

## FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

- 1) 1) A principal mudança observada nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher a partir dos anos 1980 foi a ampliação da abordagem da saúde feminina, que passou a considerar aspectos além do ciclo gravídico-puerperal. No contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a saúde sexual e reprodutiva da mulher deve ser considerada de forma ampla. Assinale a alternativa correta que corresponde a única alternativa de ação que está em conformidade com os o PNAISM:
- (A) Garantir apenas o acesso ao pré-natal e ao acompanhamento pós-parto.
  - (B) Promover o direito ao planejamento familiar e ao acesso a métodos contraceptivos.
  - (C) Estimular a realização de exames de mamografia anualmente para todas as mulheres.
  - (D) Focar exclusivamente no tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.
  - (E) Implementar ações de saúde sexual apenas no ambiente escolar.

2)

2) A Resolução COFFITO 401/2011 disciplina a especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher, na qual traz especificações sobre as características do profissional especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher. De acordo com esta resolução, marque a alternativa correta:

- (A) São áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher as seguintes, entre outras: I – Assistência fisioterapêutica em urologia; II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia; III – Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; IV – Assistência fisioterapêutica na dor pélvica crônica; V – Assistência fisioterapêutica em Oncologia.
- (B) São áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher as seguintes, entre outras: I – Assistência fisioterapêutica em urologia; II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia; III – Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; IV – Assistência fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas; V – Assistência fisioterapêutica em Oncologia.
- (C) São áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da

Mulher as seguintes, entre outras: I – Assistência fisioterapêutica em uroginecologia e coloproctologia; II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia; III – Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; IV – Assistência fisioterapêutica na dor pélvica crônica; V – Assistência fisioterapêutica em Mastologia.

**(D)** São áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher as seguintes, entre outras: I – Assistência fisioterapêutica em urologia; II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia; III – Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; IV – Assistência fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas; V – Assistência fisioterapêutica em Mastologia.

**(E)** São áreas de atuação do Fisioterapeuta Especialista Profissional em Fisioterapia na Saúde da Mulher as seguintes, entre outras: I – Assistência fisioterapêutica em uroginecologia e coloproctologia; II – Assistência fisioterapêutica em ginecologia; III – Assistência fisioterapêutica em obstetrícia; IV – Assistência fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas; V – Assistência fisioterapêutica em Mastologia.

**3)**

3) Nos últimos anos observou-se um crescimento da publicitação sobre a assistência do fisioterapeuta na saúde da mulher. Diante disso tem sido usual encontramos nas redes sociais terminologias com intuito de apresentação do profissional se identificando como: “fisioterapeuta obstétrica”, “fisiodoula”, “fisioterapeuta especialista em urogineco”, dentre outras. Considerando o código de ética e deontologia do fisioterapeuta, e a Resolução COFFITO nº 401/2011, marque a opção mais assertiva.

**(A)** Qualquer fisioterapeuta que atue profissionalmente na referida área, pode se identificar como especialista, e especialmente a subárea em que atua, conforme a Resolução 401.

**(B)** Somente poderá se identificar como especialista aquele profissional que tiver cursado a especialização pertinente à referida área.

**(C)** Somente poderá se identificar como especialista aquele profissional que obteve o título de especialista, através do certame, e utilizar o título de fisioterapeuta especialista em saúde da mulher.

**(D)** Somente poderá se identificar como especialista aquele profissional que obteve o título de especialista, através do certame, devendo obrigatoriamente especificar em sua apresentação a subárea da Saúde da Mulher, na qual é especialista de fato.

**(E)** Ainda que o profissional seja especialista em saúde da mulher, com título obtido através do certame, deve utilizar as expressões mais genéricas,

pois elas apresentam linguagem acessível ao público leigo.

**4)**

4) Considerando a Resolução COFFITO nº 555/2022, sobre a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), assinale a alternativa correta:

**(A)** A Comissão Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (CNPF) prevê atualização quadrienal da CBDF, considerando o período de gestão vigente do COFFITO.

**(B)** Os Diagnósticos Fisioterapêuticos nas condições de “Limitações de Mobilidade” (CBDF M) e “Restrições à Participação Social” (CBDF P) dizem respeito à identificação e distinção das condições de limitações de mobilidade e restrições à participação social, consequentes ou não a uma ou mais deficiências cinético-funcionais.

**(C)** Tem a finalidade de padronizar as designações de condições e/ou deficiências cinético-funcionais, descrevendo-os e codificando-os em uma classificação própria de Diagnósticos Fisioterapêuticos, substituindo, no Brasil, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), pois também se baseia nos modelos biopsicossocial e funcional do indivíduo.

**(D)** Diagnósticos fisioterapêuticos nas condições de “saúde cinético-funcional” tem unicamente o propósito de conduzir a prevenção de deficiências cinético-funcionais.

**(E)** Prognósticos Fisioterapêuticos podem ser definidos a partir da análise de dados semiológicos observados no presente, com o intuito de supor um estágio futuro de uma deficiência cinético-funcional, sendo útil também para avaliação do resultado ao longo de um período (manutenção, melhora ou piora das deficiências cinético-funcionais, sem necessariamente considerar limitações e/ou restrições a participação social).

5)

5) Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher prestou atendimento fisioterapêutico à sra. R.J.P., de 58 anos, cuja queixa inicial era incontinência urinária de esforço, associada a uma sensação de peso no canal vaginal. Foram realizados 6 atendimentos e ao final a fisioterapeuta emitiu um laudo fisioterapêutico como garantia documental da realização e finalização de plano de tratamento. Mediante a situação descrita acima e seus conhecimentos referentes à Resolução do COFFITO nº 414/2012, é correto afirmar:

**(A)** Em sua proteção, em caso de assistência domiciliar, o fisioterapeuta poderá manter em seu poder o prontuário do paciente e emitir a cópia do deste documento para ficar sob domínio do paciente/cliente/usuário, mediante assinatura deste ou do responsável legal atestando que a assistência foi prestada.

**(B)** Em convergência com a obrigatoriedade do registro em prontuário das atividades assistenciais prestados pelo fisioterapeuta, ao final do tratamento fisioterapêutico realizado no âmbito domiciliar de seu cliente/paciente/usuário poderá o fisioterapeuta, caso queira, tirar cópia de inteiro teor do prontuário e guardá-lo consigo de acordo com o estabelecido nesta Resolução.

**(C)** É vedado ao fisioterapeuta negar ao cliente/paciente/usuário ou seu responsável legal o acesso ao seu prontuário, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o cliente/paciente ou a terceiros. Nesse sentido, cabe ao fisioterapeuta manter os registros do prontuário por meio de cópia do original sob domínio do paciente/cliente/usuário ou do seu representante legal.

**(D)** É obrigatório o registro em prontuário das atividades assistenciais prestadas pelo fisioterapeuta aos seus clientes/pacientes. Quando a assistência fisioterapêutica for prestada no âmbito domiciliar de seu cliente/paciente, a cópia do prontuário deverá ser guardada no próprio domicílio deste devendo o fisioterapeuta orientar a todos os integrantes do núcleo familiar a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário do cliente/paciente/usuário.

**(E)** O prontuário fisioterapêutico e seus respectivos dados pertencem ao cliente/paciente/usuário só podem ser divulgados com sua autorização ou a de

seu responsável legal, ou por dever legal ou justa causa. O prontuário fisioterapêutico deve estar permanentemente disponível, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal, permita o acesso a cópia dele, devendo o fisioterapeuta guardar o prontuário original por um período de até 5 anos nos termos desta Resolução.

