

Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID
Departamento de Fisioterapia

Prova Escrita – Padrão de Resposta
Processo Seletivo nº 03/2026

Área de Conhecimento: Conhecimentos Fisioterapêuticos - Fisioterapia na Saúde da Mulher

2) Disserte sobre a atuação da Fisioterapia na oncologia ginecológica, incluindo aspectos relacionados à avaliação, diagnóstico funcional e métodos e técnicas de intervenção, nos diversos ambientes de atuação.

Espera-se que o candidato aborde em sua resposta os itens abaixo mencionados:

Breve introdução sobre câncer ginecológico (citar todos os tipos)
Avaliação (Consideração de citações)
<u>Anamnese e História Clínica</u> = sintomas de dor e percepções de qualidade de vida; condições relacionadas à independência física (limitação de ADM, fadiga, fraqueza); condições clínicas – tipo de CA, estadiamento, progressão, terapias adjuvantes, efeitos colaterais e toxicidades; histórico cirúrgico, dissecação de linfonodos; aspectos psicossociais: ansiedade, imagem corporal, impacto funcional; importância da identificação da QP.
Inspeção = Coloração da pele, sinais inflamatórios e integridade de tecidos no abdômen, pelve e MMII; verificação da presença edema; análise de movimentos de MMII, postura e marcha – focando verificação de AVD e funcionalidade; avaliação padrão respiratório e sinais de desconforto respiratório.
Palpação = temperatura da pele em região de pelve e MMII, principalmente; características do edema/linfedema; dor à palpação de alguma região; características cicatriciais – se já realizada cirurgia prévia; condição muscular – tônus; palpação de tecido subcutâneo.
<u>Avaliação Funcional</u> = Amplitude de movimento de membros inferiores (goniometria); função e força muscular; estabilidade lombo-pélvica; avaliação respiratória (restrições por dor); testes de linfedema (perimetria segmentar, volumetria por deslocamento de água, bioimpedância; incluir valores de referência para linfedema); avaliação da sensibilidade na região pélvica e MMII; escalas funcionais: EORTC QLQ, FACT, EVA de dor, escala de fadiga, FSFI.
<u>Diagnóstico funcional</u> = O diagnóstico deve identificar alterações conectadas ao processo oncológico e aos tratamentos, considerando dependência ou não. Deve ser baseado na CIF (estrutura e função, atividade e participação). Contemplar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dor pélvica crônica e dor neuropática. ◦ Aderências cicatriciais. ◦ Perda de força abdominal/profunda, alterações posturais e instabilidade lombopélvica. ◦ Limitação de ADM por aderências e fibrose pós-RT. ◦ Linfedema de membro inferior em graus variáveis. ◦ Dor miofascial por sobrecarga compensatória pós-cirúrgica. ◦ Alterações respiratórias. ◦ Déficits sistêmicos: alterações cardiorrespiratórias, fraqueza generalizada e fadiga oncológica pós-QT (ciclos antracíclicos, taxanos). ◦ Comprometimentos psicossociais e de autoimagem influenciando funcionalidade. O padrão de resposta deve evidenciar capacidade de integrar achados clínicos, funcionais e psicossociais.
Se independente - autocuidado; AVDs; favorecer funcionalidade.
Se dependente – principalmente a nível hospitalar - posicionamento/decúbito; mobilizações.
Métodos e técnicas de intervenção (Consideração de citações, o conteúdo deve estar organizado por fases e ambientes de atuação)
<u>Fase Pré-Operatória</u>

- Educação em saúde: orientações sobre posicionamento, cuidados com os membros inferiores, sinais de alerta para linfedema.
- Treino respiratório e mobilidade torácica.
- Exercícios de mobilidade preparando para pós-operatório.
- Prevenção de complicações articulares.
- Avaliação e orientação preventiva do assoalho pélvico, incluindo técnicas de relaxamento e ativação consciente.

