII (Fisioterapia em  
Pediatria) - Curso Regular*

Autor:  
**Gislaine dos Santos Holler**

20 de Fevereiro de 2023

## Sumário

1 – SEMIOLOGIA PEDIÁTRICA.....	4
2 – TESTES OU ESCALAS DE DESENVOLVIMENTO MOTOR .....	9
3 – TESTES ORTOPÉDICOS .....	12



## APRESENTAÇÃO DO CURSO

Iniciamos nosso **Curso Regular de Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia** em teoria e questões, voltado para prova objetiva.

Trata-se do curso mais completo de Legislação Específica para **Fisioterapeuta** que dispomos. Neste curso serão abordados **TODOS** os temas dos Editais em geral. Os assuntos serão tratados para atender aquele que está iniciando os estudos na área, como aquele que está estudando há mais tempo.

Para tornar o nosso estudo mais completo, é muito importante resolver questões anteriores para nos situarmos diante das possibilidades de cobrança.

Essas observações são importantes pois permitirão que possamos organizar o curso de modo focado, voltado para acertar questões objetivas e discursivas.

Esta é a nossa proposta!

Vistos alguns aspectos gerais da matéria, teçamos algumas considerações acerca da **metodologia de estudo**.

As aulas em *.pdf* tem por característica essencial a **didática**.

Para tanto, o material será permeado de **esquemas, gráficos informativos, resumos, figuras**, tudo com a pretensão de “chamar atenção” para as informações que realmente importam.

Com essa estrutura e proposta pretendemos conferir segurança e tranquilidade para uma **preparação completa, sem necessidade de recurso a outros materiais didáticos**.

Finalmente, destaco que um dos instrumentos mais relevantes para o estudo em *.PDF* é o **contato direto e pessoal com o Professor**, pelo nosso **fórum de dúvidas**. Aluno nosso não vai para a prova com dúvida! Por vezes, ao ler o material surgem incompreensões, dúvidas, curiosidades, nesses casos basta acessar o fórum e nos enviar uma mensagem.

Além disso, teremos videoaulas! Essas aulas destinam-se a complementar a preparação. Quando estiver cansado do estudo ativo (leitura e resolução de questões) ou até mesmo para a revisão, abordaremos alguns pontos da matéria por intermédio dos vídeos. Com outra didática, você disporá de um conteúdo complementar para a sua preparação. Ao contrário do PDF, evidentemente, **AS VIDEOAULAS NÃO ATENDEM A TODOS OS PONTOS QUE VAMOS ANALISAR NOS PDFS, NOSSOS MANUAIS ELETRÔNICOS**. Por vezes, haverá aulas com vários vídeos; outras que terão videoaulas apenas em parte do conteúdo; e outras, ainda, que não conterão vídeos. Nosso foco é, sempre, o estudo ativo!



## APRESENTAÇÃO PESSOAL

Por fim, resta uma breve apresentação das professoras responsáveis pelo conteúdo. As professoras Mara Ribeiro e Gislaine Holler, irão ministrar as aulas desse módulo. A Profª Mara responsável pelas videoaulas e a Profª Gislaine pelos PDFs. Falaremos brevemente sobre cada:

- ✚ Profª Gislaine Holler, graduada em Fisioterapia (2013) e pós-graduada em Fisioterapia Traumatológica e Desportiva e Dermatofuncional. Iniciei minha vida de concursista em 2014, com êxitos nos concursos voltados à fisioterapia, sendo aprovada na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2014), Prefeitura Municipal de Bela Vista do Toldo – SC (2015) e Prefeitura Municipal de Canoinhas – SC (2015). Há 4 anos especialista em concursos públicos na área da Fisioterapia.
- ✚ Profª Mara Ribeiro formada em fisioterapia e pós-graduada em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Estadual de Londrina, Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Leciona no ensino superior há 15 anos, em cursos de graduação e pós-graduação, em diversas disciplinas ligadas ao Sistema Locomotor. É fisioterapeuta do Hospital das Forças Armadas - Brasília. Há 4 anos especialista em concursos públicos na área da Fisioterapia.