---

**6)**

6) Recurso terapêutico manual é amplamente utilizado para alívio da dor. No tratamento da dor genitopélvica associada à hipertonia muscular, a massagem perineal é utilizada como um recurso terapêutico manual. Qual é o principal mecanismo pelo qual essa técnica atua na redução da dor nesses casos?

- (A) Aumento do fluxo sanguíneo local promovendo a oxigenação muscular e a eliminação de metabólitos
- (B) Indução de contração reflexa do assoalho pélvico, o qual aumenta a coordenação motora e a força muscular
- (C) Aumento da resistência e da endurance muscular aumentando o limiar de dor
- (D) Liberação de hormônios endógenos, o qual proporcionam um efeito analgésico sistêmico e generalizado
- (E) Modulação do tônus muscular e do sistema nervoso, atuando na inibição do ciclo dor-espasmo e na dessensibilização tecidual

**7)**

7) Para traçar uma conduta fisioterapêutica relacionada à disfunção sexual feminina, é preciso entender o que se espera em uma função sexual preservada. Segundo a Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11), a função sexual é entendida como a capacidade de engajar-se em comportamentos sexuais e experienciar respostas sexuais adequadas ao contexto fisiológico, psicológico e relacional da pessoa. Mais especificamente, para mulheres, a função sexual envolve a capacidade de passar pelos estágios do ciclo de resposta sexual, que incluem:

- (A) Iniciação, desejo, excitação subjetiva, excitação genital. Desejo, excitação, resolução.
- (B) Desejo, excitação, resolução
- (C) Desejo, excitação, orgasmo, satisfação.
- (D) Excitação, orgasmo e resolução.
- (E) Desejo, excitação e satisfação.

**8)**

8) Mulher de 56 anos, menopausada há 6 anos, sem uso de terapia de reposição hormonal, com queixa de urgência miccional, prurido vaginal, ressecamento e dispareunia. Assinale a alternativa CORRETA no que se refere às alterações hormonais e à nomenclatura correta da fase do ciclo reprodutivo em que esta mulher se encontra.

(A) Estágio +2, pós-menopausa tardia, amenorreia há mais de 5 anos, aumento do FSH (hipofisário) e redução de estrogênio e progesterona.

(B) Estágio +1, transição menopausal, amenorreia há mais de 5 anos, redução do FSH (hipofisário) e redução de estrogênio e progesterona.

(C) Estágio +2, pós-menopausa tardia, amenorreia há mais de 5 anos, redução do FSH (hipofisário) e redução de estrogênio e progesterona.

(D) Estágio +1, pós-menopausa precoce, amenorreia há mais de 5 anos, aumento do FSH (hipotalâmico) e redução de estrogênio e progesterona.

(E) Estágio +2, pós-menopausa tardia, amenorreia há mais de 5 anos, aumento do FSH (hipotalâmico) e redução de estrogênio e progesterona.

**9)**

9) Qual o nome da condição clínica, muito comum nas mulheres em idade reprodutiva, caracterizada pelo conjunto de alterações físicas, de humor, cognitivas e comportamentais, iniciadas nas duas semanas prévias à menstruação, que são amenizadas após o início do fluxo menstrual, que são cíclicas e recorrentes?

- (A) Transtorno disfórico pré-menstrual
- (B) Dismenorreia primária
- (C) Síndrome pré-menstrual
- (D) Endometriose
- (E) Climatério

**10)**

10) A síndrome pré-menstrual engloba sintomas como: aumento do tamanho e da sensibilidade das mamas, edema de extremidades, ganho de peso, dor de cabeça, distensão abdominal, acne, depressão, crises de raiva, irritabilidade, alterações de humor, fadiga, depreciação da autoimagem, alteração do apetite e isolamento social. A intensidade dos sintomas varia entre as mulheres e para a maioria, os sintomas são leves. Porém, algumas podem apresentar sintomas intensos e até incapacitantes de origem psíquica ou comportamental, com impacto significativo na qualidade de vida da mulher, caracterizando uma forma mais grave, classificado como um transtorno de saúde mental. Assinale a alternativa CORRETA sobre o nome desta condição mais grave:

- (A) Endometriose
- (B) Dismenorréia secundária
- (C) Climatério

- (D) Transtorno depressivo maior
  - (E) Transtorno disfórico pré-menstrual
- 

11)

11) A dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor persistente em estruturas relacionadas à pelve, frequentemente acompanhada de repercussões cognitivas, emocionais, sexuais e funcionais. Essa condição representa importante problema de saúde pública, com prevalência de até 25% e elevado impacto socioeconômico. Entre as estratégias de manejo, destacam-se as técnicas fisioterapêuticas conservadoras, de baixo risco e custo-efetiva. Diante das técnicas empregadas no manejo da DPC, assinale a alternativa correta sobre o mecanismo de ação:

- (A) A manipulação miofascial provoca alterações no tecido conjuntivo de regiões dolorosas, permitindo o reparo local e restabelecimento da função muscular.
  - (B) A eletroterapia promove liberação, no organismo, do cortisol, que se liga aos receptores do sistema nervoso central e periférico, diminuindo a percepção de dor.
  - (C) A cinesioterapia é composta de exercícios e alongamentos da região toracolombar, cintura escapular e pélvica com intuito de manutenção das alterações posturais adotadas pela mulher com DPC.
  - (D) Os exercícios direcionados aos músculos do assoalho pélvico auxiliam nas contrações descoordenadas, aliviando contraturas e aumentando as tensões locais.
  - (E) Exercícios aeróbicos leves ou moderados são recomendados para otimização do condicionamento físico, redução do estresse e promoção de dores miofasciais.
- 

12)

12) O sistema anorretal, em sua função de continência e evacuação, depende intrinsecamente da integridade e coordenação das estruturas musculares. A musculatura local é composta por três componentes principais: o músculo levantador do ânus, o esfíncter anal externo e o esfíncter anal interno. Considerando a anatomia do sistema anorretal, analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O esfíncter anal interno é um músculo liso involuntário que termina cerca de 10 mm proximal à extremidade distal do esfíncter externo. É o principal responsável pelo fechamento do canal anal em repouso, por meio de atividade excitatória miogênica e

simpática. Este músculo também relaxa para facilitar a evacuação.

- (B) O esfíncter anal externo é um músculo liso e estriado que tem de 0,6 cm a 1,0 cm de espessura e cobre todo o esfíncter interno. Sua função principal é relaxar-se para preservar a continência quando há fezes ou flatos no reto, ou quando a pressão intra-abdominal aumenta. Este músculo também relaxa para facilitar a evacuação.

- (C) Os músculos levantadores do ânus são um par de lâminas largas de músculos estriados que se encontram abaixo dos órgãos pélvicos. Existem três componentes principais com diferentes inserções, sendo eles: músculo pubococcígeo, iliococcígeo e transverso superficial do períneo. Estes músculos também relaxam para facilitar a evacuação.

- (D) A distensão do reto, ou seja, quando o reto se expande para acomodar as fezes ou gases, resulta em contração do reto, contração do músculo esfíncter anal interno e relaxamento do músculo esfíncter anal externo, o que facilita a evacuação e também o enchimento retal.

- (E) O mecanismo de continência fecal requer um canal anal fechado em repouso, função sensorial para detectar a presença de flatos ou fezes no reto, resposta reflexa intacta dos músculos apropriados, reconhecimento cognitivo do sinal sensorial, capacidade de armazenamento adequada no reto e função inadequada dos músculos puborretais e esfíncteres.

