

**EXAME DE CONHECIMENTO PARA CONCESSÃO DE REGISTRO
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA NA
SAÚDE DA MULHER**

Nome do(a) Candidato(a)

Número de Documento

--	--

Este caderno de questões está assim constituído:

DISCIPLINAS	Nº QUESTÕES
Conhecimento específico	40
Discursiva	02
Total de questões	42

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO (A):

- Verifique se está sentado no local correto, condizente com a sua etiqueta (Nome do candidato e Prova).
- Confira devidamente o CADERNO DE QUESTÕES; se houver falha, solicite a troca do caderno de questões completo ao fiscal.
- Confira seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS: NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROVA. ASSINE no espaço indicado na frente do cartão.
- O CARTÃO DE RESPOSTAS deverá ser preenchido de caneta esferográfica transparente, azul ou preta, ponta grossa, sem rasuras e apenas uma ÚNICA alternativa poderá ser marcada em cada questão, preenchendo totalmente o espaço, e não apenas "x".
- Não amasse nem dobre o CARTÃO DE RESPOSTAS; evite usar borracha. É vedada a substituição do CARTÃO DE RESPOSTAS decorrente de erro cometido por candidato.
- Durante a prova, não é permitida a comunicação entre candidatos nem a utilização de máquinas calculadoras e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- O tempo de duração da prova será de até 03 (três) horas. O candidato somente poderá retirar-se definitivamente do recinto de realização da prova após 1 (uma) hora, contada do seu efetivo início.
- Ao final dos trabalhos, DEVOLVA ao Fiscal de Sala o CARTÃO DE REPOSTAS devidamente preenchido e assinado, e o CADERNO DE QUESTÕES, entretanto os candidatos que permanecerem até o final da prova, poderá levar consigo o CADERNO DE QUESTÕES.
- Os três últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar os fiscais para o lacre dos envelopes, quando, então, poderão retirar-se do local, simultaneamente, depois de concluído.
- O CANDIDATO, AO TERMINAR A PROVA, DEVERÁ RETIRAR-SE IMEDIATAMENTE DO LOCAL DE APLICAÇÃO DE PROVA, NÃO PODENDO PERMANECER NAS DEPENDÊNCIAS DESTES, BEM COMO NÃO PODERÁ UTILIZAR OS SANITÁRIOS.
- O candidato será eliminado sumariamente caso o celular emita qualquer som.

Destaque aqui

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO- EXAME DE CONHECIMENTO
 PARA CONCESSÃO DE REGISTRO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA
 MULHER**

Marque aqui as suas respostas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40					

RASCUNHO

RASCUNHO

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

1) Considerando a fisiologia do ciclo hormonal ovulatório feminino, observa-se que logo após a ovulação é formado o corpo lúteo que contém líquido folicular e responsável pela continuidade da produção hormonal de:

- a) Prolactina e FSH.
- b) Testosterona e Estrógeno.
- c) LH e FSH.
- d) Estrogênio e Prolactina.
- e) Estrogênio e Progesterona.

2) O trato urinário inferior é formado pela bexiga e uretra, sendo a bexiga um órgão autônomo, constituído de musculatura lisa e com função de armazenar e eliminar urina sem esforço, sem dor e sem perda involuntária. Seu controle de armazenamento é feito:

- a) principalmente pelo sistema nervoso parassimpático, que se origina na medula espinhal entre S2 e S4.
- b) exclusivamente pelo sistema nervoso periférico, através do nervo pudendo.
- c) através da contração e relaxamento da musculatura lisa da parede uretral.
- d) principalmente pelo sistema nervoso simpático, que se origina na medula espinhal entre T10 e L2.
- e) exclusivamente pelo centro pontino da substância branca localizado no sistema nervoso central.

3) A continência fecal é conseguida através da ação conjunta de diversos músculos e esfíncteres. Dentre eles, o músculo puborretal possui fibras contínuas às fibras do esfíncter anal externo, que formam um anel ao redor da transição entre o reto e ânus e que, em momentos de aumento da pressão intra-abdominal:

- a) relaxam-se e permitem o deslocamento posterior da junção retoanal, facilitando a passagem das fezes.
- b) distendem-se e estimulam o relaxamento do esfíncter anal externo, facilitando a passagem das fezes.
- c) relaxam-se e estimulam o músculo levantador do ânus, com facilitação da continência fecal.
- d) contraem-se e tracionam o esfíncter anal externo posteriormente, favorecendo a continência fecal.
- e) contraem-se e tracionam a junção retoanal anteriormente, favorecendo a continência fecal.

4) Mais de dois terços das mulheres grávidas experimentam lombalgia quase um quinto experimenta dor pélvica. Ambas as queixas podem ocorrer separadamente ou conjuntamente e tipicamente aumentam com o avançar da gestação, interferindo no trabalho, nas atividades diárias e no sono. Considerando a literatura pertinente, pode-se afirmar que existe evidências de que:

- a) a utilização de exercícios no solo ou na água, na gestação, podem melhorar a funcionalidade e diminuir o número de licenças médicas por dor lombar e pélvica.
- b) a utilização de acupuntura ou terapia crânio-sacral auxiliam na dor lombar, mas não interferem na dor pélvica.

c) a utilização de exercícios na água tem melhores resultados no alívio da dor lombar em gestantes, quando em comparação aos exercícios em solo.

d) a utilização de terapia multimodal (terapia manual, exercício e educação) traz malefícios no alívio ou prevenção da dor lombar e pélvica.

e) a utilização de terapia de osteopatia pode trazer riscos ao feto em estágios mais avançados da gestação, mesmo em gestantes sem comorbidades.

