

**ANEXO V**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	
<b>FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA</b>	
Edital nº:	035/2017 - PROGESP
Carreira:	(X ) MAGISTÉRIO SUPERIOR ( ) MAGISTÉRIO EBTT
Unidade Acadêmica:	FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI - FACISA
Área de Conhecimento:	FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

<b>GABARITO DAS QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA</b>									
1	D	5	D	9	C	13	A	17	D
2	B	6	D	10	B	14	D	18	E
3	E	7	C	11	D	15	C	19	B
4	D	8	C	12	D	16	E	20	B

**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS**

- Clareza e propriedade no uso da linguagem;
- Coerência e coesão textual;
- Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova;
- Domínio e precisão no uso de conceitos;
- Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa.

**QUESTÃO 1:** Comente sobre a contribuição do exercício com restrição parcial do fluxo sanguíneo na reabilitação de pacientes com osteoartrite de joelhos. valor (0,00 a 2,00 pts):

Expectativa de resposta:

Este tipo de estratégia é um novo conceito e pode mostrar algum resultado benéfico no tratamento de pacientes com OA de joelhos.

Pacientes com OA de joelhos podem apresentar dificuldade de realizar exercício de fortalecimento muscular com altas cargas, dessa maneira, esta nova estratégia pode ser utilizada.

Durante o fortalecimento muscular convencional com altas cargas com pelo menos 60-70% de 1RM, as fibras do tipo I que são dependentes de oxigênio são primeiramente ativadas e somente após sua fadiga durante o exercício é que serão ativadas as fibras do tipo II que são fibras de força.

Quando se trabalha com fortalecimento de baixas cargas associado à oclusão vascular parcial, com a diminuição do fluxo sanguíneo na musculatura não é necessário fadigar as fibras musculares do tipo I o que potencializa o fortalecimento das fibras de força tipo II mais rapidamente.

Logo, este tipo de treinamento pode contribuir pelo fato de usar baixas cargas em pacientes que apresentem dor nos joelhos e dificuldade de treinar com altas cargas, fazendo com que o exercício seja mais direcionado na força muscular protegendo a articulação do indivíduo.

Citações e evidências: Segundo a revisão sistemática com metanálise desenvolvida por Hughes L, et al., publicada em uma das mais importantes revistas de medicina esportiva Br J Sports Med 2017, aborda sobre como o treinamento com exercício de baixa carga com restrição do fluxo sanguíneo (BFR - blood flow restriction) pode aumentar a força muscular e pode oferecer uma ferramenta de reabilitação musculoesquelética eficaz. O objetivo desta revisão e metanálise foi analisar sistematicamente as evidências sobre a eficácia desta nova modalidade de

treinamento na reabilitação musculoesquelética clínica (pacientes com OA de joelho, PO de LCA, idosos com sarcopenia, miosites).

O estudo de Ferraz et al, Med Sci Sports Exerc. 2018, em seu ensaio clínico concluiu que O treinamento de restrição do fluxo sanguíneo e o exercício de alta intensidade foram igualmente eficazes no aumento da força muscular, da massa muscular do quadríceps e da funcionalidade em pacientes com OA do joelho. É importante ressaltar que o treinamento com restrição do fluxo sanguíneo também foi capaz de melhorar a dor enquanto induziu menos estresse articular, emergindo como um adjuvante terapêutico viável e eficaz no tratamento da OA.

**QUESTÃO 2:** Na avaliação do paciente reumático, além dos questionários é importante que se realize testes funcionais para nortear o tratamento baseado na função.

Cite, explique o objetivo e a execução de 5 testes funcionais que podem ser utilizados na avaliação do paciente reumático. **valor (0,00 a 2,00 pts):**

Expectativas de resposta:

Existem muitos testes funcionais que podem ser utilizados na avaliação do paciente reumático, os mais conhecidos estão listados abaixo, mas outros podem ser considerados desde que corretamente descrito a execução do teste.