Pós-Operatório Imediato (hospitalar/internação/ambulatorial)

- Controle de dor pós-cirúrgica por meios físicos e posicionamento adequado.
- Mobilização precoce, treino de transferência.
- Orientações para proteção de feridas cirúrgicas, manejo de drenos e posturas antálgicas.
- Exercícios de mobilidade passiva/ativa assistida de membros inferiores conforme protocolos médicos.
- Terapia respiratória (inspirações profundas, treino diafragmático, higiene brônquica); posicionamentos (decúbito elevado).
- Cuidados com cicatriz: orientações iniciais e prevenção de complicações cicatriciais.
- Orientações sobre evitar carregamento excessivo, estímulo à mobilidade leve.
- Prevenção de TVP.

Reabilitação Tardia e Ambulatorial

- Cinesioterapia específica: mobilidade progressiva, alongamentos, fortalecimento muscular, reeducação postural.
- Terapias manuais: liberação miofascial, técnicas para aderências, mobilização visceral e pélvica.
- Tratamento do linfedema (gold standard: Terapia Complexa Descongestiva): drenagem linfática manual técnica de Leduc ou Vodder, bandagens multicamadas, compressão elástica, exercícios direcionados com compressão, educação em autocuidado e proteção do membro.
- Fadiga e Condicionamento Físico: Exercícios aeróbicos moderados, treino resistido progressivo adaptado, monitorização de limiares e sintomas (QT, anemia, neutropenia), intervenções comportamentais e motivacionais quando pertinentes.
- Radioterapia: mobilização de tecidos irradiados, hidratação tecidual e orientações de cuidado com a pele irradiada.
- Fotobiomodulação

Cuidados Paliativos/Câncer avançado

- Controle de dor crônica (recursos analgésicos e técnicas manuais)
- Técnicas respiratórias para conforto
- Conservação de energia e ajustes funcionais
- Estratégias para promover autonomia e reduzir sofrimento

Ponto importante - úlceras de pressão (no caso de mulheres com CA avançado e acamadas).

Em relação ao tratamento clínico focando as consequências no AP

Anamnese em busca de sinais de DAP: incontinência urinária/anal, disfunções miccionais e evacuatórias, urgência/frequência, constipação, estenose vaginal e disfunções sexuais associadas ao tratamento oncológico, com componentes físicos, hormonais e emocionais.

Avaliação funcional do AP (considerando o tipo de tratamento e dias); função muscular (PERFECT, Oxford); avaliação de dor local; avaliação da condição do canal vaginal – estenose vaginal, presença de hipertonía, hipotonía ou dor miofascial; sensibilidade; avaliação com EMG; perineometria, dilatadores vaginais.

Tratamento para prevenção de complicações e redução das consequências instaladas – TMAP; massagem perineal; dessensibilização da região (recursos manuais; eletro); dilatadores vaginais, biofeedback; cinesioterapia pélvica.

Intervenção em Diferentes Ambientes de Atuação (o candidato deve abordar de modo articulado)

Ambulatório/Atenção Especializada = reabilitação pós-cirúrgica, manejo do linfedema, cinesioterapia avançada, tratamento de disfunções do assoalho pélvico, retorno funcional.

Hospital/Internação = prevenção de complicações respiratórias, mobilidade inicial, educação.

Atenção Primária = monitoramento a longo prazo, promoção de autocuidado, identificação precoce de linfedema, promoção de atividade física segura.

Reabilitação Oncológica Avançada = integração com equipe multidisciplinar, programas de retorno ao trabalho/vida social.

Domiciliar = orientações individualizadas, exercícios supervisionados, cuidados com edema, manejo de fadiga, suporte à autogestão, manejo de dor crônica e limitações funcionais.

Fechamento com conclusão

A resposta deve reconhecer a atuação fisioterapêutica como contínua, individualizada, baseada em evidências e diretamente integrada ao percurso terapêutico da mulher com câncer ginecológico. A reabilitação visa a restaurar funcionalidade, prevenir incapacidades secundárias, reduzir sintomas, garantir segurança e promover qualidade de vida, respeitando as características de cada fase do tratamento.

A correção desta questão seguirá os critérios técnicos e formais abaixo elencados:

- Clareza, concisão e precisão conceitual na exposição dos temas.
- Correção terminológica e científica de acordo com a literatura atualizada.
- Organização lógica do texto e coerência interna entre avaliação, diagnóstico e conduta.
- Adequação ao espaço destinado para a resposta.
- Domínio da norma culta da língua portuguesa (ortografia e gramática).