5) O partograma é um importante instrumento para prevenção de distonias e correção dos desvios da normalidade do trabalho de parto, sendo uma maneira prática de acompanhar a evolução do parto e, a partir dos registros, instituir as condutas necessárias. Por isso é fundamental que os profissionais de saúde que atuam junto à parturiente saibam interpretá-lo. Nos casos de defeitos de posições de apresentações fetais como deflexões, variedades ou posições transversas ou posteriores, indicado pelo partograma, o fisioterapeuta deve indicar:

- a) Postura de cócoras sem uso de suporte de apoio.
- b) Postura de cócoras com uso o suporte do Fisioterapeuta.
- c) Posturas com assimetria de membros inferiores ou quatro apoios.
- d) Puxo dirigido para favorecer a rotação da cabeça fetal.
- e) Posição supina com quadril e joelhos fletidos.

6) Sabe-se que as posturas verticais têm sido amplamente recomendadas para utilização na fase ativa do trabalho de parto, pois agem como facilitadoras do parto vaginal, por influenciar nos diâmetros pélvicos. Como se comportam biomecanicamente as estruturas da pelve e do quadril na posição agachada (cócoras).

- a) Alongamento dos extensores do quadril; anteversão pélvica; facilitação da contranutação sacral.
- b) Alongamento dos músculos posteriores do tronco; retroversão pélvica; facilitação da nutação sacral.
- c) Alongamento dos flexores do quadril; retroversão pélvica; facilitação da contranutação sacral.
- d) Alongamento dos flexores do quadril; retroversão pélvica; facilitação da nutação sacral.
- e) Alongamento dos adutores do quadril; retroversão pélvica; facilitação da contranutação sacral.

7) Primigesta admitida na maternidade em trabalho de parto foi avaliada pela equipe multidisciplinar, responsável pelo parto humanizado. Após a avaliação da médica foi constatado que a paciente apresentava uma dilatação cervical de 10 cm e uma descida fetal (Plano de De Lee) de -1. Considerando a fase de trabalho de parto em que a parturiente se encontra, qual seria o melhor recurso fisioterapêutico para que ocorra uma evolução mais rápida da descida fetal?

- a) Crioterapia perineal.
- b) Massagem perineal.
- c) Suporte Contínuo.
- d) Adoção de postura vertical.
- e) Eletroestimulação nervosa transcutânea.

8) A dor durante o trabalho de parto é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional

aos estímulos sensoriais gerados principalmente pela contração uterina. A ENT (eletroestimulação nervosa transcutânea) é uma opção a ser considerada como recurso de alívio de dor no trabalho de parto. Assinale em quais regiões deve-se posicionar os eletrodos da ENT para a analgesia durante a fase ativa do trabalho de parto:

- a) T6 -T10 e S1-S3.
- b) T10-L1 e S2-S4.
- c) T9 -L4 e S1-S5.
- d) T8 -L5 e S2-S5.
- e) C1-T2 e L2-S4.

9) Ao avaliar a puérpera, o fisioterapeuta deve identificar as principais queixas e instituir medidas para suas resoluções. No puerpério imediato, queixas mais prevalentes relatadas são:

- a) Tontura, sangramento vaginal, varizes dos membros inferiores e dispneia aos esforços.
- b) Náuseas, irritabilidade, enxaqueca e síndrome do manguito rotador.
- c) Hérnia umbilical, cialgia, vômitos e anorexia.
- d) Dor perineal, constipação, dor lombar e edema de membros inferiores.
- e) Hérnia discal, hemorroidas, dispepsia e infecção urinária.

10) Assinale a alternativa que indica o CORRETO posicionamento e movimento da paciente para avaliação da diástase do músculo reto abdominal (DRMA) pelo fisioterapeuta no puerpério,:

- a) Decúbito dorsal, joelhos estendidos e pés e pernas elevadas e tronco em repouso apoiado sobre o leito.
- b) Decúbito dorsal, joelhos estendidos, com elevação da cervical e ombros até que a espinha da escápula deixe o leito.
- c) Decúbito dorsal, joelhos fletidos e pés apoiados, com elevação da cervical e ombros, até que a espinha da escápula deixe o leito.
- d) Decúbito dorsal, joelhos fletidos e pés apoiados, com elevação do tronco, ombros e cervical apoiado no leito à 45°.
- e) Decúbito lateral, joelhos fletidos, com elevação do tronco, ombros e cervical apoiado no leito.

11) Sobre a avaliação fisioterapêutica no pós-parto imediato, indique a alternativa CORRETA:

- a) Realiza-se a percussão abdominal para avaliar os desconfortos gastrintestinais caracterizados pelo sinal de timpanismo abdominal, devido a um aumento do ritmo peristáltico.
- b) A diástase do reto abdominal é menos evidente no nível da cicatriz umbilical e mais perceptível próximo ao apêndice xifóide e ao púbis.
- c) Para avaliar as mamas deve-se verificar a simetria e a condição mamilar, além da presença de colostro.
- d) Para que o fisioterapeuta avalie a diástase do músculo reto abdominal a paciente deve permanecer em decúbito dorsal com extensão das pernas e realizar uma flexão anterior do tronco.
- e) Deve-se respeitar o repouso das 6 primeiras horas após o parto vaginal e 8 primeiras horas após a cesariana.