1- Teste de caminhada de 6 minutos

Objetivo – O teste de seis minutos de caminhada tem como objetivo avaliar a capacidade funcional e cardiovascular do avaliado.

Material – Um cronômetro, dois cones, uma cadeira, telefone e um desfibrilador externo automático.

Unidade de Medida – metros (m). Nível de Complexidade de Execução – Moderado. Nível de Segurança – Moderado. Atenção ao piso, que deve ser plano, com aderência suficiente para evitar deslizamentos, e à sinalização do espaço livre de deslocamento do avaliado.

Necessidade de Treinamento do Avaliador – Moderado.

Recomenda-se execução breve (não mais de 1 minuto) de uma tentativa para familiarização com o ritmo de caminhada do avaliado.

Contraindicações absolutas:

a) Angina instável. b) Infarto agudo do miocárdio recente. c) Contra indicações relativas: d) Frequência cardíaca de repouso maior que 120 batimentos por minuto (bpm). e) Pressão arterial sistólica maior que 180 mmHg. f) Pressão arterial diastólica maior que 100 mmHg. g) Saturação de O<sub>2</sub> ≤ 90%.

Aspectos de Segurança:

a) O teste deve ser realizado em local propício para rápido atendimento emergencial. b) O profissional responsável pelo teste deve ter treinamento para ressuscitação cardiopulmonar. c) Razões para interromper imediatamente o teste incluem: dor no peito, dispnéia intolerável, dormência nas pernas ou palidez. Profissionais de saúde devem ser treinados para reconhecer esses problemas.

Descrição do teste – o avaliado inicia o teste na posição ortostática (em pé)

a) O percurso pode variar de 20 a 50 metros de distância, dependendo do tamanho do corredor. b) Marcação de uma linha transversal ao espaço demarcado para o deslocamento no início do teste. c) Caso sejam necessárias repetições do teste, para comparação ou avaliação da evolução do resultado, os testes subsequentes devem ser realizados no mesmo horário do 1º dia de teste. d) O avaliado deve sentar em uma cadeira localizada perto do início do teste, pelo menos 10 minutos para a medida da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de O<sub>2</sub>. e) Ao final do teste, o avaliado precisa ser informado que deverá caminhar lentamente no sentido transversal ao sentido do teste para mensuração da distância pelo avaliador, que também deverá demonstrar a escala de percepção de esforço e questionar a intensidade do teste. f) O avaliador deve explicar para o avaliado que o objetivo do teste é caminhar a maior distância possível durante seis minutos; demonstrar como realizar o teste. g) O avaliador deve perguntar se o avaliado está pronto e lembrá-lo de que o objetivo é caminhar a maior distância possível durante seis minutos, mas não correr ou trotar. h) Lembrar a cada minuto o tempo do avaliado. i) Ao comando de “Atenção, já!” o avaliado inicia o teste. j) Restando 15 segundos para o término do teste, o avaliado deve ser avisado para preparar-se para o final do teste.

2- Timed UP and GO test

Objetivo – o teste de agilidade ou equilíbrio corporal dinâmico tem origem na análise da capacidade de execução de tarefas motoras básicas relacionadas à funcionalidade de idosos. Em portadores de AR, assim como em indivíduos idosos, há associação entre o desempenho físico com o risco de quedas e fraturas.

Material – Um cronômetro, uma cadeira com assento de altura padrão (44 cm), um cone.

Unidade de Medida – segundos (s). Nível de Complexidade da Execução – Baixo. Nível de Segurança – Moderado. Atenção ao piso, que deve ser plano, com aderência suficiente para evitar deslizamentos e à sinalização do

espaço livre de deslocamento do avaliado. Neste caso especificamente, a cadeira usada na avaliação precisa estar encostada na parede para evitar deslize da mesma.

Necessidade de Treinamento do Avaliador – Baixa.

Sugere-se a execução de três (3) tentativas e registro do menor tempo alcançado na tarefa.

