

**CONCURSO PÚBLICO – 05/2025**

**Área de Conhecimento: Ciências da Saúde / Fisioterapia e Terapia Ocupacional /  
Recursos Fisioterapêuticos**

**PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA**

**QUESTÃO 1**

A palpação deve incluir os principais músculos relacionados à dor cervical e cefaleia referida, especialmente as fibras superiores do trapézio, esternocleidomastoideo e suboccipitais. Devem ser avaliados também os processos espinhosos e as facetas articulares cervicais, especialmente entre C1 e C3, por sua relação com a dor suboccipital e temporal. As técnicas adequadas envolvem deslizamento, pinçamento, compressão e pressão digital para avaliação muscular, além de avaliação do movimento articular ativo e passivo. A reprodução da dor por palpação muscular ou articular auxilia na diferenciação entre dor miofascial e cefaleia cervicogênica, considerando unilateralidade, sensibilidade segmentar e limitação dolorosa da rotação cervical.

O terapeuta, durante a avaliação física e palpatória, deve buscar a identificação minuciosa das estruturas envolvidas e obter um grande número de informações, como, por exemplo, localização, profundidade, textura, simetrias e tensões, e reconhecer os padrões anormais do funcionamento, já que o comprometimento da coluna vertebral é comum, a prevalência de dor e incapacidade aumentam com a idade, possui taxa alta de recorrência e cronicidade de sintomas. As dores nas regiões lombar e a cervical geram grande impacto econômico para a sociedade, tanto no custo do tratamento quanto nos dias de afastamento do trabalho.

A palpação dos processos transversos das vértebras cervicais pode ser realizada com o paciente em decúbito dorsal. Com a extremidade dos dedos, o terapeuta deve identificar o processo mastoide e a partir desse ponto deslizar os dedos nos sentidos inferior e anterior sobre o pequeno processo transversos de C1 que se salienta lateralmente. A partir desse ponto deve continuar palpando em sentido inferior até sentir os processos transversos de C2 a C4, alinhados no sentido vertical. A palpação dos processos espinhosos das vértebras cervicais poderá ser realizada com o paciente em decúbito dorsal. Com as faces palmares dos dedos sobre a face lateral da cabeça do paciente, palpe-se a parte cervical da coluna vertebral sobre a linha mediana. Com suavidade, aprofunda-se a palpação sobre as depressões medianas para identificar as projeções posteriores das vértebras constituídas pelos processos espinhosos de C2 a C7.

Existem várias maneiras de se avaliar a coluna cervical, e uma delas é verificar o movimento existente entre as vértebras da região por meio da palpação de seus processos articulares, o que é de grande importância clínica. Os processos articulares das vértebras cervicais estão situados, aproximadamente, a dois dedos transversos do processo espinhoso correspondente. Pode-se utilizar, também, uma referência topográfica, que é a borda lateral das fibras superiores do músculo trapézio. Para realizar a sua palpação o terapeuta posicionará suas mãos, em “forma de gancho”, na nuca do paciente, sobre os processos espinhosos e deslizará os seus dedos lateralmente, até se posicionarem sobre a borda lateral do músculo trapézio. Nessa região, aprofundará a palpação para poder sentir a coluna formada pelos processos articulares das vértebras cervicais.

A avaliação da amplitude de movimento passivo da região cervical da coluna vertebral auxilia a

determinar a integridade e a função de estruturas inertes, como ligamentos e cápsulas articulares existentes entre as vértebras, e grandes ligamentos, como o ligamento nugal. Além disso, permite avaliar os movimentos associados a cada articulação intervertebral. Com relação a amplitude de movimento passivo, esta ocorre quando o paciente está relaxado e o terapeuta executa os movimentos possíveis em uma articulação. A articulação é submetida a movimentos possíveis plenos, enquanto o paciente continua relaxado. O profissional então é capaz de determinar a sensação final (endfeet ou fator limitante) para aquela articulação. A sensação final representa a qualidade do movimento percebido no fim de uma amplitude disponível. O tipo de sensação final apresentado por uma articulação fornece indicações sobre a saúde e a função dos estabilizadores passivos ou inertes como ligamentos e cápsulas articulares, assim como os músculos e os tendões alongados durante o movimento. Há quatro tipos de sensação final saudável, a sensação final óssea, capsular, elástica e aproximação das superfícies ósseas. Pode haver sensação final anormal quando uma articulação é lesada ou apresenta uma doença ou disfunção. Espasmo muscular, bloqueio em “mola”, sensação frouxa ou vazia são alguns exemplos.