12) Com relação ao atendimento de fisioterapia no puerpério, é CORRETO afirmar que:

- a) A redistribuição plasmática, que acontece somente no puerpério remoto, pode provocar aumento de edema nos membros inferiores.
- b) Técnicas como biofeedback e eletroestimulação só devem ser indicadas 8 meses após o parto.
- c) Os exercícios no puerpério imediato devem ser feitos de forma controlada, a partir da realização adequada de anamnese e exame físico, sendo que o posicionamento em decúbito lateral e a deambulação são importantes para a liberação de flatos e, como consequência, o alívio da dor.
- d) A atuação do fisioterapeuta na assistência ao pós-parto se dá, de forma primordial, na primeira fase (puerpério imediato), estimulando o fortalecimento abdominal de forma isotônica, para que ocorra um retorno rápido de suas atividades.
- e) Não se faz necessário o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico no puerpério, já que o mesmo está fragilizado e esta ação pode ocasionar dificuldade cicatricial.

13) O aleitamento materno é o alimento natural que estimula o vínculo, afeto, protege e nutre a criança, além de economizar e reduzir a morbimortalidade infantil, ele é produzido pela ação de hormônios e reflexos do nosso organismo. Durante a gravidez, os hormônios preparam o tecido glandular para a produção do leite. Quando a criança inicia a sucção, dois reflexos estimulam a produção do leite e a ejeção. Assinale a alternativa que indica os dois hormônios responsáveis respectivamente pela produção e ejeção do leite:

- a) Estrogênio e prolactina.
- b) Prolactina e ocitocina.
- c) Estrogênio e ocitocina.
- d) Prolactina e gonadotrofina.
- e) Progesterona e ocitocina.

14) O incentivo ao aleitamento materno tem se tornado cada vez mais importante. A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde recomenda a amamentação exclusiva para a criança. Sobre o aleitamento materno é CORRETO afirmar:

- a) O colostro é quando se inicia a produção do leite, os níveis de progesterona aumentam e isso acontece em torno de 48 a 72 horas pós-parto.
- b) A mamogênese e/ou lactogênese I tem início na metade da gravidez, quando a prolactina produzida pela adenohipófise estimula o crescimento do epitélio secretor e a consequente produção do pré-colostro.
- c) O reflexo de rotação permite que a criança engula o leite sempre que a boca estiver cheia.
- d) O reflexo de sucção induz a criança a sugar quando tocamos no fundo do palato. Esse reflexo é ativado no bebê na 37ª semana de gestação, o qual é modulado pela formação reticular do hipotálamo.
- e) Durante a amamentação devemos orientar as mulheres a manter os dedos em “tesoura” (dedo indicador acima da aréola e o dedo médio apoiado em baixo da mesma) para melhor sustentar a mama.

15) Os músculos do assoalho pélvico contêm grupos de músculos em forma de rede que se localizam na porção inferior da pelve e tem a função de sustentar os órgãos internos, além de auxiliar na continência e defecação. Sobre o assoalho pélvico, qual das alternativas abaixo indica um músculo que faz parte do diafragma urogenital?

- a) Piriforme.
- b) Isquiocavernoso.
- c) Obturador interno.
- d) Coccígeo.
- e) Ileo psoas.

16) A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Os tipos mais frequentes em mulheres são a incontinência urinária de esforço (IUE); incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). Sobre o tratamento fisioterapêutico da IU em mulheres, assinale a afirmativa CORRETA:

- a) A eletroestimulação para inibição detrusora em pacientes com IUU deve ser realizada com a corrente TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), com frequências entre 120 e 150Hz, por 20 minutos em média.
- b) O treinamento muscular do assoalho pélvico deve ser recomendado como tratamento conservador de primeira linha para a incontinência urinária de esforço, de urgência e mista.
- c) O tratamento cirúrgico é considerado em casos de IUU que não responderam ao tratamento conservador, que é baseado em uso de medicação anti-colinérgica e neuromodulação para inibição detrusora.
- d) A eletroestimulação intracavitária com correntes bifásicas de baixa frequências (em torno de 10 Hz) são as mais indicadas para o fortalecimento muscular do assoalho pélvico.
- e) A prescrição de exercícios de treinamento muscular do assoalho pélvico no domicílio não deve ser realizada como parte do protocolo fisioterapêutico de fortalecimento muscular por causa do alto percentual de mulheres que não sabem contrair conscientemente a musculatura pélvica.

17) M.D.O., 59 anos, IMC=37m²/kg, com histórico de bronquite crônica, dois partos normais e um cesáreo, é encaminhada ao ambulatório de fisioterapia na saúde da mulher com queixa de perda de urina associada a urgências e durante episódios de tosse, espirro e agachamento, além de polaciúria. A avaliação fisioterapêutica observou grau de força muscular do assoalho pélvico 2 (Escala de Oxford) e o estudo urodinâmico revelou complacência normal, capacidade vesical normal, PPE (pressão de perda sob esforço) de 60 cmH₂O, primeiro desejo miccional aos 80 mL e contrações involuntárias do detrusor. Sobre o caso exposto, assinale a afirmativa CORRETA:

- a) O diagnóstico urodinâmico é hiperatividade detrusora.
- b) O diagnóstico clínico é incontinência urinária de esforço tipo 1 de Blaivas.
- c) O primeiro desejo miccional do caso (80 mL) é considerado normal para os padrões normais do estudo urodinâmico.

d) A paciente apresenta PPE compatível com hiper mobilidade uretral.

e) A cistometria revelada no caso traduz parâmetros relacionados ao fluxo miccional.