Deixaremos abaixo os nossos contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Teremos o prazer em orientá-los da melhor forma possível nesta caminhada

**Instagram:** [https://www.instagram.com/fisio\\_estrategiaconcursos](https://www.instagram.com/fisio_estrategiaconcursos)  
<https://www.instagram.com/prof.gislaineholler>  
<https://www.instagram.com/profa.mara>

**Facebook:** @fisioestrategiaconcursos

## CRONOGRAMA DE AULAS

Vejamos a distribuição das aulas:

AULA	CONTEÚDO	DATA
00	Apresentação do Curso - Prof Gislaine Holler	01/02/2020
01	Métodos e Técnicas de Avaliação em pediatria nas disfunções Cardiorrespiratórias - Prof Mara Ribeiro	26/02/2020
02	Métodos e Técnicas de Avaliação em pediatria nas disfunções musculoesqueléticas e no desenvolvimento neuromotor – Prof. Gislaine	06/03/2020
03	Patologias neurológicas em pediatria – Prof. Gislaine.	16/03/2020
04	Patologia ortopédicas e reumatológicas em pediatria – Prof. Gislaine.	26/03/2020



## 1 – SEMIOLOGIA PEDIÁTRICA

Pessoal, vamos rever algumas coisas do exame físico, como o Apgar.

### RECÉM-NASCIDO e LACTENTE

#### A. EXAME FÍSICO

- ↳ O exame físico inicial é feito pela primeira vez na sala de parto.
- ↳ Avaliada as condições respiratórias, circulatórias e sensoriais. Pesquisa de malformações.
- ↳ Boletim de Apgar (avaliação da vitalidade)

Pontuação	0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	<100/minuto	>100/minuto
Esforço respiratório	Ausente	Fraca, irregular	Forte/choro
Tônus Muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento Ativo
Cor	Cianótico/pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Resposta a estímulos	Ausente	Algum movimento	Espirros/choro

Notas superiores a 7 indicam normalidade e bom prognóstico e assegura uma boa adaptação neonatal, com estabelecimento e manutenção de respiração e a estabilização da temperatura. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia.

Apgar deve ser feito com 1 e 5 minutos após o parto. O Apgar de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica. Já o Apgar de quinto minuto e o de décimo minuto (se necessário) são considerados mais acurados, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (sequela neurológica ou morte).





#### CESPE – SEDF - 2017

Uma mulher de trinta e três anos de idade, em trabalho de parto após trinta e nove semanas de gestação, foi admitida na maternidade. Foi avaliada pela equipe multidisciplinar, responsável pelo parto humanizado, que conduziu todo o processo, durante seis horas, até o nascimento da criança, por via vaginal. No primeiro minuto, a criança apresentou índice de Apgar igual a 8. Após algumas horas, a fisioterapeuta foi até o leito da paciente para o início da abordagem fisioterapêutica puerperal. Nesse instante, a puérpera estava deitada no leito com os seguintes sinais vitais: frequência cardíaca de 98 batimentos por minuto, frequência respiratória de 35 incursões respiratórias por minuto e pressão arterial de 150 mmHg x 98 mmHg.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue o item a seguir.

O valor do índice de Apgar do recém-nascido indica ótimas condições ao nascimento.

**Gabarito: Certo.**

**Comentários:** O enunciado diz “no primeiro minuto, a criança apresentou índice de Apgar igual a 8”. Como vimos, 8 a 10 são consideradas ótimas condições ao nascimento. Item correto.

## 1. EXAME FÍSICO GERAL

↳ Estatura média de 50cm (sexo masculino) ou 49cm (sexo feminino).

### Postura

→ Em DD os recém-nascidos mantêm a cabeça para um dos lados, membros superiores fletidos e inferiores semi-fletidos. Mãos cerradas

→ Essa postura normal se instala, normalmente de 24 a 60 horas.

### Atividade Espontânea

→ Variável.

→ Movimentos de MMII mais irregulares e de MMSS mais simétricos.

→ Prematuros pequenos quase imóveis.



## EXAME NEUROLÓGICO

- ↳ Sistema com grande evolução principalmente no primeiro ano de vida.
- ↳ Verificação entre função e estrutura, representada pelo maior grau, pela mielinização.
- ↳ No início há reações primitivas generalizadas, que aos poucos tornam-se individuais.