Referencias:

GONÇALVES, Wagner José (Ed.). Ginecologia oncológica. São Paulo: Atheneu, 2014 431 p.

MARQUES, Andréa de Andrade; SILVA, Marcela Ponzio Pinto e; AMARAL, Maria Teresa Pace do (Org.). Tratado de fisioterapia em saúde da mulher. São Paulo: Roca, 2011. 458p.

SOUZA, Elza Lúcia Baracho Lotti de. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 524 p.

REZENDE, Laura Ferreira de; LENZI, Juliana. Eletrotermofototerapia em oncologia: da evidência à prática clínica. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020 312 p.

5) Disserte sobre a atuação da Fisioterapia na mulher com incontinência urinária, incluindo aspectos relacionados à avaliação, diagnóstico funcional e métodos e técnicas de intervenção, nos diversos ambientes de atuação.

Espera-se que o candidato aborde em sua resposta os itens abaixo mencionados:

Breve Introdução sobre Incontinência Urinária
Definição, prevalência e epidemiologia
Anatomia do assoalho pélvico e fisiologia da micção
Diferentes tipos de incontinência urinária, causas e sintomas.
Avaliação (Consideração de citações)
<p><u>Anamnese</u></p> <p>Histórico Ginecológico-Obstétrico: menarca, padrão menstrual, uso de contraceptivos, menopausa e sintomas associados; número de gestações, partos, abortos, intercorrências obstétricas, duração do trabalho de parto; complicações e recuperação puerperal</p> <p>Histórico Urológico, Proctológico e Cirúrgico: hábitos urinários, histórico de infecções urinárias, hábitos intestinais e constipação, cirurgias prévias.</p> <p>Histórico de Incontinência Urinária: início da IU e duração, fatores desencadeantes e relação com gravidade, características (intensidade – gotas ou jato; frequência); uso de protetores/absorventes; questões específicas com sintomas urinários: frequência, urgência, urgeincontinência, noctúria, enurese noturna; IUE: perde urina ao espirrar, tossir, durante exercícios, relação sexual ou mudança de posição; bexiga hiperativa.</p> <p>Comorbidades e Medicamentos: condições musculoesqueléticas (lombalgias, hérnia de disco), condições respiratórias (tosse crônica), hipertensão, diabetes, medicamentos em uso (anticolinérgicos, diuréticos, antibióticos, anti-hipertensivos).</p> <p>Hábitos Alimentares e Hídricos: quantidade de ingestão de água, consumo de álcool, cafeína, sucos cítricos, refrigerantes, vinagre, adoçantes</p> <p>Limitações nas Atividades e Restrição na Participação Social: mobilidade, autocuidado, tarefas domésticas; interações pessoais e relacionamentos; educação, trabalho e emprego; vida econômica, cívica, social e comunitária</p> <p>Exame Urodinâmico: urofluxometria, cistometria, estudo fluxo-pressão, eletromiografia, perfil pressórico uretral</p> <p><u>Questionários de Avaliação</u></p> <p>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Avalia impacto da incontinência na qualidade de vida ◦ Quantifica a perda urinária ◦ Escore total: 0-21 pontos ◦ Classificação: Leve (1-5), Moderado (6-12), Grave (13-18), Muito Grave (19-21) <p>King's Health Questionnaire (KHQ):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Avalia qualidade de vida de mulheres com IU ◦ 20 questões divididas em 9 domínios ◦ Pontuação: 0-100 pontos (maior = pior qualidade de vida) <p>International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Avalia sintomas relacionados à bexiga hiperativa ◦ 4 questões básicas ◦ Escore total: 0-16 pontos <p><u>Exame Físico</u></p> <p>Inspeção Vulvoperineal (Fase Passiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Coloração do vestíbulo

- Corrimento vaginal
- Lesões vaginais superficiais (fissuras, assaduras)
- Varizes pélvicas e/ou hemorroidas
- Cicatrizes (episiotomias ou lacerações pós-parto)
- Prolapsos de órgãos pélvicos