18) O prolapso de órgão pélvico (POP) é uma condição comum caracterizada por descida sintomática do útero, bexiga e intestino da posição anatômica normal, causando desconfortos em mulheres que apresentam essa condição. Esses sintomas de desconforto podem prejudicar bastante as atividades diárias e a qualidade de vida das pacientes que buscam o tratamento fisioterapêutico para melhora do quadro. A respeito do tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos, analise as afirmativas abaixo:

I- O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), os pessários e a intervenção no estilo de vida, são frequentemente recomendados se o prolapso não tem indicação de cirurgia corretiva .

II- Intervenções cirúrgicas geralmente são recomendados como primeira linha de tratamento por diminuir os riscos de complicações e recorrência dos prolapso.

III- Os cones vaginais são recomendados para uso de forma ativa, com a ação da força de gravidade, para otimizar a contração de treinamento requerida.

IV- A adoção de posturas que minimizem a pressão sobre o assoalho pélvico e a prescrição de exercícios de treinamento do assoalho pélvico em domicílio devem fazer parte das orientações prescritas a pacientes com POP.

Estão CORRETAS:

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

19) Encaminhada para um serviço ambulatorial de Fisioterapia da Saúde da Mulher com diagnóstico de prolapso de parede vaginal anterior grau II, M.C.N., 62 anos , casada, dona de casa, histórico de 4 gestações, 4 partos normais e vida sexual ativa, queixa-se de dores na região pélvica e sensação de esvaziamento vesical incompleto pós-miccional. Apresenta grau 2 de força do assoalho pélvico pela escala de Oxford, exame urodinâmico sem alterações e consciência perineal presente. O tratamento fisioterapêutico recomendado para essa paciente é:

- a) Pessários e reeducação postural.
- b) Exercícios de treinamento muscular do assoalho pélvico e orientações para minimização da pressão sobre o assoalho pélvico.
- c) Cones vaginais utilizados de forma ativa com a ação da gravidade e eletroestimulação endocavitária vaginal com frequência de 100 Hz.
- d) Eletroestimulação endocavitária vaginal com frequência de 10 Hz.
- e) Eletroestimulação do nervo tibial com frequência de 10 Hz.

20) O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, em 2004, definiu dor pélvica crônica

como dor não cíclica de pelo menos 6 meses de duração que aparece em locais como pelve, parede abdominal anterior, região inferior das costas ou glúteos, sendo grave o suficiente para causar incapacidade ou levar à procura por atendimento médico. O tratamento fisioterapêutico para a dor pélvica crônica pode incluir:

- a) recursos eletrofísicos, cinesioterapia, orientação e aconselhamento a paciente.
- b) reeducação postural, fortalecimento e alongamento muscular.
- c) terapia manual, recursos eletrofísicos, cinesioterapia, tecnologia assistiva.
- d) reeducação postural, fortalecimento e alongamento muscular, orientação e aconselhamento à paciente.
- e) terapia manual, recursos eletrofísicos, cinesioterapia, tecnologia assistiva, orientação e aconselhamento à paciente.

21) A etiologia da dor pélvica crônica é multifatorial, não sendo facilmente identificável. Causas ginecológicas, urológicas, gastrointestinais e musculoesqueléticas podem ser a fonte de dor na região da pelve, abdominal anterior, infraumbilical, lombar e glúteos. O fisioterapeuta deve investigar o sistema musculoesquelético ao receber uma paciente com diagnóstico de dor pélvica crônica, realizando uma minuciosa anamnese. Um dos testes recomendados durante o exame físico é o teste de Carnett. Assinale abaixo a alternativa CORRETA sobre este teste:

- a) O teste de Carnett tem como objetivo a identificação de varizes abdominais que podem explicar a ocorrência de dor em região abdominal.
- b) O teste de Carnett é útil no diagnóstico diferencial entre dor de origem vascular e dor urológica.
- c) O teste de Carnett tem como objetivo identificar regiões de dor referida na parede abdominal.
- d) O teste de Carnett tem como objetivo identificar pontos gatilho na parede abdominal.
- e) O teste de Carnett é útil no diagnóstico diferencial entre a dor de origem abdominal e dor com origem na cavidade pélvica.

22) A incontinência anal é caracterizada pela perda de flatos ou fezes, sendo marcada pela incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em tempo e local socialmente adequados. A avaliação fisioterapêutica completa para a determinação do tratamento para essa disfunção do assoalho pélvico deve incluir:

- a) Anamnese, exame físico, avaliação funcional do assoalho pélvico, questionários que avaliam o impacto da incontinência anal na qualidade de vida da mulher e diário de funcionamento intestinal.
- b) Anamnese, exame físico, avaliação funcional do assoalho pélvico.
- c) Anamnese, exame físico, avaliação funcional do assoalho pélvico e questionários que verificam o impacto da incontinência anal na qualidade de vida da mulher.
- d) Anamnese, exame físico, avaliação funcional do assoalho pélvico e diário de funcionamento intestinal.

e) Anamnese, exame físico, avaliação funcional do assoalho pélvico, eletromiografia e diário de funcionamento intestinal.