Para a avaliação da rotação cervical o fisioterapeuta deve-se sentar-se à extremidade da mesa. Segurar a parte posterior da cabeça do paciente com a palma das duas mãos e após solicitar que o paciente permaneça relaxado enquanto roda a cabeça dele suavemente em direção ao ombro. A cabeça do paciente deve permanecer apoiada na mesa enquanto o profissional a movimentar. A cabeça do paciente deve ser mantida alinhada no eixo longitudinal para impedir sua flexão lateral. Avalia-se a amplitude de movimento permitida pelos ligamentos alares e cruciforme do atlas, cápsulas articulares e músculos que rodam a cabeça e o pescoço para o lado.

Sugere-se que técnicas de palpação direta, como o “descolamento” e “pinçamento” das fibras superiores do trapézio, sejam utilizadas tanto no diagnóstico como no tratamento de pacientes com rigidez cervical, como, por exemplo, em condições como dor cervical, torcicolos, cefaleia, aos quais se possa atribuir como uma de suas origens o aumento da tensão nos tecidos miofasciais. Para realizar a palpação dessa porção do músculo o terapeuta deverá acompanhar as fibras superiores do trapézio, a partir da borda posterior do terço lateral da clavícula até alcançar a linha nugal superior. O “descolamento muscular” é realizado criando um ponto fixo e um móvel com as mãos: enquanto os dedos da mão caudal palpam o músculo, em forma de pinça, criando um ponto fixo, os dedos da mão cefálica, igualmente em forma de pinça, descolam suas fibras.

O músculo esternocleidomastóideo pode ser palpado da seguinte maneira: O terapeuta posicionará as polpas dos dedos de sua mão no terço médio da linha mediana do pescoço e deslizará os seus dedos lateralmente, até encontrar uma “barreira muscular”, que representa a borda anterior do ECOM. Caso tenha alguma dificuldade em identificá-la, pedirá ao paciente que rode a cabeça para o lado oposto à palpação, com uma pequena extensão (elevação do queixo) e inclinação para o mesmo lado, dessa forma a contração do músculo será percebida sob a polpa dos seus dedos. Sabe-se que os desequilíbrios de flexibilidade e força nos músculos reto anterior da cabeça e suboccipitais podem ocasionar cefaleias, dificuldades cognitivas e dor, tornando importante a sua avaliação nessa condição.

CAEL, Christy. Anatomia Palpatória e Funcional. Barueri: Manole, 2013. E-book. p.69. ISBN 9788520449585. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520449585/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

JUNQUEIRA, Lília. Anatomia Palpatória e Seus Aspectos Clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. E-

book.	p.60.	ISBN	978-85-277-1987-2.	Disponível	em:
<a href="https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-1987-2/">https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-1987-2/</a> . Acesso em: 01 dez. 2025.					
SOUZA, Marcio O. Anatomia Palpatória Funcional. 2. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2019. E-book. p.7.					
ISBN	9788554651275.			Disponível	em:
<a href="https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554651275/">https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554651275/</a> . Acesso em: 01 dez. 2025.					

**PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA**  
**QUESTÃO 2**

As fontes emissoras de luz se diferem em relação a monocromaticidade, coerência, colimação e polarização. Os diodos do tipo LASER são mais coerentes, têm uma estreita banda espectral e menor divergência (maior colimação) de seus feixes de luz comparados à luz emitida por LEDs.