Inspeção Vulvoperineal (Fase Ativa):

- Manobra de aumento de pressão intra-abdominal (tosse, Valsalva)
- Contração dos MAP's (comando verbal)
- Verificação de musculatura acessória

Palpação Vaginal:

- Toque digital uni ou bidigital (2º e 3º dedos)
- Avaliação de trofismo, tônus muscular, cicatrizes, fibroses, prolapsos, pontos dolorosos
- Distância anovulvar
- Tonicidade do centro tendíneo do períneo (normotônico, hipotônico ou hipertônico)

Avaliação da Função Muscular (Escala Modificada de Oxford):

- 0: Sem contração
- 1: Contração fraca
- 2: Contração fraca com movimento
- 3: Contração moderada
- 4: Contração boa
- 5: Contração forte

Esquema PERFECT:

- P (Power): Intensidade da contração
- E (Endurance): Tempo de sustentação
- R (Repetitions): Número de repetições
- F (Fast): Contrações rápidas
- E (Elevation): Elevação da parede posterior da vagina
- C (Co-contraction): Contração abdominal durante recrutamento
- T (Timing): Contração durante esforço

Testes Especiais e Exames Complementares

Teste Neurológico:

- Sensibilidade superficial (segmentos L2-L3 e S2-S4)
- Reflexo de contração do esfíncter anal

Teste do Absorvente (Pad Test):

- 1 hora: Protocolo padronizado com atividades específicas
- 24 horas: Avaliação em atividades diárias
- Interpretação

Diário Miccional:

- Registro de frequência, volume, urgência, noctúria
- Parâmetro para avaliar impacto de mudanças no estilo de vida

Avaliação Objetiva Complementar:

Perineometria

Ultrassonografia cinesiológica abdominal e translabial

Eletromiografia (EMG):

- Registra atividade bioelétrica dos MAP's
- Sondas eletromiográficas intravaginais ou eletrodos auto-adesivos
- Avalia atividade elétrica durante contração voluntária

Diagnóstico funcional = Baseado na CIF (estrutura e função, atividade e participação). Contemplar:

Estrutura e Função:

- Fraqueza ou disfunção dos músculos do assoalho pélvico

- Hiper mobilidade uretral
- Deficiência esfinteriana intrínseca
- Alterações de sensibilidade vesical
- Hiperatividade do detrusor
- Alterações hormonais (hipoestrogenismo)

Atividade e Participação:

- Limitação de atividades de vida diária (AVD's)
- Restrição de participação social
- Impacto na qualidade de vida
- Limitações funcionais específicas

Classificação por Tipo de Incontinência:

Incontinência Urinária de Esforço (IUE):

- Perda involuntária de urina durante esforço físico, tosse ou espirro
- Causas: hiper mobilidade uretral ou insuficiência esfinteriana intrínseca
- Fatores de risco: gestações, partos, obesidade, tosse crônica, atividades laborativas com grande esforço

Incontinência Urinária de Urgência (IUU):

- Perda involuntária acompanhada de urgência miccional
- Causas: hiperatividade do detrusor, inflamações/infecções vesicais
- Sintomas: urgência, polaciúria, noctúria

Incontinência Urinária Mista (IUM):

- Combinação de sintomas de esforço e urgência
- Requer avaliação diferenciada

O padrão de resposta deve evidenciar capacidade de integrar achados clínicos, funcionais e psicossociais.

Métodos e técnicas de intervenção (Consideração de citações)

O tratamento conservador é recomendado como primeira linha de tratamento pelas principais organizações internacionais (Sociedade Internacional de Continência, Associação Internacional de Uroginecologia, Associação Europeia de Urologia, Colégio Americano de Médicos, OMS).