23) Sobre a anatomia e fisiologia anorretal, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O processo de defecação tem início com o enchimento retal, o que desencadeia uma reposta de distensão e inibição reflexa do esfíncter interno.
- b) O canal anal contém diversas terminações nervosas sensoriais, com predomínio de dor e temperatura, sendo a sensibilidade mediada pelo nervo pélvico.
- c) O esfíncter externo do ânus e o músculo puborretal possuem predomínio de fibras do tipo II, o que favorece atividade física, promovendo a continência.
- d) O músculo puborretal contribui para o fechamento involuntário do canal anal. Suas fibras formam no repouso um ângulo agudo, o que favorece a defecação.
- e) O esfíncter interno do ânus é inervado pelo nervo pudendo. Ele é a continuidade da porção final do intestino e é responsável pelo controle voluntário da continência anal.

24) Diversos fatores de risco têm sido identificados na literatura para o desenvolvimento da disfunção sexual feminina, como por exemplo: o status pós-menopausa, relação de longo prazo com o parceiro, diabetes, gravidez, consumo de álcool, uso de nicotina, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária. Sobre as modalidades de tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas assinale a alternativa CORRETA:

- a) A terapia manual combinada com a eletroterapia é o tratamento mais indicado para as disfunções sexuais femininas.
- b) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico para mulheres com disfunção sexual parece ser um tratamento promissor pois é de baixo custo e não apresenta efeitos adversos. Entretanto, ainda são necessários estudos para verificar o impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico da melhora da função sexual.
- c) O tratamento com cones vaginais e biofeedback são a primeira linha de tratamento para as disfunções dos músculos do assoalho pélvico, pois são de baixo custo.
- d) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico combinado com a eletroterapia possui nível A de evidência para o tratamento das disfunções sexuais femininas.
- e) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico combinado com o biofeedback é o tratamento mais indicado e com maior nível de evidência na atualidade para o tratamento das disfunções sexuais femininas.

25) A fase da vida da mulher na qual ocorre a transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo denomina-se climatério. Inicia-se por volta dos 40 anos e finaliza-se em torno dos 65 anos. O hipoestrogenismo que ocorre devido à falência ovariana é o responsável pela maioria das manifestações clínicas vivenciadas nesse período. A perda de massa óssea e de massa muscular são alguma das consequências da queda do estrógeno. A abordagem fisioterapêutica no climatério deve incluir:

- a) Exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, exercícios para consciência corporal, treino de equilíbrio, exercícios aeróbicos e relaxamento para melhora dos sintomas climatéricos.
- b) Exercícios aeróbicos para melhora dos sintomas climatéricos e melhora do condicionamento afim de prevenir doenças cardiovasculares e relaxamento.
- c) Exercícios de fortalecimento para minimizar a perda de massa muscular e perda de massa óssea.
- d) Exercícios aeróbicos, treino de equilíbrio, coordenação e treino de marcha.
- e) Exercícios de fortalecimento muscular, alongamentos e relaxamento.

26) O hipoestrogenismo causado pelo declínio da função ovariana promove uma série de sinais e sintomas no corpo da mulher. A diminuição do estrogênio causa um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea, podendo levar à ocorrência de osteopenia. Se esse desequilíbrio permanece, instala-se a osteoporose. Diante de tais informações, é CORRETO afirmar que:

- a) Uma vez instalada a osteoporose, não há como recuperar a massa óssea perdida. Efeitos como fragilidade óssea, risco de fraturas e aumento de morbidade e mortalidade podem ocorrer.
- b) São considerados fatores de risco para a osteoporose: idade avançada, obesidade, dieta desequilibrada, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, uso de determinados medicamentos.
- c) A terapia hormonal é a principal estratégia para a prevenção da osteoporose no climatério. Além de prevenir a osteoporose, a terapia hormonal pode controlar diversos sintomas da menopausa.
- d) A partir dos 35 anos ocorre perda de massa óssea acentuada nas mulheres. Diante disso, a terapia hormonal deve ser indicada para a prevenção da desmineralização óssea.
- e) Os exercícios podem ser utilizados como tratamento para a osteoporose, sendo o aeróbico o mais indicado para aumentar a densidade óssea.

27) A dissecação do linfonodo sentinela é uma técnica cirúrgica conservadora muito utilizada atualmente para tratar o câncer de mama, com intuito de reduzir o prejuízo na funcionalidade. Mesmo assim, sequelas podem surgir e por isto, o fisioterapeuta é um dos profissionais essenciais no acompanhamento pré e pós-operatório. Qual(is) sequela(s) mais frequente(s) que pode(m) ocorrer no pós-cirúrgico de câncer de mama e como essa(s) possível(is) alteração(ões) deve(m) ser monitorada(s) pelo fisioterapeuta?

- a) Redução da amplitude de movimento (ADM) monitorada pela goniometria, força e funcionalidade do ombro.
- b) Linfedema monitorado pela mensuração da circunferência do membro.
- c) Redução da ADM monitorada pela goniometria, força e funcionalidade do ombro; lesão nervosa monitorada pela avaliação da sensibilidade e força do membro homolateral a cirurgia
- d) Redução da ADM monitorada pela goniometria, força e funcionalidade do ombro; e linfedema monitorado pela mensuração da circunferência do membro.

- e) Linfedema monitorado pela mensuração da circunferência do membro; lesão nervosa monitorada pela avaliação da sensibilidade e força do membro homolateral a cirurgia.