---

13)

13) A neurofisiologia da micção é um processo complexo que envolve a coordenação entre o sistema nervoso central e o trato urinário inferior. O controle é modulado por centros nervosos no cérebro, tronco encefálico e medula espinhal. Durante o processo de armazenamento de urina, quais mecanismos neurais são ativados para promover a continência?

- (A) Estímulo parassimpático pelo nervo pélvico, que contrai o detrusor e relaxa o esfíncter uretral.
- (B) Estímulo simpático pelo nervo hipogástrico e ativação do nervo pudendo para contrair o esfíncter uretral externo.
- (C) Inibição do estímulo simpático e do nervo pudendo, permitindo o relaxamento da uretra e o esvaziamento vesical.
- (D) Estímulo exclusivo do centro pontino da micção para promover a contração do detrusor.

(E) Ativação da substância cinzenta periaquedutal que desencadeia reflexo imediato de micção.

---

**14)**

14) As correntes excitomotoras (estimulação elétrica neuromuscular ou estimulação elétrica funcional), estão entre as diversas possibilidades terapêuticas disponíveis para a escolha clínica do Fisioterapeuta em Saúde da Mulher. Escolha a alternativa que melhor descreve uma das aplicações das correntes excitomotoras:

- (A) Cicatrização de feridas abertas.
  - (B) Diminuição da atividade de fibroblastos.
  - (C) Tratamento de infecções bacterianas.
  - (D) Auxílio no tratamento da hiperidrose.
  - (E) Reeducação muscular.
- 

**15)**

15) Gestante de 35 anos, múltipara, com diabetes gestacional, histórico de sedentarismo, foi encaminhada ao fisioterapeuta da clínica de saúde da família para realizar os exercícios terapêuticos para diabetes gestacional. Após a avaliação, o raciocínio clínico para a prescrição fisioterapêutica inicial deverá considerar:

- (A) Exercícios de intensidade leve, cuja frequência cardíaca deverá ser < 40% da FC máxima.
  - (B) Exercícios de intensidade alta cuja frequência cardíaca deverá ser <60% da FC máxima.
  - (C) Exercícios de intensidade leve, cuja frequência cardíaca deverá ser < 60% da FC máxima.
  - (D) Exercícios de intensidade moderada cuja frequência cardíaca deverá ser < 40% da FC máxima.
  - (E) Não há necessidade de realizar cálculo da frequência cardíaca máxima ou de intensidade, pois a gestante deverá realizar apenas o que for possível.
- 

**16)**

16) As disfunções sexuais femininas têm causa multifatorial. Apesar de saber da heterogeneidade dos estudos que investigaram efeitos do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) para as disfunções sexuais, assinale a alternativa CORRETA das evidências científicas mais atuais a respeito desse tema:

- (A) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhorou a excitação e o orgasmo de mulheres
- (B) O TMAP não alterou padrões de satisfação e de dor genito-pélvica à penetração

(C) A pontuação geral do Índice de Função Sexual Feminina manteve-se estável em mulheres submetidas ao TMAP

(D) Foi encontrada uma certeza de evidência moderada a alta nos estudos sobre o TMAP para disfunções sexuais femininas

(E) Efeitos colaterais como aumento da tensão do assoalho pélvico foram relatados em mulheres submetidas às intervenções com TMAP

---

**17)**

17) Mulher de 70 anos, G5Pn3Pc1A1, encaminhada pela enfermeira da unidade básica de saúde para o serviço de fisioterapia especializado em saúde da mulher com queixa de bola na vagina, peso em baixo ventre, urgência miccional e esvaziamento vesical incompleto, com início dos sintomas há 5 anos. Durante a avaliação fisioterapêutica, o prolapso foi classificado em estágio 2 (para parede anterior e apical) e a força muscular de grau 1 pela escala de Oxford modificada. Considerando a literatura científica disponível, assinale a alternativa correta no que se refere à conduta fisioterapêutica adequada para o tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos:

(A) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico e medidas comportamentais (mudanças no estilo de vida, perda de peso e redução da pressão intra-abdominal) são contraindicados neste caso.

(B) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico apresenta nível 1 de evidência e grau de recomendação A para o tratamento dos sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos.

(C) O treinamento dos músculos do assoalho pélvico deveria ter sido recomendado no período pré-natal com o objetivo de prevenir o prolapso dos órgãos pélvicos desta mulher no período pós-parto.

(D) O uso de pessários vaginais tem maior nível de evidência científica quando comparado ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para o tratamento conservador de prolapso grau 2.

(E) O tratamento fisioterapêutico como estratégia conservadora não seria indicado, uma vez que o tratamento de primeira linha com maior nível de evidência científica para prolapso de órgãos pélvicos é a cirurgia.

“curl-up” possam ser mais eficazes do que intervenção mínima na redução da distância inter-reto.

---

**18)**

18) Sobre o tratamento fisioterapêutico da diástase do reto abdominal (DRA) no período pós-parto, qual das seguintes afirmações é a correta com relação as evidências científicas disponíveis?

(A) Há evidência de alta qualidade de que o treinamento do músculo transverso abdominal reduz significativamente a distância inter-reto.

(B) Há evidência de qualidade moderada de que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é mais eficaz do que intervenções mínimas para tratar DRA.

(C) Há evidência de qualidade muito baixa de que os exercícios do músculo de transverso abdominal e

**(D)** Há evidência de boa qualidade de que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico e outros exercícios reduzem a prevalência de DRA aos 6 e 12 meses pós-parto.

**(E)** Há evidência de que o treinamento do músculo transversal abdominal não apresentou nenhum efeito sobre a distância inter-reto, sendo classificado como ineficaz.

---

**19)**

19) Recomenda-se que gestantes realizem pelo menos 150 minutos semanais de atividade aeróbica distribuídos ao longo da semana. Qual seria a melhor recomendação de exercício para uma gestante de 26 anos, com 21 semanas de gestação, nulípara, sedentária, obesa e com diagnóstico de diabetes gestacional?

**(A)** Frequência de 3 a 4x por semana; moderada intensidade (12 a 14 da escala de Borg); tempo: 15 min e progredir até 30 min; exercícios aeróbicos como caminhada e de resistência com faixas elásticas.

**(B)** Frequência de 3 a 4x por semana; moderada intensidade (12 e 13 da escala de Borg); tempo: 10 min e progredir até 60 min; exercícios aeróbicos como bicicleta ergométrica e de resistência com peso.

**(C)** Frequência de 2 a 3x por semana; leve intensidade (um pouco cansativo); tempo: 15 min e progredir até 30 min; exercícios aeróbicos como bicicleta ergométrica e de resistência com faixas elásticas.

**(D)** Frequência de 2 a 4x por semana; moderada intensidade (14 da escala de Borg); tempo: 15 min e progredir até 45 min; exercícios aeróbicos como caminhada e de resistência com faixas elásticas.

**(E)** Frequência de 3x por semana; leve intensidade (11 da escala de Borg); tempo: 10 min e progredir até 45min; exercícios aeróbicos como caminhada e de resistência com peso.

---

**20)**

20) O gerenciamento ativo do autocuidado pela paciente no pós-operatório de câncer de mama é fundamental para prevenir complicações, especialmente o linfedema. Considerando a necessidade de participação da mulher no manejo do próprio risco e distinguindo orientações corretas de mitos/conduas ultrapassadas, assinale a alternativa correta:

**(A)** A prática de exercícios físicos progressivos, incluindo exercícios resistidos moderados é

recomendada, por serem seguros, não aumentarem o risco de linfedema e favorecerem a funcionalidade e a qualidade de vida.