### O que observar:

#### 1. Atitude

- ↳ Em flexão generalizada
- ↳ Hipertonia flexora dos 4 membros
- ↳ Hipotonia da musculatura cervical paravertebral
- ↳ Reflexos

#### 2. Emissão de sons

- ↳ Choro
- ↳ Intensidade: fraca, normal ou forte

#### 3. Movimentação voluntária espontânea

- ↳ Existente
- ↳ Com desenvolvimento craniocaudal
- ↳ Movimentos de MMII mais espontâneos que de MMSS
- ↳ MMII: mov. de flexão e extensão (pedalagem ou cruzamento)
- ↳ Movimentos de tronco do tipo reptiforme

## EXAME RESPIRATÓRIO

- ↳ Frequência respiratória

Idade	FR	FC	PA
Rn pré termo	40-60	120-140	70/40
RN a termo	30-40	100-140	80/40
1 a 4 anos	25-30	80-120	100/65
Adolescentes	15-20	60-80	115/60



### ↪ Identificação de possíveis sinais clínicos:

\* Tiragem – ocorre por causa da alta pressão negativa gerada pelo esforço inspiratório sobre a parede torácica; pode ser esternal, subcostal ou intercostal.

↪ BAN – movimento realizado pelos músculos dilatadores do nariz; resposta primitiva tentando diminuir a resistência da VA.

↪ Taquipneia.

↪ Gemidos – expira contra a glote parcialmente fechada; tentativa para aumentar o volume pulmonar.

↪ Estridores – obstrução VAS.

↪ Cianose.

↪ Ausculta pulmonar – presença de ruídos adventícios.

↪ Extensão pescoço – para tentar reduzir a resistência da via aérea.

↪ Percussão torácica: classifica a densidade do som. Indica presença de secreção, líquido e hiperinsuflação.

### Sinais clínicos de desconforto respiratório

Respiratório	Cardíaco	Outros
* Tiragem	Taquicardia	Extensão de pescoço.
* BAN	Bradycardia	Oscilação da cabeça.
* Taquipnéia	Hipertensão	Palidez.
* Gemido expiratório	Hipotensão	Relutância em alimentar-se.
* Estridor		Irritabilidade.
* Cianose		Nível de consciência alterado
* Ruídos Advent.		







Até os 3 meses, as pausas respiratórias de até 10 segundos são consideradas normais. A respiração periódica, composta de 3 ou mais pausas separadas por um intervalo inferior a 20 segundos, é comum em RN a termo (ausente após 6 meses).

### CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA DO BEBÊ PREMATURO

Algo importante que temos que saber, os bebês prematuros não terão as mesmas respostas psiconeuromotoras que um bebê nascido a termo. Temos que saber calcular a Idade Gestacional Corrigida para saber se há realmente um atraso no desenvolvimento psiconeuromotor. Devemos utilizar a IDADE CORRIGIDA até os 2 anos

Os bebês prematuros são considerados mais jovens do que os nascidos de 40 semanas. Isso resume o conceito de **Idade Gestacional Corrigida** (IC) e ajuda a compreender porque sentar, engatinhar, falar e andar podem ocorrer em momentos diferentes durante o desenvolvimento de um bebê prematuro em relação a outro que nasceu a termo. Lembrando que bebê prematuro ou pré-termo é aquele que nasce antes de 37 semanas completas de gestação, ou seja, 36 semanas e 6 dias.

A idade corrigida é adaptada ao grau de prematuridade, levando em consideração a idade que o bebê teria se tivesse nascido de 40 semanas. Por exemplo, um bebê que nasce com 35 semanas e está com 2 meses de vida (idade cronológica de 2 meses), qual será a idade corrigida? Vejamos:

- Idade cronológica = 2 meses (8 semanas)

- Semanas que faltavam para completar 40 semanas = 5 semanas

$$IC = \text{Idade cronológica} - (40 \text{ semanas} - \text{Idade gestacional})$$

$$IC = 8 \text{ semanas} - (40 - 35 \text{ semanas})$$

$$IC = 3 \text{ semanas}$$

As crianças prematuras normalmente adquirem suas habilidades de acordo com a sua idade corrigida, mas podem apresentar atrasos de acordo com comorbidades associadas e a estimulação oferecida após a alta.