28) A intervenção do fisioterapeuta é essencial para evitar ou minimizar sequelas no pós-operatório de cirurgia por câncer de mama, e favorecer o retorno mais breve possível às atividades de vida cotidianas. Diante das evidências científicas atuais, qual é a melhor abordagem fisioterapêutica no pós-operatório:

- a) Prescrição de exercícios de membro superior (como de amplitude de movimento e alongamento) no pós-operatório imediato (1º ao 3º dia) e orientação sobre a utilização imediata do membro para realizar as atividades de vida cotidianas.
- b) Prescrição de exercícios de membro superior (como de amplitude de movimento e alongamento) no pós-operatório tardio (7º dia), orientação sobre a utilização imediata do membro para realizar as atividades de vida cotidianas e autocuidado com o membro para prevenir o linfedema.
- c) Prescrição de exercícios de membro superior (como de amplitude de movimento e alongamento) no pós-operatório imediato (1º ao 3º dia), orientação sobre a utilização imediata do membro para realizar as atividades de vida cotidianas e autocuidado com o membro para prevenir o linfedema.
- d) Prescrição de exercícios de membro superior (como de amplitude de movimento e alongamento) no pós-operatório imediato (1º ao 3º dia), orientação sobre a evitar a utilização do membro para realizar as atividades de vida cotidianas por 30 dias e autocuidado com o membro para prevenir o linfedema.
- e) Prescrição de exercícios de membro superior (como de amplitude de movimento e alongamento) no pós-operatório tardio (7º dia), orientação sobre a evitar a utilização do membro para realizar as atividades de vida cotidianas por 30 dias e autocuidado com o membro para prevenir o linfedema.

29) Mulher de 61 anos, no 45º dia de pós-operatório de mastectomia radical e disseção de linfonodos axilares (níveis I, II e III) à direita. Refere queixas (que não foram detectadas no pré-operatório) de: redução da amplitude de movimento do ombro direito especialmente durante a flexão de ombro, o que está gerando limitação nas atividades de vida diária, como pentear o cabelo e vestir roupas. Ao exame físico, observou-se escápula alada à direita durante a flexão de ombro, ADM de 80º de flexão de ombro direito e força grau 3 de flexores de ombro direito. Baseado nos achados desta avaliação, responda qual estrutura/função está comprometida e qual nervo foi lesado durante o procedimento cirúrgico?

- a) Força do músculo subescapular e nervo intercostobraquial.
- b) Força do músculo serrátil anterior e nervo intercostobraquial.
- c) Força do músculo subescapular e nervo torácico longo.
- d) Força do músculo serrátil anterior e nervo torácico longo.
- e) Força do músculo serrátil anterior e nervo peitoral menor.

30) A dissecação de linfonodos axilares e pélvicos é parte integrante da cirurgia para tratar o câncer de mama e ginecológico, respectivamente, o que pode predispor ao surgimento de linfedema nos membros homolaterais a cirurgia. O linfedema pode causar déficit na mobilidade, limitação nas atividades cotidianas e restrição na participação social. Assinale a alternativa que indica os fatores de risco evitáveis para o aparecimento do linfedema e fatores relacionados ao tratamento médico que devem ser levados em consideração durante acompanhamento fisioterapêutico das mulheres:

- a) Perda de peso e lesão da pele no membro homolateral à cirurgia (evitáveis); e relacionados ao tratamento médico (maior número de linfonodos dissecados, quimioterapia e radioterapia local).
- b) Perda de peso e lesão da pele no membro homolateral à cirurgia (evitáveis); e relacionados ao tratamento médico (menor número de linfonodos dissecados, quimioterapia e radioterapia local).
- c) Ganho de peso e episódio de infecção no membro homolateral à cirurgia (evitáveis); e relacionados ao tratamento médico (menor número de linfonodos dissecados, quimioterapia e radioterapia local).
- d) Ganho de peso e episódio de infecção no membro homolateral à cirurgia (evitáveis); e relacionados ao tratamento médico (maior número de linfonodos dissecados, quimioterapia e radioterapia local).
- e) Ganho de peso e lesão da pele no membro homolateral à cirurgia (evitáveis); e relacionados ao tratamento médico (menor número de linfonodos dissecados, quimioterapia e radioterapia local).

31) Com o aumento na sobrevida de pacientes submetidas à cirurgia por câncer de mama, o foco está na prevenção e manejo dos distúrbios que podem surgir, como por exemplo o linfedema. A recomendação atual é que deve-se educar, monitorar e tratar o linfedema o mais breve possível, para que haja melhor prognóstico. Assim, novos exames surgem como alternativa para detecção precoce. Com relação a avaliação e diagnóstico fisioterapêutico do linfedema, marque a alternativa CORRETA:

- a) A bioimpedância é um método com baixa sensibilidade, portanto deve ser utilizado na prática clínica, já que é capaz de detectar o linfedema na fase subclínica, antes mesmo que qualquer sintoma apareça.
- b) A bioimpedância é um método com maior sensibilidade, no entanto deve ser utilizado com cautela na prática clínica, já que é não capaz de diferenciar o linfedema do edema.
- c) A mensuração da circunferência do membro é o método mais utilizado apesar da baixa sensibilidade. O diagnóstico do linfedema se dá quando há diferenças superiores a 2 cm em qualquer ponto em comparação com o membro não afetado.
- d) A mensuração da circunferência do membro é o método utilizado apesar da baixa sensibilidade. O diagnóstico do linfedema se dá quando há diferenças superiores a 3 cm em qualquer ponto em comparação com o membro não afetado.
- e) A mensuração do volume do membro pela volumetria é o método mais utilizado e sensível. O diagnóstico do

linfedema se dá quando há diferenças acima de 300ml em comparação com o membro não afetado.