As características estão definidas como monocromaticidade a qual é relacionada ao comprimento de onda da luz, e é uma das principais diferenças entre os dois tipos de luz, se relacionando com a banda espectral, que consiste na variação do comprimento de onda. O LASER possui uma faixa de variação muito estreita, podendo ser uma fração de nanômetro. Já a luz LED possui uma banda espectral maior. Outra característica é a coerência espacial e temporal, que está diretamente relacionada à monocromaticidade e à banda espectral, pois quanto mais estreita é a banda espectral da luz emitida por um LASER ou por um LED, maior será o sincronismo (temporal e espacial) dos picos e vales das ondas eletromagnéticas dessa luz. Dessa forma, sendo o LASER uma luz com banda espectral mais estreita, essa fonte de luz possui grande coerência espacial e temporal, diferentemente do LED, que possui menor coerência. Já a colimação, é relacionada a grau de paralelismo ou ângulo de divergência em que os feixes de luz percorrem o espaço a partir de sua emissão. A luz LASER consiste em uma luz colimada, com alto grau de paralelismo dos feixes. A luz LED não apresenta colimação dos feixes, com feixes de luz dispostos em múltiplas direções. Por fim a polarização diz respeito à uma única direção de propagação das ondas eletromagnéticas, que pode ser vertical, horizontal ou circular. Essa característica está presente na luz LASER, porém não está presente na luz LED. De forma geral, as diferenças nas características físicas entre as fontes de luz LASER e LED, pelos estudos da literatura, aparentam não produzir efeitos significativamente diferentes nos sistemas biológicos quando utilizados parâmetros similares.

Em relação aos parâmetros físicos, temos: comprimento de onda em nanômetros (nm) que irá determinar a monocromaticidade (ou não) da luz, banda espectral, coerência espacial e temporal; a potência radiante em Watts (W), mas na fotobiomodulação, devido às quantidades relativamente baixas de energia necessárias para alcançar os benefícios terapêuticos, muitas vezes é medida em miliwatts (mW); energia radiante em Joules (J), que determina a quantidade de energia luminosa depositada sobre o tecido biológico; o tempo de irradiação em segundos (seg) sobre o sistema biológico; a área de emissor do feixe ( $\text{cm}^2$ ) a qual define a área em  $\text{cm}^2$  coberta pelo feixe de luz na ponta do aplicador ou em qualquer distância além desse ponto; a densidade de potência ou irradiância ( $\text{W}/\text{cm}^2$ ), a qual pode ser definida como a razão entre a potência e a área da superfície do feixe; a densidade de energia ou fluência ou dose ( $\text{J}/\text{cm}^2$ ), que pode ser definida como a quantidade de energia fornecida por unidade de área. Considerando os parâmetros dosimétricos, os

comprimentos de onda mais frequentemente utilizados se encontram na faixa do vermelho ao infravermelho (600-1.000 nm), geralmente com potência total entre 1 mW a 500 mW e densidade de potência entre 1 mW/cm<sup>2</sup> e 5 W/cm<sup>2</sup>.

Dentre os mecanismos biológicos podemos destacar o aumento do metabolismo energético via mitocôndrias celulares, sendo um dos principais efeitos relacionados à fotobiomodulação consistindo no estímulo à atividade da enzima citocromo c oxidase (complexo IV da cadeia transportadora de elétrons), um importante cromóforo biológico. Tem-se que a partir do seu estímulo são provocados efeitos como: aumento do potencial de membrana mitocondrial; maior atividade enzimática na cadeia transportadora de elétrons; aumento da síntese de adenosina trifosfato (ATP) que é energia para as atividades celulares; proliferação e formação de mitocôndrias gigantes (maior produção de ATP); aumento da atividade da enzima lactato desidrogenase (isoforma lactato oxidase) e oxidação de lactato para síntese de ATP; e maior ressíntese de fosfocreatina via ATP mitocondrial. Outro mecanismo é a modulação de espécies reativas de oxigênio (EROs) e nitrogênio (ERNs), pois já foram demonstrados também os efeitos da fotobiomodulação no aumento da atividade de enzimas antioxidantes, sendo algumas delas: catalase, glutathione peroxidase e superóxido dismutase (citosólica e mitocondrial). Essas enzimas são responsáveis por neutralizar as EROs e ERNs que são geradas durante e após exercícios físicos extenuantes. Ainda, têm-se como principal radical livre de nitrogênio o Óxido Nítrico, um potente vasodilatador atuando no aumento de fluxo sanguíneo.

Por fim, a FBM tem sido utilizada na recuperação muscular pós-exercício e no aumento de desempenho com base em evidências consolidadas por revisões sistemáticas e metanálises. Essas revisões demonstram que a FBM é capaz de reduzir danos musculares, diminuir níveis de CK e LDH, modular inflamação, estresse oxidativo e regular a expressão gênica envolvida na síntese e degradação proteica. Além disso, devem ser aplicadas no ventre muscular, antes ou após o exercício; com dose de 20 a 80 J, conforme janelas terapêuticas identificadas nas revisões sistemáticas, com necessidade do devido ajuste entre irradiância e tempo de aplicação para garantir entrega efetiva da energia recomendada.