## 2 – TESTES OU ESCALAS DE DESENVOLVIMENTO MOTOR

Ainda, que existem diversos protocolos de escalas de avaliação do desenvolvimento têm sido utilizados mundialmente na tentativa de identificar, principalmente, se os recém-nascidos e lactentes apresentam sinais indicativos de alterações no desenvolvimento neurosensoriomotor. Entre elas, podem ser destacadas (tabela):

TESTE	IDADE DE APLICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO TESTE
<b>ALBERTA INFANT MOTOR SCALE (AIMS)</b>	recém-nascidos a termo e dos pré-termos de 0 a 18 meses de idade	É constituída de 58 itens, os quais avaliam os padrões motores e posturas usando-se os critérios: alinhamento postural, movimentos antigravitacionais e superfície de contato (sustentação de peso). As subescalas são determinadas por posturas prona, supina, sentada e em pé. A pontuação é anotada como passou ou como falhou e, ao final, os pontos em cada postura são somados em uma pontuação total dos itens observados. Ao final da avaliação, o desempenho da criança é comparado com dados normativos para as diferentes idades.
<b>TEST OF INFANT MOTOR PERFORMANCE (TIMP)</b>	34 semanas pós-natal até os 4 meses de idade corrigida.	A versão 5 do TIMP, mais recente, é composta por 42 itens que avaliam o desenvolvimento do controle de cabeça, tronco e controle seletivo dos membros superiores e inferiores ao longo do período de 34 semanas pós concepcional até os 4 meses de idade corrigida. A escala é dividida em itens observados e eliciados, sendo 13 os itens observados, dicotomizados (resposta presente ou ausente), e 29 itens eliciados pontuados numa escala que varia de 4 a 7 níveis.
<b>THE PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY (PEDI) OU AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DO INVENTÁRIO DE INCAPACIDADES</b>	Idade cronológica entre 6 meses e 7 anos e 6 meses.	Utilizado para descobrir déficits funcionais, acompanhar progressos e analisar o resultado de intervenções. É realizado em forma de entrevista estruturada com os responsáveis pela criança ou pela observação do profissional. É dividido em três partes: habilidades presentes no repertório da criança (parte I); a independência no desempenho de atividades diárias ou a influência do cuidados (parte II); as modificações do ambiente utilizadas para facilitar o desempenho funcional (parte III). Cada parte tem uma pontuação específica. Após pontuar todos os itens é possível estabelecer o escore bruto da criança para cada parte e, baseado em sua idade cronológica, comparar com o escore normativo.
<b>GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (GMFM) OU ESCALA DE</b>	Crianças com Paralisia Cerebral.	Avaliação quantitativa de aspectos motores dinâmicos e estáticos em crianças com Paralisia Cerebral. Inicialmente formado por 88 itens, divididos em cinco dimensões: deitar e rolar; sentar; engatinhar e ajoelhar; em pé; andar, correr e pular. Uma atualização da GMFM com 66 itens também é



<b>MEDIDA DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA</b>		bastante utilizada. Trata-se de escala de avaliação numérica, na qual, uma maior pontuação implica em melhor função motora grossa. Além de medir mudanças longitudinais, a GMFM também auxilia na definição de objetivos terapêuticos e proporciona informações sobre os progressos na reabilitação.
<b>GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM (GMFCS) OU SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MOTORA GROSSA</b>	Entre 1 e 12 anos. Escala mais atual pode ser realizada até 18 anos.	Classifica crianças com Paralisia Cerebral em níveis, de acordo com suas capacidades e limitações. A escala apresenta cinco níveis ordinais. A classificação é feita baseada na função motora grossa em atividades diárias com ênfase na mobilidade e no ficar sentado. Aqui não é julgada a qualidade do movimento e nem o potencial de melhora.
<b>ESCALAS BAYLEY DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	RN a 42 meses de idade (com e sem deficiências)	Avaliam cinco domínios do desenvolvimento: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. Observa-se a existência de escalas que possibilitam três conjuntos de informações: a Escala Mental (IDM), com 163 itens; a Escala Motora (IDP), com 81 itens, e a Escala Comportamental Infantil (RCI), com 30 itens.
<b>TESTE DE DENVER II</b>	Faixa etária de um a 24 meses.	é um instrumento de triagem rápida, aplicado quando há suspeita de atraso no desenvolvimento ou a exposição a fatores de risco potenciais. Avalia as funções motora axial e apendicular, linguagem e aspectos pessoais e sociais, por meio de 125 itens aplicados, a partir de um kit padronizado, contendo um manual explicativo das provas. É prevista, também, a aplicação de um questionário prévio para os pais. Pontuam-se os itens em aprovado, falho, não aplicável e recusa. Após a soma dos aprovados, classificam-se em normal, suspeito e não testável.
<b>ESCALA DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - EDCC (PINTO, VILANOVA, VIEIRA ; 1998)</b>	RN a 12 meses (1 ano)	Este instrumento pretende avaliar o desenvolvimento de bebês por meio das habilidades sensoriais, motoras, de linguagem e de cognição a partir da sua interação com o meio ambiente. Avaliações mensais do desenvolvimento do bebê são conduzidas, comparando seu desempenho com o desempenho padrão estabelecido pela escala, possibilitando o planejamento de atividades que otimizem o seu desenvolvimento.
<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR (EADP)</b>	0 a 24 meses	Avalia o rendimento da criança frente a situações que, para serem resolvidas, requerem determinado grau de desenvolvimento psicomotor. A escala avalia quatro áreas de funcionamento: motora, linguagem, social e coordenação óculo-manual, sendo a linguagem dividida em compreensiva e expressiva
<b>MOVEMENT ASSESSMENT INFANT (MAI)</b>	Até 12 meses	Foi elaborado com o objetivo de identificar bebês com risco para anormalidades neurológicas e, entre elas, a paralisia cerebral.