32) O linfedema relacionado ao câncer de mama pode ser uma sequela debilitante a longo prazo decorrente do tratamento para esta condição. Educar as mulheres sobre o risco de desenvolver linfedema é um componente fundamental para sobrevida e redução da sua incidência. Assinale a alternativa que propõe o manejo mais adequado (baseado em evidências científicas) realizado pelo fisioterapeuta para prevenir o surgimento do linfedema:

- a) Monitoramento do membro superior afetado e exercício de mobilidade do ombro precoce no pós-operatório (no primeiro dia).
- b) Monitoramento do membro superior afetado, exercício de mobilidade do ombro precoce no pós-operatório (no primeiro dia) e drenagem linfática manual.
- c) Monitoramento do membro superior afetado, exercício de mobilidade do ombro precoce no pós-operatório (no primeiro dia) e exercícios de resistência.
- d) Monitoramento do membro superior afetado e exercício de mobilidade do ombro tardio no pós-operatório (após sete dias).
- e) Monitoramento do membro superior afetado, exercício de mobilidade do ombro tardio no pós-operatório (após sete dias) e drenagem linfática manual.

33) Mulher de 59 anos, submetida à mastectomia radical e dissecação de linfonodos axilares à direita para tratamento de câncer de mama apresenta linfedema estágio clínico II (segundo classificação de Foldi) do membro superior direito após 13 meses da cirurgia. Relata sentir redução da força muscular e da amplitude de movimento do ombro direito, limitação moderada nas suas atividades diárias, todas decorrentes do quadro clínico. Considerando este caso, assinale a alternativa que inclui todos os recursos fisioterapêuticos, que devem ser realizados para reduzir o linfedema do membro baseados nas evidências científicas atuais são:

- a) Drenagem linfática manual, exercícios para recuperação funcional do ombro e cuidados com a pele.
- b) Drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo, exercícios para recuperação funcional do ombro e linfomocinéticos do membro, e cuidados com a pele.
- c) Drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo, exercícios linfomocinéticos do membro, cuidados com a pele e compressão com malha elástica na fase de manutenção.
- d) Enfaixamento compressivo, exercícios linfomocinéticos do membro, cuidados com a pele e automassagem na fase de manutenção.
- e) Enfaixamento compressivo, exercícios linfomocinéticos do membro, cuidados com a pele e compressão com malha elástica na fase de manutenção.

34) A Lei 6.316 de 17 de dezembro de 1975, cria Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Sobre os temas tratados na referida lei, marque a alternativa CORRETA:

a) O Conselho Federal se constitui uma autarquia federal e os Regionais como a própria nomenclatura indica é uma autarquia estadual.

b) Exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais são responsabilidades dos conselhos regionais

c) O livre exercício da profissão de Fisioterapeuta, em todo território nacional, incluindo-se a assistência às pessoas é permitido ao bacharel em Fisioterapia, uma vez que o mesmo poderá assinar documentos oficiais sem prejuízo a (o) cliente/paciente/usuária(o)

d) A renda dos Conselhos Federal e Regionais só poderá ser aplicada na organização e funcionamento de serviços úteis à fiscalização do exercício profissional e não poderá ser utilizada em serviços de caráter assistencial, mesmo quando solicitados pelas Entidades Sindicais.

e) Dispor, com a participação de todos os Conselhos Regionais, sobre o Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional é uma das responsabilidades do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

35) O Capítulo IV da lei 6.316/75 trata das infrações e penalidades. Sobre as infrações analise as afirmativas abaixo e responda:

I - transgredir preceito do Código de Ética Profissional; exercer a profissão quando impedido de fazê-lo, ou facilitar, por qualquer meio, o seu exercício aos não registrados ou aos leigos; violar sigilo profissional.

II - praticar, no exercício da atividade profissional, ato que a Lei defina como crime ou contravenção; não cumprir, no prazo assinalado, determinação emanada de órgão ou autoridade do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em matéria de competência deste, após regularmente notificado.

III - deixar de pagar, pontualmente, ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as contribuições a que está obrigado; manter conduta incompatível com o exercício da profissão.

IV - proteger o cliente/paciente/usuário e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde, advertindo o profissional faltoso.

São infrações:

- a) I,II,III e IV.
- b) I,II e III.
- c) I,II e IV.
- d) II,III e IV.
- e) III e IV.

36) A (O) profissional especialista em FISM deve ser lembrado que antes de se tornar especialista é um fisioterapeuta e que o conhecimento da legislação relacionada ao exercício profissional, em especial da ética e da deontologia fazem parte do arsenal dessa (e) profissional. Assim sendo, na Lei 6.316/75, ao tratar das penas disciplinares impostas aos infratores da legislação pertinente durante o exercício profissional temos:

I – advertência.

II- repreensão.

III - multa equivalente a até 10 (dez) vezes o valor da anuidade.

IV - suspensão do exercício profissional pelo prazo de até 3 (três) anos, ressalvada a hipótese prevista no § 7º da lei 6.316/75.

V - cancelamento do registro profissional.

Quando se trata da (s) penalidade (s) em que a imposição de qualquer penalidade caberá recurso com efeito suspensivo, ao Conselho Federal em caráter "ex officio" , são CORRETAS:

- a) IV e V.
- b) II e V.
- c) I e III.
- d) I,II e III.
- e) I, II,III,IV e V.