ESPÓSITO, Lara Maria Bataglia et al. Fotobiomodulação na fisioterapia traumato-ortopédica. In: DURIGAN, João Luiz; BARBOSA, Rafael (org.). Agentes eletrofísicos na fisioterapia traumato-ortopédica. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2024. 216 p. ISBN 6558822377.

## PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA

### QUESTÃO 3

A aplicação da EENM deve levar em consideração diferentes fatores que vão desde a preparação e avaliação do paciente antes da aplicação da EENM. É imprescindível realizar um planejamento prévio que leve em consideração o controle da amplitude ou intensidade da corrente, o número de contrações, o período em que a corrente permanecerá ligada e desligada (TON e TOFF), a frequência da corrente, a largura de fase e se a musculatura do paciente está gerando contração muscular em nível adequado.

Na literatura científica, há um consenso de que a sensação de desconforto sensorial pode impedir os pacientes de realizar contrações máximas. Para atenuar o desconforto associado à EENM, a literatura sugere estratégias específicas, como a adequação do tamanho e

do posicionamento dos eletrodos conforme a região muscular em tratamento. Adicionalmente, diversos estudos indicam que variações anatômicas podem impactar diretamente a efetividade da EENM. Por exemplo, certos pacientes podem apresentar uma maior concentração de moto neurônios na superfície cutânea, o que pode tornar a estimulação elétrica não apenas mais confortável, mas também mais eficiente. A espessura do tecido adiposo subcutâneo, a hidratação da pele e o tipo de pele são fatores que podem influenciar a intensidade máxima de corrente da EENM, o torque gerado pela mesma e o nível de desconforto percebido pelo paciente. Estudos recentes observam que o torque produzido pela EENM foi consideravelmente reduzido em indivíduos com uma camada mais espessa de tecido adiposo subcutâneo. Por outro lado, a intensidade máxima de corrente se mostrou menor em participantes com menor espessura deste tecido.

Em relação ao sítio ou local de aplicação, a EENM pode ser aplicada sobre o tronco nervoso dos nervos periféricos ou diretamente no nível do ventre muscular, ou seja, sobre os ramos terminais dos moto neurônios. No contexto muscular, a EENM é frequentemente aplicada no ventre muscular ou no ponto motor. Este último é caracterizado como a região da pele sobreposta ao músculo em que a aplicação transcutânea de um pulso elétrico provoca a máxima contração muscular com a menor quantidade de corrente. Dada uma intensidade constante de corrente, o ponto motor é o local onde a corrente elétrica induz a maior contração resultante de um único pulso ou estímulo elétrico. A aplicação da EENM neste ponto otimiza a superação da impedância, potencializa o recrutamento de unidades motoras e a intensidade da força muscular, ao mesmo tempo em que diminui o desconforto. Por estas razões, o ponto motor é frequentemente priorizado como estratégia para a aplicação clínica da EENM.

Para a identificação do ponto motor, a mesma é realizada por meio de uma técnica rápida e segura usando um eletrodo tipo caneta. A técnica envolve o uso de um eletrodo caneta na região de interesse, ajustando o eletroestimulador para uma largura de fase de 500 microssegundos e uma frequência de 1 Hz para melhor visualização da contração. A intensidade é aumentada até atingir o limiar motor, e os pontos onde a contração é mais intensa representam um conjunto de pontos motores. O eletrodo para EENM deve ser posicionado sobre esses pontos para minimizar o desconforto sensorial e maximizar o torque evocado.

Finalmente, é de suma importância monitorar o posicionamento articular do paciente durante a EENM. A posição menos favorável para a geração de torque muscular é aquela em que o paciente se encontra deitado com o joelho flexionado a 20 graus. O posicionamento ótimo se encontra em um meio-termo, onde o joelho é colocado em uma posição que não estire excessivamente nem encurte demasiadamente o músculo quadríceps (em torno de 60 graus), a fim de otimizar a geração de torque muscular. Esse ângulo é preconizado como sendo o ângulo ótimo de produção de força dos extensores do joelho segundo a relação força-comprimento muscular. Além disso, também tem sido utilizada a posição sentada em uma cadeira com o joelho em 90 graus de flexão, uma vez que é uma posição de fácil utilização no domicílio do paciente ou em qualquer ambiente clínico.