**(B)** O repouso relativo e a restrição de atividades cotidianas leves, como pentear o cabelo ou vestir-se, são medidas recomendadas até a retirada dos pontos, para não promover sobrecarga e prevenir o linfedema.

**(C)** Aferição de pressão arterial, coleta de sangue e punções no braço homolateral à cirurgia são fatores de risco bem estabelecidos para linfedema e devem ser permanentemente proibidos.

**(D)** A exposição a calor local, como saunas e banhos quentes, pode auxiliar na drenagem linfática e no relaxamento, por isso, é considerada medida preventiva adequada.

**(E)** Todas as pacientes devem utilizar rotineiramente braceiras compressivas de alta pressão (classe II – 30 a 40 mmHg) após a cirurgia, independentemente de fatores de risco ou sintomas.

---

**21)**

21) F.S.T, 42 anos, foi encaminhada para tratamento ambulatorial de disfunção sexual. Sente diminuição da libido e frouxidão vaginal durante o ato sexual. Ela conversa com o fisioterapeuta e deseja iniciar o tratamento, porém pergunta sobre a previsão de tempo que leva para ter seu assoalho pélvico mais fortalecido. Em relação ao tempo de intervenção dos programas de fortalecimento do assoalho pélvico voltados à disfunção sexual, assinale a alternativa correta sobre o que a literatura recomenda:

**(A)** Programa de sessão isolada por 30 minutos

**(B)** Programas contínuos com duração entre 8 e 12 semanas

**(C)** Programas de sessão isolada e orientações através de cartilhas

**(D)** Programas contínuos com duração de 2 semanas

**(E)** Programas de exercícios sem frequência definida

---

**22)**

22) Diversas técnicas têm sido estudadas para o tratamento da disfunção sexual feminina nas diversas áreas da saúde. Sobre as modalidades de tratamento fisioterapêutico, qual a principal estratégia terapêutica mais indicada inicialmente?

**(A)** Treino aeróbico de alta intensidade

**(B)** Treino progressivo da musculatura do assoalho pélvico

**(C)** Massagem perineal profunda

**(D)** Pilates

**(E)** Mobilização pélvica

---

**23)**

23) Pacientes com dissinergia abdomino-pélvica podem apresentar sintomas de disfunções sexuais. No tratamento fisioterapêutico de mulheres com disfunção sexual, qual a função do relaxamento perineal no contexto do treinamento muscular do assoalho pélvico?

**(A)** Favorecer o aumento da pressão intra-abdominal

**(B)** Melhorar apenas a vascularização local, sem efeito funcional

**(C)** Facilitar a sinergia com os músculos glúteos e abdominais

**(D)** Evitar o aumento de tônus e permitir o ciclo completo de contrair-relaxar

**(E)** Substituir o treinamento de força e endurance

---

**24)**

24) Entre as intervenções fisioterapêuticas que podem auxiliar mulheres com desordem de orgasmo, qual delas apresenta evidência científica de eficácia?

**(A)** Treinamento de força máxima do assoalho pélvico, sem foco em consciência corporal

**(B)** Educação sexual, biofeedback e uso de vibradores para facilitar a resposta orgásmica

**(C)** Alongamento global e exercícios respiratórios, exclusivamente

**(D)** Massagem perineal isolada como tratamento de primeira linha

**(E)** Exercícios hipopressivos sem associação com outras técnicas

---

**25)**

25) Durante a avaliação e o tratamento fisioterapêutico da desordem de dor genitopélvica/penetração, quais aspectos devem ser priorizados para favorecer a reabilitação sexual da paciente?

**(A)** Estimular contrações rápidas e repetidas do assoalho pélvico para melhorar a potência muscular.

**(B)** Realizar apenas exercícios respiratórios diafragmáticos, sem associação com técnicas locais.

**(C)** Aplicar eletroestimulação intravaginal de forma precoce e intensiva, mesmo em pacientes com dor significativa.

**(D)** Orientar abstinência sexual completa até a normalização total da função muscular.

**(E)** Garantir progressão gradual, respeito ao limite da paciente, educação sobre resposta sexual e exercícios de relaxamento do assoalho pélvico.

---

**26)**

26) Mulher de 45 anos, obesidade grau 1 (IMC 32,6) e arritmia cardíaca controlada com medicação, com queixa de constipação e urgência miccional. Na avaliação fisioterapêutica relatou sensação de peso vaginal há 5 anos (com piora nos últimos 6 meses após iniciar em um novo emprego onde precisa carregar mais peso), sensação de esvaziamento vesical/anal incompleto, e episódios frequentes de infecção urinária. Ao exame físico, foram observados os seguintes dados: Aa 0, Ba 0, Ap +2, Bp +2, TVL 9, C -1, D -2, Gh 5, Pb 3. A partir das informações obtidas, assinale a alternativa CORRETA no que se refere a quantificação dos prolapso de órgãos pélvicos:

**(A)** Foi utilizado o sistema de quantificação Baden-Walker que identificou cistocele grau 2, retocele grau 3, uterocele grau 1.

**(B)** Foi utilizado o sistema de quantificação Baden-Walker que identificou cistocele grau 2, retocele grau 3, uterocele grau 1.

**(C)** Foi utilizado o sistema de quantificação POP-Q que identificou prolapso de parede anterior em estágio 1, parede posterior em estágio 3 e apical em estágio 2.

**(D)** Foi utilizado o sistema de quantificação POP-Q que identificou prolapso de parede anterior em estágio 2, parede posterior em estágio 3 e apical em estágio 2.

**(E)** Foi utilizado o sistema de quantificação POP-Q que identificou prolapso de parede anterior estágio 3, parede posterior estágio 3 e apical em estágio 2.

---

**27)**

27) A Dismenorreia primária é uma desordem ginecológica comum nas mulheres em idade reprodutiva e pode ser tratada de forma complementar por meio de psicoterapia e fisioterapia. Dentre as opções terapêuticas destaca-se a prescrição de exercícios físicos por ser uma alternativa de baixo custo, fácil execução e ampla aplicabilidade. Assinale a alternativa CORRETA sobre a explicação de como exercício físico promove a redução da dor e melhora na qualidade de vida nas mulheres com dismenorreia:

**(A)** Melhora do fluxo sanguíneo, gerando um desequilíbrio eletrolítico, o que promove um aumento nos níveis de prostaglandinas endógena.

**(B)** Melhora do fluxo sanguíneo, gerando liberação de neurotransmissores, o que promove redução nos níveis de prostaglandinas endógena.

**(C)** Os efeitos são secundários ao aumento do fluxo sanguíneo uterino e com conseqüente fluxo menstrual elevado.

**(D)** Os exercícios promovem bem-estar apenas por desviarem a atenção da mulher em relação à dor.

**(E)** Os exercícios promovem redução do limiar de dor, redução das contrações uterinas, diminuição do estresse e aumento da fadiga.

**28)**

28) A dor pélvica crônica se caracteriza pela presença de dor não menstrual na região pélvica com duração de pelo menos 6 meses. Sua etiologia ainda não está bem definida, podendo se associar a diversos distúrbios em diferentes sistemas gastrointestinal, musculoesquelético, urinário, reprodutor e psiconeurológico. Sobre o manejo fisioterapêutico desta condição, assinale a alternativa CORRETA:

**(A)** A eletroterapia baseia-se na teoria das Comportas da dor, que propõe que o estímulo elétrico chega ao corno anterior com maior velocidade, estimulando as fibras nociceptivas, aliviando a percepção de dor.