Descrição do teste – o avaliado inicia o teste sentado na cadeira e é orientado à:

a) Ao comando “Atenção, já!”, levantar-se da cadeira, contornar o cone a 3 m de distância na maior velocidade de caminhada possível e voltar a sentar-se na cadeira. O avaliador deve iniciar a contagem de tempo no cronômetro quando o quadril do avaliado desencostar da cadeira, e travar o cronômetro quando o quadril do avaliado encostar na cadeira novamente. b) O avaliado deve ser alertado de que não deve correr e, sim, executar a caminhada na maior velocidade possível. Além disso, deve-se adverti-lo, no sentido de evitar contato com o cone e, no momento de sentar-se na cadeira, finalizando o teste, ter cuidado com os impactos do quadril com a cadeira e da cabeça na parede onde estará encostada a cadeira.

Resultados:

a) menos de 20 segundos para realização, correspondendo a baixo risco para quedas

b) de 20 a 29 segundos, a médio risco para quedas

c) 30 segundos ou mais, a alto risco para quedas.

Alguns estudos apontam que pacientes com tomadas de tempo superior a 14 segundos apresentam alto risco de sofrer quedas.

### 3- Teste de sentar e alcançar

Objetivo – a proposta original deste teste foi avaliar a amplitude articular de movimento da cadeia muscular posterior dos membros inferiores.

Material – Uma cadeira com altura padronizada (44 cm) e régua ou fita métrica (preferencialmente, metálica).

Unidade de Medida – centímetros (cm). Nível de Complexidade da Execução – Baixo. Nível de Segurança – Alto. Atenção ao equilíbrio do avaliado quando sentado, principalmente, em idades avançadas. Necessidade de Treinamento do Avaliador – Baixa. Sugere-se a execução de três (3) tentativas em cada membro e registro do maior valor alcançado. Descrição do teste – o avaliado deve:

a) sentar-se no banco com o joelho avaliado estendido; b) inspirar profundamente e durante a expiração, flexionar o tronco, com os membros superiores projetados à frente, cotovelos estendidos e mãos sobrepostas (para evitar rotação do tronco), em direção à ponta do pé, até o limite de sua amplitude articular; c) o avaliado deve manter a posição de alcance máximo por pelo menos dois segundos e não deve flexionar o membro avaliado em nenhum momento.

### 4- Teste de sentar e levantar da cadeira

Objetivo – O teste de sentar e levantar da cadeira foi desenvolvido para avaliar o condicionamento cardiorrespiratório e também força muscular.

Material – Um cronômetro e uma cadeira com assento de altura padrão (44 cm).

Unidade de Medida – Número de repetições (reps). Neste caso, uma repetição é definida como o somatório de uma ação muscular concêntrica mais uma ação muscular excêntrica completa.

Nível de Complexidade da Execução – Baixo.

Nível de Segurança – Alto. Atenção à cadeira que será usada no teste, que precisa estar encostada na parede para evitar deslizes.

Necessidade de Treinamento do Avaliador – Baixa.

Recomenda-se a execução de uma tentativa prévia, com aproximadamente cinco repetições apenas.

Descrição do teste – o avaliado inicia o teste sentado na cadeira, com o tronco ereto (sem apoio no encosto da cadeira), pés apoiados no chão e braços cruzados no tronco. A partir daí, é orientado a:

a) Ao comando “Atenção, já!”, executar o maior número de agachamentos possíveis na cadeira durante 30 segundos; b) O avaliador deve iniciar a contagem de tempo no cronômetro após o comando de “Atenção, já!” e travá-lo aos 30 segundos. Deve-se contar em alto e bom som o número de repetições perfeitas realizadas de agachamento na cadeira. Considera-se uma repetição perfeita quando o avaliado levanta estendendo completamente os joelhos e deixando o tronco ereto (posição inicial) e senta, havendo apenas a necessidade de contato mínimo dos quadris na cadeira (posição final). Ou seja, não há necessidade de sentar-se completa e confortavelmente na cadeira. Devem-se evitar ainda impactos intensos nos quadris no momento de sentar na cadeira. Nesse caso, é realizada apenas uma tentativa e registra-se o número de repetições realizadas perfeitamente e completas.