<b>INVENTÁRIO PORTAGE OPERACIONALIZADO (IPO)</b>	0 a 6 anos de idade	é composto por 580 comportamentos distribuídos em cinco áreas, separados por faixa etária de zero a seis anos e uma área específica para bebês de zero a quatro meses. As áreas de Cognição (avalia a linguagem receptiva e o estabelecimento de relações de semelhanças e diferenças), Socialização (avalia habilidades relevantes na interação com as pessoas), Autocuidado (avalia a independência para o alimentar-se, vestir-se, banhar-se etc.), Linguagem (avalia o comportamento verbal expressivo) e Desenvolvimento Motor (avalia os movimentos coordenados por pequenos e grandes músculos) compõem o conjunto de áreas e comportamentos avaliados pelo IPO. Uma vantagem adicional deste instrumento é a possibilidade de avaliar as crianças até seis anos de idade.
--	---------------------	---

#### **POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO - 2010**

**Os testes de desenvolvimento vêm sendo utilizados cada vez mais para avaliação de crianças. A construção de cada teste atende a necessidades diferenciadas na análise do desenvolvimento. Observe a relação de testes abaixo e correlacione a idade de aplicação e propriedades psicométricas com a alternativa correta:**

I. TIMP

II. E. ALBERTA

III. PEDI

IV. GMFM

(A) I. 0-18 meses qualitativos / II. 0-6 meses quantitativos / III. 6 meses-7 anos qualitativos / IV. PC qualquer faixa etária quantitativos.

(B) I. PC qualquer faixa etária quantitativo / II. 0-18 meses quantitativos / III. 6 meses-7 anos qualitativos/ IV. 32 meses IG - 3 meses qualitativos.

(C) I. 32 meses IG - 3 meses qualitativos / II. 0-18 meses quantitativos/ III. 6 meses - 7 anos qualitativos/ IV. PC 0-5 anos quantitativo.

(D) I. 32 meses IG - 3 meses qualitativos / II. 0-18 meses quantitativos/ III. 6 meses- 7 anos qualitativos/ IV. PC qualquer faixa etária quantitativo.

**Gabarito: D.**

**Comentários:** Vamos lembrar:

I. TIMP - 34 semanas pós-natal até os 4 meses de idade corrigida.

II. E. ALBERTA (AIMS) – 0 a 18 meses.

III. PEDI - Idade cronológica entre 6 meses e 7 anos e 6 meses.



IV. GMFM: Qualquer idade, porém só avalia crianças com PC. Podendo ser apenas a letra A ou D corretas.

Aqui temos alguns problemas, pois o TIMP pode ser realizado entre 34 semanas pós-natal e 4 meses de idade corrigida, segundo o próprio site do teste. Então essa questão deveria ter sido anulada por isso, pois considerou 32 semanas IG – 3 meses qualitativos.

O teste AIMS está correto de 0 a 18 meses quantitativos.