Vantagens:

- Eficácia com métodos pouco invasivos
- Baixo custo
- Melhora da função, sinais, sintomas e qualidade de vida

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Conscientização:

- Figuras ilustrativas da anatomia pélvica
- Toque vaginal/perineal pelo terapeuta
- Auto-palpação do corpo perineal pela paciente
- Visualização da contração dos MAP's com espelho (ou outras formas de biofeedback)

Objetivos:

- Melhorar consciência corporal e propriocepção
- Incentivar adesão ao protocolo de tratamento

REEDUCAÇÃO POSTURAL

Fundamentos:

- Disfunções posturais levam a alterações biomecânicas da pelve
- Aumento de cifose torácica e eliminação da lordose lombar → rebaixamento da cúpula do diafragma → aumento da pressão intra-abdominal → aumento da pressão do assoalho pélvico

Intervenções:

- Correção postural

- Alinhamento da coluna vertebral
- Estabilização lombopélvica

CINESIOTERAPIA PÉLVICA - TREINAMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO (TMAP)

Prescrição de TMAP:

Parâmetros:

- Tipo de contração (lenta/rápida)
- Frequência e intensidade
- Duração e intervalos
- Número de contrações
- Repetições
- Tempo de sustentação

Determinação: Baseada na avaliação funcional inicial (PERFECT)

Progressão: Avaliações periódicas para execução de progressão

Duração Recomendada:

- Mínimo: 3 meses, 3 vezes/semana
- Ideal: 5 vezes/semana

Posturas para TMAP:

- Iniciar em posição deitada (melhor percepção do trabalho muscular)
- Evoluir para: sentada → em pé → durante atividades funcionais

Fase Avançada:

- Associar TMAP a atividades onde há perda de urina
- Carregar peso, subir/descer escadas, mudanças posturais, correr, pular corda
- Integrar contração dos MAP em atividades de vida diária

Manobra "Knack":

- Contração consciente dos MAP's antes e durante aumento da pressão intra-abdominal
- Reflexo A3 de Mahony
- Contração rápida e intensa durante tosse

ELETROTERAPIA

Indicações:

- Terapia coadjuvante no tratamento de IU de esforço, síndrome da bexiga hiperativa e IU mista
- Especialmente útil em pacientes com baixa capacidade de reconhecer contração adequada dos MAP

Mecanismos:

- Melhora da força e coordenação dos MAP
- Inibição das contrações da musculatura detrusora
- Estímulo proprioceptivo

Vias de Tratamento:

- Eletrodos intracavitários (endovaginais ou endorretais)
- Eletrodos de superfície (corpo perineal, abdominal, sacral, trajeto do nervo tibial)

Parâmetros:

Para Fortalecimento (Fibras Tipo II):

Para Inibição do Detrusor (Fibras Tipo I):

Estimulação Transcutânea do Nervo Tibial Posterior:

Contraindicações:

- Processo infeccioso (infecção local)
- Gravidez
- Neoplasias na região
- Prolapso genital

- DIU com componentes metálicos
- Constrangimento ou desconforto excessivo
- Sangramento ou menstruação
- Alteração da sensibilidade

BIOFEEDBACK

Definição: Técnica pela qual a atividade fisiológica é registrada, aprimorada e apresentada à paciente em tempo real por sinais visuais e/ou sonoros

Objetivos:

- Avaliação da função muscular
- Determinação de metas
- Acompanhamento da evolução
- Conscientização, propriocepção e treinamento dos MAP

Tipos:

- Manométrico: Mede pressão (cmH₂O)
- Eletromiográfico: Registra atividade elétrica muscular

Indicações:

- Ausência de contração muscular
- Inversão de comando perineal
- Melhora de performance e resistência muscular
- IU de esforço, urgência e mista

Contraindicações:

- Incapacidade de compreensão da informação do equipamento
- Demência e lesões neurológicas graves
- Ausência de sensação anorretal e contração voluntária

CONES VAGINAIS

Dispositivos endovaginais de aço inoxidável revestidos de plástico, com diferentes pesos e fio de nylon para facilitar remoção

Objetivos e utilização.