### 5- Teste Lateral Step Down (LSD)

Frequentemente utilizado como parte de protocolos de reabilitação de joelho e para avaliar a qualidade do movimento dos membros inferiores desses pacientes (KING et. al., 2007, NORCROSS et. al., 2009, RABIN et. al., 2010; CHINKULPRASERT et. al, 2011). Também tem o objetivo de avaliar a força dos membros inferiores,



a estabilidade do tornozelo, pé e "core" e, ainda, a habilidade de desacelerar e controlar a força excêntrica do corpo (ALVES et al, 2015).

O Lateral Step Down (LSD) é um teste funcional direcionado para análise do padrão de movimento do agachamento unipodal, durante a descida de degraus, muito utilizado em paciente com Síndrome da Dor Fêmuro-Patelar (SDFP).

Para a execução do teste o indivíduo a ser avaliado sobe na plataforma de 10% da sua altura, faz-se uma marcação a 5 cm da plataforma delimitando o acesso do calcâneo do avaliado, o avaliado é submetido a 3 agachamentos unilaterais tornando possível observar a existência de valgo dinâmico, concêntrico e excêntrico durante o teste.

As alterações e a qualidade do padrão de movimento, identificadas pela inspeção observacional visual, podem ser caracterizadas dentro de 05 critérios: Impressão geral, alinhamento do tronco, da pelve, do quadril e do joelho durante a execução do teste. Um paciente considerado BOM executor no LSD preenche 04 destes 05 critérios. A confiabilidade intra e inter-examinador apresentou-se de boa a excelente.

**QUESTÃO 3:** O apoio matricial é uma tecnologia de gestão essencial na proposta do NASF, que se complementa com o processo de trabalho das equipes de referência da Saúde da Família, apresentando duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. Dentro da perspectiva da atuação do fisioterapeuta na equipe do NASF responda:

A - Qual a principal diferença existente entre essas dimensões?

B - Descreva um exemplo de atuação para cada dimensão. **(0,00 a 2,00 pts):**

Expectativas de resposta:

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe.

**QUESTÃO 5:** A tradicional atuação da fisioterapia na reabilitação, tem trazido dificuldade para inserção do fisioterapeuta na Área da Saúde Coletiva.

Levando em consideração o anunciado anterior, descreva uma diferença entre os objetivos da intervenção fisioterapêutica quando se leva em consideração os modelos de controle de danos e o de controle de riscos. **(0,00 a 2,00 pts):**

Expectativas de resposta:

Enquanto no controle de danos a intervenção ocorre quando a doença já instalada, e muitas vezes em estado avançado, no controle de risco, a intervenção ocorre antes da doença acontecer, ou seja, antes do aparecimento de sequelas e complicações limitadoras do movimento.

- Com relação ao sujeito da intervenção, no controle de danos, a atuação é direcionada ao indivíduo doente; já no controle de riscos, a atuação é direcionada aos grupos populacionais doentes e não doentes, mas com risco potencial de adoecer.

**QUESTÃO 5:** "A vigilância à Saúde é uma proposta de redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio da Integralidade". De acordo com essa afirmação e na perspectiva de atuação do fisioterapeuta na área da saúde coletiva, levando em consideração o conceito de integralidade, cite dois princípios imprescindíveis que as ações deste profissional devem compreender. **(0,00 a 2,00 pts):**

Expectativas de resposta:

- Levar em consideração o contexto social, familiar e cultural, e com garantia de cuidado longitudinal.

- Integrar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;

- Atuar profissionalmente abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;

- Garantir a continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;

- Articular em um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (reforma urbana, agrária, etc.) que incidam sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

**Assinatura dos Membros da  
Comissão**

1º membro (Presidente):

Manuel Cardoso de Souza

2º membro:

Murilo Henrique Fernandes

3º membro:

Rodrigo Sathorn