**(B)** Liberação miofascial na região perineal e introito vaginal, além da massagem perineal podem oferecer alívio da dor.

**(C)** Cinesioterapia global, como alongamento, fortalecimento e correção das disfunções da região do quadril, pelve e coluna lombar não se mostram eficazes para manejo de dor de origem musculoesquelética.

**(D)** Nos casos de aderências pélvicas, é recomendado uso de gelo para reduzir a extensibilidade do tecido

conjuntivo e facilitar a execução da terapia manual.

**(E)** Orientações acerca das causas da dor e sua condição de saúde podem aumentar a ansiedade e medo pela paciente, prejudicando sua adesão ao tratamento proposto pelo fisioterapeuta.

---

**29)**

29) MLB, 34 anos, foi diagnosticada com endometriose há cinco anos. Ela relata dor pélvica, com piora durante o ciclo menstrual e dispareunia de penetração e profundidade durante a relação sexual. Relata história de tratamento farmacológico com resposta terapêutica limitada, persistindo com sintomas algícos e impacto funcional significativo. Foi encaminhada para fisioterapia com o objetivo de reduzir a dor e melhorar sua qualidade de vida. Na avaliação, observa-se aumento de tônus e presença de trigger points e dor (8 em 10 na Escala Visual Analógica) durante palpação dos músculos do assoalho pélvico, e padrões respiratórios alterados relacionados à dor crônica. Assinale a alternativa que contempla uma conduta fisioterapêutica com comprovação científica para o caso de MLB:

**(A)** Intervenções como parte de um programa unidimensional, com uso de eletroterapia na região abdominal, sem associação com outras técnicas terapêuticas.

**(B)** Intervenções como parte de um programa unidimensional, com realização de exercícios resistidos de alta intensidade e curta duração, com foco exclusivo em ganho de força abdominal.

**(C)** Intervenções como parte de um programa multidimensional, com aplicação de técnicas de terapia manual miofascial, associadas a exercícios respiratórios e eletroterapia (TENS).

**(D)** Intervenções como parte de um programa multidimensional, incluindo repouso, relaxamento e alongamentos passivos, sem exercícios ativos ou manipulações.

**(E)** Intervenções como parte de um programa multidimensional, com suspensão das atividades físicas por tempo indeterminado e foco em terapias passivas e repouso para controle da dor.

**30)**

30) A incontinência fecal é uma condição que compromete a qualidade de vida, causando impacto emocional, físico e social. O tratamento conservador é uma das primeiras estratégias indicadas, pois envolve medidas não invasivas que buscam reduzir sintomas e prevenir sua progressão. Sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da incontinência fecal, assinale a alternativa CORRETA:

**(A)** Mudanças de hábitos de vida só podem ser recomendadas pelo profissional de saúde quando há

evidências científicas robustas e não podem ser avaliadas individualmente.

**(B)** O manejo conservador da incontinência fecal inclui educação do paciente, ajustes na dieta e ingestão de líquidos, incentivo à atividade física, estabelecimento de rotina de refeições e evacuação.

**(C)** O treinamento dos músculos do assoalho pélvico não é recomendado como intervenção precoce na incontinência fecal, pois apresenta alto custo, alto risco de complicações e nenhuma evidência científica.

**(D)** A eficácia do biofeedback associado ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico não depende do treinamento ou experiência do profissional, podendo ser aplicado por qualquer pessoa.

**(E)** O tratamento fisioterapêutico da incontinência fecal foca apenas no fortalecimento muscular do assoalho pélvico, sem integrar orientações sobre hábitos de vida, rotina intestinal ou educação do paciente.

**31)**

31) Mulher de 58 anos, G3P3A0, procurou atendimento fisioterapêutico com queixa de perda frequente de fezes pastosas e urgência fecal nos últimos dois anos, com episódios de escape fecal pelo menos três vezes por semana. Relata que a perda já aconteceu no Pilates ou quando não consegue chegar rapidamente ao banheiro. Refere histórico de partos vaginais prolongados, com laceração perineal grau III não reparada adequadamente, e constipação crônica na juventude. Há dois anos, realizou cirurgia de hemorroidectomia. Desde então, notou piora dos sintomas. Relata evitar encontros sociais e interrompeu o Pilates por vergonha dos escapes fecais. Questionários aplicados: PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – 20) mostrou desconforto grave dos sintomas do assoalho pélvico e a Escala de Wexner indicou escores altos para incontinência fecal líquida e a flatos, com impacto diário na qualidade de vida. Após realizar uma avaliação fisioterapêutica criteriosa e completa e construir o diagnóstico fisioterapêutico, qual o tratamento mais indicado para esta paciente?

**(A)** Contraindicada a eletroestimulação do nervo tibial, sendo indicada somente em casos de queixas urinárias.

**(B)** Indicado o treinamento dos músculos do assoalho pélvico para restaurar a coordenação abdominopélvica, a função motora esfinteriana e a sensibilidade retal.

**(C)** Contraindicada a prática de atividade física durante o tratamento fisioterapêutico, devendo a paciente retomá-la somente após a alta.

**(D)** Ao receber a contra-referência da nutricionista, é indicado reforçar as orientações sobre a liberação de alimentos irritativos e o aumento da ingestão de fibras em caso de fezes líquidas.

**(E)** Contraindicada ingesta hídrica por alterar a consistência das fezes e piorar o quadro de perda fecal.

---

**32)**

32) Durante o trabalho de parto, a termoterapia é um dos recursos fisioterapêuticos que podem ser empregados para o alívio da dor e para promover o bem-estar materno. Dentre os recursos termoterápicos, assinale a alternativa correta daqueles que podem ser utilizados no alívio da dor durante o trabalho de parto:

**(A)** Imersão em água quente; infravermelho; ultrassom.

**(B)** Imersão em água quente; ultrassom; compressas quentes.

**(C)** Compressas quentes; infravermelho; microondas.

**(D)** Banho de chuveiro com ducha aquecida; absorvente gel; microondas.

**(E)** Banho de chuveiro com ducha aquecida; infravermelho; compressas quentes.

---

**33)**

33) Com relação à assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto, assinale a alternativa correta:

**(A)** As intervenções fisioterapêuticas durante o trabalho de parto não promovem impacto significativo sobre a duração da fase ativa, mas apresentam forte evidência de aumento da taxa de cesariana.

**(B)** As intervenções fisioterapêuticas durante o trabalho de parto promovem efeito benéfico na redução da intensidade da dor e no tempo da fase ativa, sem aumento de eventos adversos.

**(C)** As intervenções fisioterapêuticas durante o trabalho de parto não promovem efeitos na percepção de dor, com aumento significativo de lacerações perineais de 3º e 4º grau.

**(D)** As intervenções fisioterapêuticas durante o trabalho de parto devem ser utilizadas com cautela, pois piora os desfechos neonatais.

**(E)** As intervenções fisioterapêuticas durante o trabalho de parto promovem aumento da necessidade de ocitocina e de analgesia, sem benefícios sobre dor ou duração do trabalho de parto.

---

**34)**

34) Em uma maternidade pública, a fisioterapeuta foi chamada para assistir uma parturiente no centro obstétrico. A parturiente de 29 anos, G1, com hipertensão controlada, dilatação uterina de 7 cm, há 15 horas em trabalho de parto, cabeça fetal situada em altura -1cm, conforme plano de De Lee, relatando grau 10 de dor (escala EVA), ansiedade e medo. Após avaliação da equipe, incluindo a fisioterapeuta, foi constatado que a frequência respiratória da parturiente era de 27 irpm, com saturação de 98%, e cardiocografia dentro da normalidade. Considerando o quadro apresentado e as condutas respiratórias que a fisioterapeuta precisará orientar, é correto afirmar que:

**(A)** A fisioterapeuta deve orientar a respiração lenta e profunda com expiração forçada durante a contração de forma contínua, ainda que não tenha ocorrido treinamento prévio durante o pré-natal.