MASSAGEM PERINEAL

Objetivos:

- Despertar proprioceptivo
- Diminuição de cicatrizes e aderências
- Relaxamento muscular e pontos gatilhos miofasciais
- Casos de estenose vaginal

Técnica:

- Aplicação uni/bidigital
- Duração: 2-8 minutos

TERAPIA COMPORTAMENTAL

Modificações no Estilo de Vida:

Ingesta Hídrica:

- Ingesta adequada

Alterações na Dieta:

- Diminuir/evitar substâncias irritantes para bexiga
- Reduzir: cafeína, álcool, sucos cítricos, refrigerantes, vinagre, adoçantes, achocolatados

Regulação de Hábitos Intestinais:

- Impactação fecal e constipação aumentam urgência e IU

<ul style="list-style-type: none"> ◦ Orientações dietéticas e atividade física <p>Controle de Peso Corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Obesidade associada a IU de esforço e bexiga hiperativa ◦ Perda de peso resulta em mais cura e melhora <p>Treinamento Vesical:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Programa de educação com orientações de intervalos miccionais programados ◦ Associado a técnicas de supressão e inibição <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Melhorar controle sobre a bexiga ◦ Diminuir urgência ◦ Prolongar intervalos entre micções ◦ Aumentar capacidade de enchimento vesical <p>Protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Programação de horários de micção baseados em diário miccional ◦ Aumentar intervalo de micção em 15 minutos a cada semana ◦ Objetivo: intervalo médio de 2-3 horas entre micções ◦ Técnicas de distração e relaxamento durante urgência
<p>Intervenção em Diferentes Ambientes de Atuação (o candidato deve abordar de modo articulado)</p> <p><u>Atenção Primária/Promoção da Saúde</u> = monitoramento a longo prazo, promoção de autocuidado, identificação precoce de complicações, promoção de atividade física segura, educação em saúde comunitária.</p> <p><u>Ambulatório de Fisioterapia/Atenção Especializada</u>: avaliação completa e diagnóstico funcional, prescrição individualizada de TMAP, supervisão de exercícios, biofeedback e eletroterapia, cinesioterapia avançada, retorno funcional.</p> <p><u>Ambiente Hospitalar</u>: Intervenções imediatas para mulheres pré e pós-cirurgia ou em reabilitação, focando na recuperação funcional e no manejo da incontinência durante o período de hospitalização.</p> <p><u>Cuidado Domiciliar</u> = Orientações individualizadas, exercícios prescritos, manejo de sintoma, suporte à autogestão, acompanhamento de adesão ao tratamento, terapia comportamental</p>
<p>Fechamento com conclusão</p> <p>A resposta deve reconhecer a atuação fisioterapêutica como contínua, individualizada, baseada em evidências e diretamente integrada ao percurso terapêutico da mulher com incontinência urinária. A reabilitação visa a: restaurar funcionalidade, prevenir incapacidades secundárias, reduzir sintomas, garantir segurança, promover qualidade de vida. Respeitando as características de cada fase do tratamento e as necessidades individuais de cada paciente.</p>
<p>A correção desta questão seguirá os critérios técnicos e formais abaixo elencados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clareza, concisão e precisão conceitual na exposição dos temas. • Correção terminológica e científica de acordo com a literatura atualizada. • Organização lógica do texto e coerência interna entre avaliação, diagnóstico e conduta. • Adequação ao espaço destinado para a resposta. • Domínio da norma culta da língua portuguesa (ortografia e gramática).

Referencias:

- FERREIRA, Cristine Homsy Jorge. Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 392 p.
- MARQUES, Andréa de Andrade; SILVA, Marcela Ponzio Pinto e; AMARAL, Maria Teresa Pace do (Org.). Tratado de fisioterapia em saúde da mulher. São Paulo: Roca, 2011. 458p.
- SOUZA, Elza Lúcia Baracho Lotti de. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 524 p.

Florianópolis, 04 de maio de 2026.

Membros da Banca:

Profa. Dra. Gesilani Julia da Silva Honório
Avaliadora
Departamento de Fisioterapia
Universidade do Estado de Santa Catarina

Profa. Dra. Soraia Cristina Tonon da Luz
Avaliadora
Departamento de Fisioterapia
Universidade do Estado de Santa Catarina

Profa. Dra. Clarissa Medeiros da Luz
Presidente da Banca
Departamento de Fisioterapia
Universidade do Estado de Santa Catarina

(assinado digitalmente)