Em relação aos parâmetros físicos: frequência, duração do pulso e amplitude da corrente são determinantes para alcançar a contração muscular desejada, potencializando os benefícios da EENM. Dentre eles temos que a amplitude da corrente (ou intensidade da corrente) é a quantidade de energia entregue ao tecido e é medida clinicamente na faixa de miliampères (mA), sendo necessários valores elevados de amplitude de corrente, já que uma maior amplitude gera um campo elétrico maior, permitindo o recrutamento de um número maior de fibras musculares. A duração do pulso é definida como o tempo que a corrente flui para os eletrodos que são conectados ao paciente e é medida na faixa de microssegundos ( $\mu$ s) e milissegundos (ms). Quando são usados pulsos de curta duração, é necessário fornecer maior amplitude de corrente para que ocorra uma contração muscular efetiva. Por outro lado, pulsos mais longos aproximam os limiares sensorial e doloroso, tornando o estímulo mais desconfortável para o paciente. Portanto, valores entre 200 e 500  $\mu$ s são mais utilizados no fortalecimento muscular.

Outro parâmetro de destaque é frequência de uma corrente que pode ser definida como o número de ocorrências por segundo em hertz (Hz). A corrente pulsada é caracterizada por possuir uma frequência geralmente entre 1 e 200 Hz. Já as correntes alternadas são caracterizadas por possuir frequências entre 1 a 10 kHz (correntes de média frequência), geralmente moduladas dentro de uma faixa biológica de 10 a 200 Hz. A frequência está diretamente relacionada com o tipo de contração desejada no músculo, tetânica ou não tetânica. Contrações não tetânicas são obtidas com frequências abaixo de  $\sim$ 20 Hz, enquanto contrações tetânicas podem ser obtidas com frequências acima de  $\sim$ 20 Hz. Para o fortalecimento muscular, é necessário que ocorram contrações tetânicas do músculo, portanto, frequências entre 20 e 100 Hz são mais indicadas.

Por fim as correntes de baixa frequência (com frequência entre 1 a 999 Hz) e média frequência (com frequência entre 1000 e 10000 Hz) são comumente utilizadas para o fortalecimento muscular. As correntes pulsadas ou de baixa frequência entregam pulsos monofásicos ou bifásicos. As correntes de média frequência tipicamente entregam pulsos bifásicos com ondas simétricas e com frequências mais elevadas, ou seja, acima de 1000 Hz (e moduladas em uma faixa biológica entre 1 e 200 Hz).

Em relação aplicabilidade clínica e os possíveis desafios e limitações que devem ser considerados pode-se destacar o desconforto excessivo durante a aplicação da EENM, o que pode impactar negativamente a aderência ao tratamento; o recrutamento muscular limitado onde geralmente é limitada na capacidade de recrutar todas as unidades motoras e respectivas fibras musculares desejadas; a fadiga precoce a qual restringe a eficácia terapêutica, além da escolha inadequada dos parâmetros físicos, tais como a forma do pulso, duração do pulso, frequência e intensidade da corrente elétrica.

DURIGAN, João Luiz et al. Aplicações clínicas da estimulação elétrica neuromuscular na reabilitação traumato-ortopédica. In: DURIGAN, João Luiz; BARBOSA, Rafael (org.). Agentes eletrofísicos na fisioterapia traumato-ortopédica. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2024. 216 p. ISBN 6558822377.

**PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA**  
**QUESTÃO 4**

A avaliação inicial de um paciente amputado deve seguir uma abordagem ampla, fundamentada nos princípios da CIF e conduzida por equipe multiprofissional, conforme orienta o documento produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao destacar que a avaliação deve ser holística e realizada preferencialmente por diferentes profissionais, considerando estrutura e função, atividade e participação, com o usuário e familiares envolvidos no processo decisório. (capítulos 3 e 4)

Nesse contexto, a avaliação do coto é etapa obrigatória e inclui inspeção da pele, observando cicatriz, aderências, integridade, hiperemia, edema e conformação do segmento, além da avaliação da dor e da resposta tecidual ao toque e à pressão, conforme descrito nos critérios de avaliação para prescrição e adequação do dispositivo. Também é necessário avaliar a mobilidade articular de joelho e quadril, força muscular, equilíbrio e a capacidade funcional pré-protética. Para usuários com amputação por diabetes, como João, o documento da OMS enfatiza a necessidade de atenção ao membro contralateral para prevenção de novas lesões e amputações, associando tal cuidado à redução de custos e manutenção da funcionalidade em longo prazo. A análise do contexto ambiental e ocupacional — neste caso, o trabalho agrícola, exposição a terrenos irregulares e demandas físicas — também deve integrar a avaliação inicial. (capítulos 2 e 4).