**(B)** A fisioterapeuta deve encorajar respiração lenta e profunda durante a contração e adaptada a cada fase do trabalho de parto, ainda que não tenha ocorrido treinamento prévio durante o pré-natal.

**(C)** A fisioterapeuta deve encorajar a respiração lenta e profunda com expiração lenta de forma contínua durante todo o trabalho de parto, ainda que não tenha ocorrido treinamento prévio durante o pré-natal.

**(D)** A fisioterapeuta deve implementar o uso de suporte de O2 durante todo o trabalho de parto, considerando que a dor provoca hiperventilação, nos casos que não tenha ocorrido treinamento prévio durante o pré-natal.

**(E)** A fisioterapeuta deve encorajar, durante a fase de expulsão, a manobra de valsalva mantendo apneia para potencializar a força de expulsão, ainda que não tenha ocorrido treinamento prévio durante o pré-natal.

---

**35)**

35) Parturiente com 40 semanas de idade gestacional, alto risco, sobrepeso, dificuldade de mobilidade, com colo uterino com dilatação total, feto em apresentação cefálica no plano +2 de De Lee em occipito direito anterior, bolsa rota há 1 hora e dinâmica uterina de duas contrações em 10 minutos com duração de 45s (2/10'/45"). Diante do diagnóstico de fadiga materna, qual a conduta o fisioterapeuta deve adotar em relação ao posicionamento e ao tipo de movimentação?

(A) Orientar a parturiente permanecer em decúbito lateral direito e o fisioterapeuta deve realizar exercícios ativo-assistidos em MMII, priorizando a rotação interna da articulação coxo femoral direita.

(B) Orientar a parturiente permanecer em decúbito lateral esquerdo e o fisioterapeuta deve realizar exercícios ativo-assistidos em MMII, priorizando a rotação externa da articulação coxo femoral esquerda.

(C) Orientar a parturiente permanecer em decúbito lateral direito e o fisioterapeuta deve realizar exercícios passivos em MMII priorizando a rotação interna da articulação coxo femoral direita.

(D) Orientar a parturiente permanecer em decúbito lateral direito e o fisioterapeuta deve realizar exercícios passivos em MMII, priorizando a rotação externa da articulação coxo femoral.

(E) Orientar a parturiente permanecer em decúbito lateral esquerdo e o fisioterapeuta deve realizar exercícios passivos em MMII priorizando a rotação externa da articulação coxo femoral esquerda.

---

**36)**

36) O período puerperal é marcado por uma série de adaptações no organismo materno. O íleo paralítico pós-parto é caracterizado por uma parada temporária do peristaltismo intestinal, gerando sintomas como distensão abdominal, dor, náusea, vômito e constipação. Diante desse quadro, qual a melhor conduta fisioterapêutica inicial?

(A) Indicar exercícios abdominais para estimular o retorno do peristaltismo e cinesioterapia respiratória.

(B) Prescrever repouso absoluto em decúbito dorsal por 48 horas.

(C) Realizar mobilizações precoces, massagem abdominal, estimular a deambulação e exercícios respiratórios

(D) Realizar drenagem linfática e aplicar bandagens compressivas no abdômen para reduzir a distensão.

(E) Utilizar eletroestimulação abdominal de alta frequência para ativar o intestino e a deambulação.

---

**37)**

37) No pós-operatório imediato da cirurgia por câncer de mama, a avaliação fisioterapêutica é essencial para prevenção de complicações e definição das condutas. Considerando os objetivos dessa avaliação, quais parâmetros devem ser priorizados nessa fase inicial?

(A) Identificação precoce de alterações cicatriciais por palpação e inspeção, com foco principal no diagnóstico de seroma e complicações locais.

(B) Monitoramento da dor e da sensibilidade superficial, uma vez que alterações funcionais tendem a se manifestar apenas nas semanas subsequentes.

(C) Análise da amplitude de movimento do ombro com goniometria, avaliação de edema dos membros superiores por perimetria e investigação da dor, associadas à observação clínica da região operada.

(D) Avaliação postural e mensuração da força muscular do ombro, consideradas determinantes na prevenção de limitações funcionais e linfedema precoce.

(E) Aplicação de questionários funcionais padronizados, como o DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), indicados para mensuração de desfechos funcionais no período pós-operatório imediato.

---

**38)**

38) Paciente de 47 anos, submetida à mastectomia radical com dissecação axilar e radioterapia adjuvante, apresenta dor crônica na região da parede torácica e no ombro direito, de característica neuropática (queimação, hiperalgesia e parestesias), com impacto negativo na mobilidade e nas atividades de vida diária. Ela está em acompanhamento fisioterapêutico e questiona sobre a possibilidade de uso de recursos eletrofísicos para alívio da dor. Qual das opções abaixo é correta em relação à conduta mais indicada para o caso acima?

(A) O uso da estimulação elétrica transcutânea é contraindicado em dor neuropática pós-mastectomia, pois não há evidência de eficácia nesse contexto.

(B) A aplicação da estimulação elétrica transcutânea pode ser utilizada como estratégia analgésica adjuvante, pois altera a percepção da dor.

(C) O ultrassom terapêutico pode ser utilizado sobre a área cicatricial irradiada, pois reduz o risco de fibrose e melhora a condução neural.

(D) A fotobiomodulação de baixa intensidade não apresenta efeitos sobre dor neuropática, devendo ser evitada em pacientes com histórico de câncer de mama.

(E) O foco do tratamento deve ser exclusivamente em exercícios terapêuticos e terapia manual, já que agentes eletrofísicos não têm aplicabilidade em mulheres pós-câncer de mama.

---

**39)**

39) A radioterapia adjuvante no câncer de mama é eficaz na redução do risco de recidiva tumoral, porém pode gerar complicações tardias que impactam a função do membro superior, incluindo fibrose tecidual, linfedema e limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro. Assinale a alternativa CORRETA em relação à prevenção e manejo fisioterapêutico desses efeitos adversos:

(A) A fibrose e o linfedema pós-radioterapia são inevitáveis, e a fisioterapia não apresenta evidência de prevenção ou controle dessas complicações.

(B) O manejo fisioterapêutico inclui monitoramento do braço, cuidados com a pele irradiada, exercícios graduais de ADM e de atividades funcionais.

(C) Pacientes devem evitar qualquer mobilização do ombro irradiado durante o período de radioterapia para reduzir o risco de fibrose e dor.

(D) O manejo fisioterapêutico limita-se ao uso de crioterapia local, sem necessidade de exercícios ou avaliação funcional.

(E) A restrição da amplitude de movimento pós-radioterapia é irreversível; portanto, intervenções fisioterapêuticas tardias não têm efeito significativo.

---

**40)**

40) Mulher, 52 anos, diagnosticada com câncer de mama há 4 anos, está na fase intensiva de tratamento para o linfedema e questiona sobre a fase de manutenção. Durante a fase de manutenção do tratamento de linfedema, a assistência fisioterapêutica mais adequada deve indicar que a paciente siga as seguintes orientações:

(A) Realizar exercícios diariamente e manter os cuidados com a pele.

(B) Realizar exercícios semanalmente e utilizar compressão do membro com braçadeira.