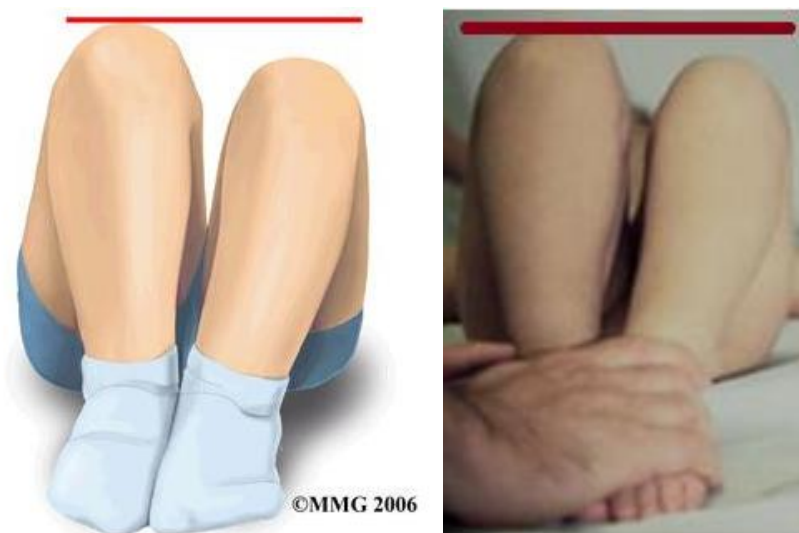
O PEDI faltou colocar 7 anos e 6 meses. Outro ponto para ser anulada.

Resposta dada pela banca: D. Porém, deveria ter sido anulada.

### 3 – TESTES ORTOPÉDICOS

#### Teste de Galeazzi

Utilizado para verificar se há diferença de comprimento nos membros inferiores. O indivíduo é colocado em decúbito dorsal, em posição simétrica, com os membros inferiores fletidos de modo a manter os pés juntos ou o examinador estabiliza os pés do indivíduo (por exemplo, em bebês). Quando há discrepância de comprimento dos membros os topos dos joelhos ficam em alturas diferentes. Esta discrepância pode ser causada por encurtamento real do membro ou apenas funcional, como acontece na luxação congênita do quadril.



#### TESTE DE ORTOLANI – teste de redução do quadril

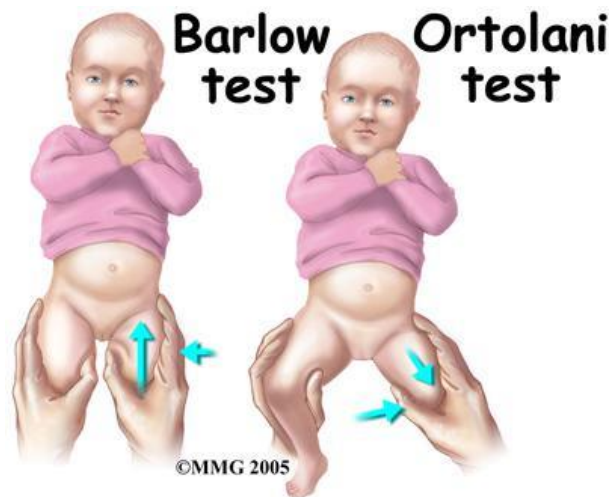
No recém-nascido e nos bebês o diagnóstico da displasia do desenvolvimento do quadril é eminentemente clínico e realizado com as manobras de Ortolani e de Barlow.

A manobra de Ortolani é realizada com a criança em decúbito dorsal, quadris e joelhos em flexão de 90°, coxas em adução e rotação medial leve. Então é realizado movimento de abdução do quadril e uma leve rotação externa da coxa, tem-se uma sensação de ressalto e às vezes audível.



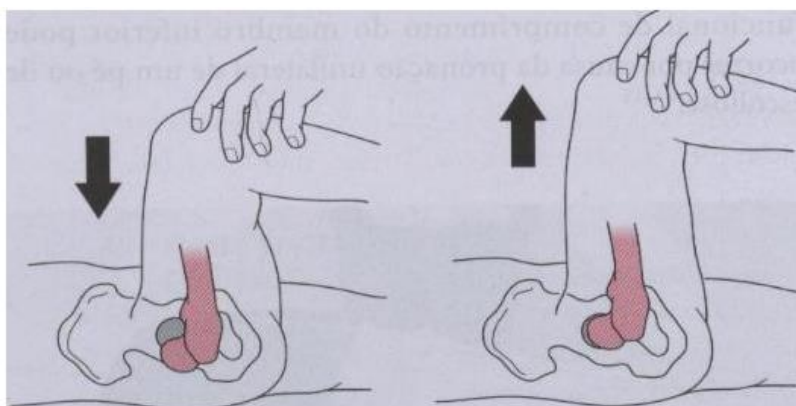
## TESTE DE BARLOW

Consiste no movimento contrário ao realizado durante a manobra de Ortolani (e, por isso, devem ser realizadas na mesma ocasião). A criança inicia o quadril em flexão de 90° e os joelhos fletidos. O dedo médio de cada mão do examinador é colocado sobre o trocânter maior e o polegar colocado na porção interna da coxa em oposição ao terceiro dedo, sobre o trocânter menor. Coxa é mantida em ângulo reto, com o tronco em adução forçada. É feita uma força pelo joelho da criança em direção vertical do quadril, com um esforço para deslocar a cabeça femoral, procura um sinal de pistonagem no quadril.