A escolha da tecnologia protética depende do nível de amputação (transtibial) e das necessidades funcionais específicas do paciente, devendo considerar ajuste, conforto, segurança, estabilidade, durabilidade e custo. O documento da OMS reforça que a seleção do dispositivo deve equilibrar qualidade, funcionalidade e acessibilidade, especialmente em serviços públicos com recursos limitados, e que tanto produtos básicos quanto intermediários podem ser clinicamente adequados quando atenderem aos critérios de segurança e funcionalidade. Também destaca que produtos prefabricados ou de menor complexidade podem ser apropriados quando permitem resultados satisfatórios com menor custo e maior viabilidade de implementação, desde que garantam ajuste e segurança ao usuário. Materiais como alumínio e fibras são citados entre as opções utilizadas em dispositivos modulares. (capítulos 2 e 4)

A prescrição fisioterapêutica deve ser elaborada com base nos achados da avaliação e construída de forma compartilhada com o usuário e a equipe, conforme descrito nas etapas de prescrição dentro do processo de provisão (Figura 5 do manual). A prescrição deve especificar tipo de encaixe, tipo de suspensão, pé protético adequado ao nível de demanda, componentes modulares, materiais e necessidades específicas relacionadas ao ambiente de uso. O documento orienta que a prescrição deve considerar metas de aspectos físicos — como proteção do coto, alinhamento, prevenção de dor e melhora da marcha — e metas psicossociais relacionadas ao retorno ao trabalho e participação social. Além disso, recomenda o uso de terminologia padronizada segundo normas ISO para registro e documentação, incluindo as classificações ISO 8549, 13405 e 13404, apresentadas no Box 26 do manual. (capítulo 1)

O treinamento do usuário deve seguir a progressão descrita no processo de provisão: treino pré-protético, treino inicial com a prótese, atividades funcionais e follow-up. O documento da OMS descreve que o treinamento inclui terapia, treino de marcha e habilidades de vida diária, com foco na aquisição de independência progressiva. Deve-se iniciar pelo ortostatismo com a prótese, evoluindo para transferência de peso, marcha em solo estável e, posteriormente, em terreno irregular, rampas e escadas. A educação do

usuário — parte essencial do processo — inclui higiene do coto e do encaixe, sinais de alerta, cuidados com o dispositivo, manutenção e, no caso de diabetes, ações preventivas para o membro contralateral, como escolha adequada de calçados, inspeção diária dos pés e manejo de carga, conforme reforçado no capítulo sobre priorização de necessidades e prevenção de complicações. O acompanhamento periódico, manutenção e reparos fazem parte do processo contínuo de provisão de produtos assistivos, sendo apontados como indispensáveis para evitar falhas e garantir funcionalidade contínua. (capítulo 2)

Por fim, todas as condutas devem refletir diretrizes e recomendações internacionais baseadas em evidências. O documento enfatiza que a provisão adequada de próteses gera benefícios sociais, funcionais e econômicos, reduzindo custos de saúde e ampliando a participação e autonomia do usuário, alinhando-se às políticas de cobertura universal em saúde e ao acesso equitativo à tecnologia assistiva. Assim, o raciocínio clínico deve integrar evidências, diretrizes globais e necessidades individuais do usuário, compondo um texto coerente, lógico e fundamentado.

Bibliografia do documento da OMS: **World Health Organization. WHO standards for prosthetics and orthotics - Contents: Part 1. Standards; Part 2. Implementation manual. 2017. ISBN 978-92-4-151248-0**

**Membros da Banca:**

---

**Avaliador 1 (nome e assinatura)**

---

**Avaliador 2 (nome e assinatura)**

---

**Avaliador 3 (nome e assinatura)**

---

**Presidente da Banca (nome e assinatura)**