37) A Resolução COFFITO Nº 377 de 11 de junho de 2010 dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia. Leia os itens abaixo:

I- O Título de Especialidade Profissional em Fisioterapia significa a exaço do exercício profissional do Fisioterapeuta e representa, sobretudo, uma atenção especial e especializada em face das solicitudes dos clientes, dos familiares e da coletividade, para os quais a referida atenção está dirigida. O Título de Especialidade Profissional em Fisioterapia requer, para sua obtenção, um maior preparo do profissional Fisioterapeuta e representa, perante a sociedade, um acréscimo de responsabilidade.

II- O Título concedido ao profissional Fisioterapeuta será de "Especialista Profissional em", seguido da nomenclatura que melhor convier a realidade da especialidade, podendo o especialista modificar a nomenclatura para facilitar o entendimento da população.

III- O Título de Especialidade Profissional em Fisioterapia somente poderá ser concedido e, via de consequência portado, por profissional Fisioterapeuta que tiver cumprido o elenco de requisitos instituídos na presente resolução. Parágrafo Único – o disposto no caput do presente artigo não se aplica aos profissionais que já obtiveram seus registros de especialidade profissional perante este Conselho Federal.

IV. O profissional Fisioterapeuta poderá obter do COFFITO o registro de até 03 (três) títulos de Especialidade Profissional.

Estão CORRETAS apenas:

- a) I e III.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I e IV.
- e) II e IV.

38) A Resolução COFFITO Nº 377 de 11 de junho de 2010. Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia. Para a realização da Prova de Títulos e o Exame de Conhecimento, o COFFITO poderá estabelecer convênio com Entidades Associativas de

Caráter Nacional da Fisioterapia, mediante autorização do Plenário, bem como, celebrar contrato com institutos, fundações ou entidades comprovadamente especializadas para a realização dos referidos certames públicos. Sobre o tema analise as afirmativas abaixo:

I- As especialidades a serem concedidas serão aquelas criadas pelo Plenário do COFFITO mediante resolução e conforme regulamento próprio.

II- O profissional Fisioterapeuta portador de mais de um título de Especialidade Profissional, nas condições previstas na resolução 377/2010, somente poderá registrar uma nova titulação de especialidade profissional, após o requerimento e, conseqüente, deferimento de pedido de baixa de um dos títulos anteriormente registrados.

III- Tendo sido aprovado no Certame o profissional, agora especialista, terá seu exercício profissional normatizado pela Associação de Classe ligada a especialidade, devendo a associação estabelecer as normas específicas para proteção da população diante a ação do especialista, incluindo preceitos éticos.

IV- O profissional Fisioterapeuta só pode declarar vinculação com Especialidade Profissional ou área de atuação profissional quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, outorgado por Entidade Associativa de Caráter Nacional da Fisioterapia e devidamente registrado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

São CORRETAS:

- a) I, II, III e IV.
- b) II, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e IV.

39) A Resolução COFFITO Nº 401, de 18 de agosto de 2011, disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e estabelece no Art. 3º que é necessário o domínio de Grandes Áreas de Competência (GAC).

Observe os itens abaixo:

I – Realizar consulta fisioterapêutica, aplicar anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento; avaliação física e cinesiofuncional do sistema uroginecológico, coloproctológico, mama e do aparelho reprodutor feminino; solicitar, aplicar e interpretar exames complementares como perineometria, eletromiografia de superfície, imaginologia, perimetria, volumetria, desde que necessários à elucidação do caso e direcionamento de suas condutas.

II – Realizar a avaliação, prevenção, promoção e condutas fisioterapêuticas nas alterações cinesiofuncionais advindas do ciclo menstrual, climatério, parturientes, puérperas e secundários ao comprometimento oncológico; Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico; Planejar e executar medidas de prevenção de morbidades, comorbidades e imobilismo; Decidir, prescrever e executar o tratamento fisioterapêutico na saúde da mulher específico para cada caso, enfatizando a

frequência, a periodicidade e quantitativo de atendimentos.

III- Prescrever, confeccionar, órteses, próteses, mecanismos auxiliares de locomoção, além de planejar e aplicar estratégias de tecnologia assistiva para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas à maior autonomia e independência funcional de sua cliente/paciente/usuária; Planejar, criar e utilizar recursos da realidade virtual no tratamento com vistas à otimização de resultados.

IV. Determinar as condições e prescrever a alta fisioterapêutica; Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica; Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos; Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais. Essas atividades não são obrigatórias ao fisioterapeuta e serão desenvolvidas mediante a disponibilidade do profissional especialista.

V. Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico entre outros; Empregar abordagem paliativa a pacientes com prognóstico de óbito; Escolher e aplicar recursos das práticas integrativas e complementares à saúde com vistas à melhora da condição de saúde físico funcional da sua cliente/paciente/usuária.

Marque a alternativa CORRETA:

- a) I, II, III, IV e V.
- b) II, III, IV e V.
- c) II, III, IV e IV.
- d) I, II, III e V.
- e) I, II, III e IV.

40) Considerando as áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher descritas na Resolução 401/ 2011, analise as afirmativas abaixo e:

I – Assistência fisioterapêutica em uroginecologia e coloproctologia.

II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia e em obstetria.

III- Assistência Fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico, incluindo-se pós-operatório de Cirurgias Ginecológicas e pós prostatectomias.

IV – Assistência fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas; assistência fisioterapêutica em mastologia.

São CORRETAS:

- a) I, II, III, e IV.
- b) I, II e III.
- c) I, III e IV .
- d) II, III e IV.
- e) I, II e IV.