## TESTE DE TELESCOPAGEM

É utilizado para avaliar a instabilidade do quadril. A manobra é realizada pela pressão longitudinal da coxa com o quadril na posição fletida a 90°. O deslocamento no sentido axial (mobilidade excessiva) caracteriza o teste positivo.



**IDHTEC - PREFEITURA DE ITAQUITINGA – PE - 2016**



Esta figura representa um sinal de luxação congênita do quadril no quadro clínico tardio. Que sinal é esse?

- (A) Sinal de Ortolani
- (B) Sinal de Telescopagem
- (C) Sinal de Perkins
- (D) Sinal de Galliaze
- (E) Sinal de Hilgenreiner

**Gabarito: D.**

**Comentários:** Acabamos de falar sobre ele, é o sinal de Galeazzi. Está escrito de forma errada, passível de anulação.

**IBFC-EBSERH - FISIOTERAPEUTA – NEONATAL - 2017**

**Assinale a alternativa incorreta. Considerando a avaliação do recém-nascido (RN) imediatamente ao parto e o Apgar podemos afirmar que:**

- (A) RN com índice de Apgar de 6 ou menos após um minuto pode necessitar de tratamento de suporte mais agressivo.
- (B) a avaliação do índice de Apgar é realizada dentro dos primeiros 5 minutos pós-parto e pode ser usada para direcionar esforços de ressuscitação.
- (C) o Apgar é um sistema objetivo de pontuação usado para avaliar rapidamente o RN.
- (D) RN com índice de Apgar de 7 pode necessitar de tratamento de suporte, como o oxigênio.
- (E) o índice de Apgar pode ser influenciado pela idade gestacional.



**Gabarito: B.**

**Comentários:** Perceba que o enunciado quer a incorreta. Vejamos as assertivas:

- (A) RN com índice de Apgar de 6 ou menos após um minuto pode necessitar de tratamento de suporte mais agressivo. **Está correto.**
- (B) a avaliação do índice de Apgar é realizada dentro dos primeiros 5 minutos pós-parto e pode ser usada para direcionar esforços de ressuscitação. Item errado. Ele é realizado no 1º e 5º minuto. Em algumas situações ele pode ser aplicado aos 10, 15 e 20 minutos. A literatura diz que até os 20 minutos.
- (C) o Apgar é um sistema objetivo de pontuação usado para avaliar rapidamente o RN. **Está correto.** Esse é o objetivo.
- (D) RN com índice de Apgar de 7 pode necessitar de tratamento de suporte, como o oxigênio. Está correto. Lembre-se 7 e abaixo de 7, o bebê pode necessitar de oxigenioterapia.
- (E) o índice de Apgar pode ser influenciado pela idade gestacional. Está correto. Isso é óbvio, né? Se o bebê nasceu prematuro, tem indícios de um apgar mais baixo.

**AOCP - EBSERH HUWC-UFC – 2014**

**O método mais utilizado para verificar a vitalidade do recém-nascido é a:**

- (A) Avaliação de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida.
- (B) Presença de reflexos extensores e flexores.
- (C) Presença de vérnix durante a primeira hora de vida.
- (D) Avaliação do índice de alerta e reflexo a dor.
- (E) Contagem da frequência respiratória no primeiro minuto de vida.

**Gabarito: A.**

**Comentários:** estudamos que a avaliação da Vitalidade do Recém-nascido é realizada na sala do parto através do boletim de Apgar (no 1º e 5º minutos após o nascimento), mas não é utilizado para indicar os procedimentos na reanimação neonatal.

Assim, a alternativa correta é a letra A.

**CONTINUAREMOS O ASSUNTO NAS PRÓXIMAS AULAS**





# ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



**1** Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



**2** Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



**3** Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



**4** Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



**5** Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



**6** Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



**7** Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



**8** O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.