(C) Realizar exercícios diariamente, manter os cuidados com a pele e utilizar compressão do membro com braçadeira.

(D) Realizar exercícios diariamente e utilizar compressão do membro com braçadeira.

(E) Realizar exercícios semanalmente, manter os cuidados com a pele e utilizar compressão do membro com braçadeira.

---

**41)**

41) Você como fisioterapeuta membro da equipe de estratégia de saúde da família foi designado(a) pelo coordenador do centro de saúde para liderar uma ação voltada para mulheres no climatério. Considerando que o tema principal abordado seria relacionado à prevenção de doenças cardiovasculares e osteoporose, assinale a alternativa CORRETA que contemple informações que poderiam ser incluídas em um material educativo:

(A) O risco cardiovascular de mulheres no climatério e na menopausa é o mesmo que nas demais fases do ciclo vital feminino, pois o estrogênio não exerce efeito protetor relacionado com a vasodilatação do endotélio, atividade antioxidante, inibição do crescimento e migração do músculo vascular; dessa forma, não protege o endotélio contra lesões ou espessamento.

(B) Osteoporose é uma das principais complicações decorrentes do hipoestrogenismo e pode influenciar negativamente na qualidade de vida, funcionalidade e autonomia de mulheres. Na osteoporose ocorre um aumento da densidade mineral óssea, deixando o osso menos resistente e favorecendo as fraturas que geralmente se localizam na diáfise do fêmur e do tornozelo.

(C) Mulheres no climatério devem ser encorajadas a realizar exercício regularmente por ser considerado uma prática de prevenção e promoção à saúde, melhorando a capacidade cardiovascular e respiratória, promovendo o ganho de massa óssea, a diminuição da pressão arterial em hipertensas, a melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina.

(D) O risco de quedas em mulheres no climatério e menopausa é o mesmo que em mulheres na menacme uma vez que não há correlação entre quedas e sarcopenia, diminuição da amplitude de movimento e do torque dos dorsiflexores do tornozelo e equilíbrio. Além disso, o déficit de visão e alterações posturais decorrentes do envelhecimento não predispõem a quedas.

(E) É recomendado qualquer tipo de exercício físico ou atividade física, sem restrição para mulheres no climatério com osteoporose, incluindo exercícios de alto impacto, extensão e flexão do tórax associados à rotação do tronco e atividades de mudança de direção brusca, uma vez que estes melhoram a postura e estimulam o equilíbrio.

profissionais de saúde, a sociedade e a comunidade científica. Em relação à terminologia utilizada no Brasil relacionada à avaliação e diagnóstico da função dos músculos do assoalho pélvico feminino assinale a alternativa CORRETA:

(A) A palpação vaginal consiste em um exame visual dos músculos do assoalho pélvico realizado pela inserção de 1 ou 2 dedos no canal vaginal.

(B) A força muscular é caracterizada pela capacidade de gerar força de um músculo, comumente expressa pela medida da contração involuntária máxima.

(C) A resistência é a capacidade dos músculos do assoalho pélvico em realizar contrações repetidas ou manter uma contração por um período predeterminado.

---

42)

42) No Brasil, a terminologia empregada na avaliação e diagnóstico da função dos músculos do assoalho pélvico feminino apresenta variações, dependendo da formação do fisioterapeuta, da região geográfica e do referencial teórico adotado. Tal diversidade dificulta a comunicação entre fisioterapeutas clínicos e a comunidade científica. A padronização da terminologia visa aprimorar a troca de informações, promovendo maior clareza na compreensão entre

**(D)** A dissinergia é a contração dos músculos do assoalho pélvico de forma coordenada e funcional, durante a realização de atividades como a micção ou defecação.

**(E)** A sinergia é a ação isolada de um único músculo, sem a interação de outros músculos do assoalho pélvico, para o cumprimento de uma função específica.

---

**43)**

43) A eletroterapia para o tratamento da incontinência urinária de esforço visa estimular as fibras eferentes motoras do nervo pudendo, que podem provocar uma contração direta dos músculos do assoalho pélvico ou da musculatura periuretral estriada. Quais os parâmetros mais recomendados pela literatura científica para o tratamento da incontinência urinária esforço através da eletroestimulação?

**(A)** Frequência de 10 Hz, duração de pulso de 700 us, ciclo On/Off de 1/2, tempo de 20 minutos e intensidade tolerada pela paciente.

**(B)** Frequência de 10 Hz, duração de pulso de 250 us, ciclo On/Off de 1/2, tempo de 30 minutos e intensidade tolerada pela paciente.

**(C)** Frequência de 50 Hz, duração de pulso de 400/700 us, ciclo On/Off de 2/1, tempo de 30 minutos e intensidade tolerada pela paciente.

**(D)** Frequência de 50 Hz, duração de pulso de 250 us, ciclo On/Off de 1/3, tempo de 30 minutos e intensidade tolerada pela paciente.

**(E)** Frequência de 50 Hz, duração de pulso de 700 us, ciclo On/Off de 1/2, tempo de 20 minutos e intensidade tolerada pela paciente.

---

**44)**

44) A avaliação dos sintomas relacionados à incontinência urinária utiliza diversos métodos e técnicas, como: história clínica, exame físico, diário miccional, teste do absorvente (pad test), questionários, entre outros. Em relação ao teste do absorvente, é possível quantificar e classificar a perda urinária em leve, moderada ou severa, além de avaliar a evolução do tratamento fisioterapêutico. Quais as orientações CORRETAS para realizar o teste do absorvente de 1 hora?

**(A)** A mulher deve ser orientada a usar o absorvente previamente pesado, sem urinar, ingerir 500 ml de água, permanecer sentada por 15 minutos e realizar tarefas que envolvam esforço físico, aumento da

pressão intra-abdominal e estímulo de urgência miccional. Após finalizar as tarefas, o absorvente deve ser pesado novamente.

**(B)** A mulher deve ser orientada a usar um absorvente previamente pesado, sem urinar, ingerir 500 ml de água, permanecer sentada por 15 minutos e realizar apenas as tarefas nas quais tenha ocorrido perda urinária previamente. Após a realização dessas atividades, o absorvente deve ser pesado novamente.

**(C)** A mulher deve ser orientada a usar o absorvente previamente pesado, urinar, ingerir 500 ml de bebida gaseificada, permanecer sentada por 15 minutos e realizar apenas as tarefas nas quais tenha ocorrido perda urinária previamente. Após finalizar as tarefas, o absorvente deve ser pesado novamente.

**(D)** A mulher deve ser orientada a usar o absorvente previamente pesado, urinar, ingerir 500 ml de bebida gaseificada, permanecer sentada por 15 minutos e realizar tarefas que envolvam apenas estímulo de urgência miccional, como lavar a mão em água corrente por um minuto. Após finalizar as tarefas, o absorvente deve ser pesado novamente.

**(E)** A Sociedade Internacional de Continência não orienta a realização do teste do absorvente (pad test) de 1 hora, pois ele não é eficaz nem para quantificar e nem para qualificar a perda urinária.

prolapsos, como a sensação de esvaziamento incompleto, frequência e esforço para urinar.

---

**45)**

45) Uma mulher de 39 anos, casada, advogada, G3 P2 V2 A1, refere sensação de peso e bola na vagina após seu segundo parto, o qual após um período expulsivo prolongado, necessitou da utilização de fórceps. Além disso, sente que não consegue eliminar toda urina, refere que vai muitas vezes ao banheiro, e que às vezes precisa fazer força para urinar. Relata que não perde urina aos esforços. No encaminhamento a paciente apresentou o seguinte POP-Q: Aa +1, Ba +1, C-8, Ap0 Bp0 D-9, GH4, PB3, TVL9. Exame físico: Na inspeção observou-se a presença do prolapso compatível com a queixa. A avaliação funcional do assoalho pélvico foi registrada como: tônus aumentado, P3 E5 R5 F8, relaxamento incompleto após contração máxima. Assinale a alternativa CORRETA quanto a este caso:

**(A)** O registro do estágio do prolapso de órgãos pélvicos foi feito pelo POP-Q, e neste caso não foi possível durante a inspeção observar os prolapsos no estágio da paciente, sendo verificados apenas na palpação vaginal.

**(B)** O registro da avaliação funcional do assoalho pélvico corresponde à escala PERFECT, e revela que não há deficiências nas funções musculares de força e resistência muscular.

**(C)** O registro do estágio do prolapso de órgãos pélvicos foi feito pelo POP-Q, e para avaliar o estágio do prolapso a paciente precisa realizar a manobra de valsalva, sendo o anel himenal o ponto de referência durante a manobra.

**(D)** O registro da avaliação do prolapso de órgão pélvicos corresponde ao POP-Q, e revela que a paciente apresenta prolapso de parede anterior estágio 2 e prolapso de parede posterior estágio 1.

**(E)** A paciente apresenta sintomas de enchimento vesical, que são comumente associados aos

**46)**

46) A estimulação elétrica tem um papel importante no tratamento da incontinência urinária de urgência, sobretudo com efeito neuromodulador, podendo ser usada como terapia combinada ou isolada. Marque a alternativa CORRETA sobre a aplicação da estimulação elétrica para o tratamento da incontinência urinária de urgência:

**(A)** Eletroestimulação Transcutânea com eletrodos fixados nos aferentes (T10-L1) e eferentes (S2-S3) para inibirem em conjunto as contrações do detrusor via nervo pudendo.

**(B)** Eletroestimulação Anorretal para estimular as contrações do detrusor via fibras eferentes do nervo pudendo associada a terapia combinada de estimulação percutânea do ponto Sanyinjiao (SP6) da acupuntura chinesa.

**(C)** Eletroestimulação com corrente polarizada e definição dos locais de aplicação de cada polo, sendo que o positivo tem maior efeito sobre a modulação do detrusor.

**(D)** Eletroestimulação Transcutânea do nervo tibial através da modulação dos sinais aferentes e eferentes por meio do plexo sacral (S2-S3).

**(E)** Eletroestimulação Intravaginal através de eletrodo inserido no canal vaginal com ação estimuladora das contrações do detrusor.

**47)**

47) Gestante com 28 anos, 25 semanas de gestação, índice de massa corporal de 29,5kg/cm<sup>2</sup>, com dor lombar (EVA-8). Dada a importância da atuação fisioterapêutica precoce, assinale a alternativa correta:

**(A)** Avaliar o estilo de vida; educação em saúde; verificar sinais vitais; tratar desconfortos; monitorar a intensidade do esforço; prescrever exercícios aeróbicos com progressão gradual de intensidade, de leve a moderada.

**(B)** Avaliar o estilo de vida; educação em saúde; verificar sinais vitais; tratar desconfortos; monitorar a intensidade do esforço; prescrever os exercícios aeróbicos somente de intensidade leve.

**(C)** Avaliar o estilo de vida; educação em saúde; verificar sinais vitais; tratar desconfortos; monitorar a intensidade do esforço; indicar repouso.

**(D)** Avaliar o estilo de vida; educação em saúde; verificar sinais vitais; tratar desconfortos; monitorar a intensidade do esforço; prescrever os exercícios aeróbicos de intensidade moderada a alta.

**(E)** Avaliar o estilo de vida; educação em saúde, verificar sinais vitais; tratar desconfortos; monitorar a intensidade do esforço; prescrever exercícios aeróbicos de intensidade alta.

**48)**

48) Com relação a atuação fisioterapêutica em gestantes de risco, assinale a alternativa correta:

**(A)** A assistência fisioterapêutica em gestantes de risco deve enfatizar a avaliação fisioterapêutica individualizada e restringir-se ao atendimento em ambiente hospitalar, excluindo-se atenção nas redes primárias ou domiciliares.

**(B)** A assistência fisioterapêutica em gestantes de risco deve enfatizar a avaliação fisioterapêutica individualizada, incluindo atenção à postura, exercícios respiratórios, fortalecimento e preparo para o parto, evitando o exercício físico.

**(C)** A assistência fisioterapêutica em gestantes de risco deve enfatizar a avaliação fisioterapêutica individualizada, incluindo atenção à postura, exercícios respiratórios, fortalecimento e preparo para o parto, com cuidados adaptados ao contexto da gestante.

**(D)** A assistência fisioterapêutica em gestantes de risco deve enfatizar a avaliação fisioterapêutica individualizada, evitando o exercício físico, pois é um fator de risco adicional para complicações obstétricas.

**(E)** A assistência fisioterapêutica em gestantes de risco deve enfatizar a avaliação fisioterapêutica individualizada, incluindo o uso universal de drenagem linfática em todas as gestantes de risco.

**49)**

49) Mulheres submetidas à reconstrução mamária pós-câncer de mama necessitam de acompanhamento fisioterapêutico precoce e contínuo. Independente da técnica cirúrgica empregada, quais princípios devem orientar a reabilitação nas primeiras semanas?

**(A)** Suspender os exercícios terapêuticos até a retirada dos drenos e a completa cicatrização, evitando sobrecarga sobre a área reconstruída.

**(B)** Restringir flexão e abdução do ombro acima de 90° nos primeiros 15 a 20 dias, estimulando exercícios ativos livres dentro do limite seguro, incluindo pescoço, ombro, cabeça e posturais.

(C) Priorizar repouso funcional do membro superior homolateral, para prevenir tensão nos retalhos e evitar dor, retomando gradualmente apenas após 12 semanas.

(D) Autorizar exercícios de alongamento e resistência desde o pós-operatório imediato, pois aceleram o ganho funcional e reduzem o risco de capsulite adesiva.

(E) Ajustar a reabilitação conforme a técnica reconstrutiva utilizada, incluindo a restrição de amplitude de movimento, que varia entre expansor, TRAM e grande dorsal.

---

**50)**

50) Mulher de 34 anos, previamente ativa e praticante regular de corrida e musculação, foi diagnosticada com câncer de mama e iniciou quimioterapia adjuvante. Após duas semanas de tratamento, relata fadiga intensa, fraqueza nos membros superiores e dor muscular difusa, o que a impede de continuar suas atividades físicas habituais. Ela procura orientação fisioterapêutica para manter a função muscular e prevenir perda de condicionamento físico durante o tratamento. Diante deste caso, assinale a alternativa correta que corresponde a conduta fisioterapêutica indicada:

(A) Interromper completamente todas as atividades físicas até o término da quimioterapia, para evitar agravamento da fadiga e dor muscular.

(B) Realizar apenas alongamentos passivos, sem exercícios ativos, já que exercícios resistidos podem ser prejudiciais durante a quimioterapia.

(C) Realizar exercícios leves a moderados, com alongamento, fortalecimento e atividades funcionais, adaptados à fadiga e aos efeitos adversos.

(D) Indicar exclusivamente exercícios resistidos intensos para recuperar rapidamente a força perdida, sem considerar a fadiga da paciente.

(E) Não é necessário acompanhamento fisioterapêutico, pois a quimioterapia não afeta a capacidade funcional de pacientes jovens e ativas.