

**PROCESSO SELETIVO – 03/2025**

**Área de Conhecimento: Conhecimentos fisioterapêuticos (B) (Ortopedia)**

**PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA**

**FECHADAS**

**1) Gabarito: B**

Justificativa: De acordo com Chen et al. (2024), a reabilitação com carga precoce resulta em melhora significativa dos escores funcionais até 24–26 semanas após a cirurgia, além de antecipar o retorno às atividades diárias e ao trabalho, sem aumento significativo das complicações. Contudo, após um ano, as diferenças desaparecem, sugerindo que o benefício da descarga precoce de carga está mais relacionado ao ganho funcional precoce do que a efeitos de longo prazo.

**2) Gabarito: C**

Justificativa: As escalas funcionais utilizadas na revisão (especialmente Olerud–Molander e AOFAS) avaliam dor, mobilidade e função em tarefas como caminhar, subir escadas e correr. Elas são instrumentos multidimensionais úteis na monitorização da recuperação funcional e no ajuste de condutas fisioterapêuticas, especialmente em fases iniciais do retorno à carga. Não substituem avaliação clínica, mas complementam a tomada de decisão baseada em função real e percebida.

**3) Gabarito: B**

Justificativa: O artigo recomenda fortemente o uso de programas estruturados, supervisionados, com progressão individual e ênfase funcional, além de estratégias educacionais que promovem autogerenciamento. A adesão é central na efetividade clínica, e a proposta é compatível com contextos de saúde pública.

**4) Gabarito: D**

Justificativa: A diretriz recomenda uma abordagem multifatorial e baseada em critérios, que inclua: Força isocinética do quadríceps  $\geq 90\%$  em relação ao lado contralateral, testes funcionais de salto com índice de simetria lateral (LSI)  $\geq 90\%$ , avaliação de fatores psicológicos como medo de relesão (ex: ACL-RSI score), progressão criteriosa da carga esportiva com supervisão e feedback, o tempo mínimo de 9 meses é sugerido, mas nunca como único critério (portanto, B está incorreta). Medidas subjetivas (C) são consideradas fortemente associadas ao risco de nova lesão. O tipo de esporte e o risco de contato devem

ser considerados na estratificação da reintrodução esportiva (logo, E está incorreta).

**5) Gabarito: C**

Justificativa: A diretriz recomenda mobilização precoce, exercícios terapêuticos supervisionados, treino funcional (como marcha e escada), e progressão baseada em critérios clínicos e funcionais. Exercícios de cadeia cinética fechada são permitidos e incentivados com controle de carga.

**6) Gabarito: A**

Justificativa: Segundo a CPG de 2023, há forte recomendação (nível A-B) para:

Alongamento da fásia plantar e gastrocnêmio/sóleo (nível A)

Palmilhas com suporte de arco longitudinal e calcanhar acolchoado (nível A)

Fortalecimento da musculatura intrínseca e extrínseca do pé e tornozelo (nível B)

Essas estratégias são consideradas de primeira linha, especialmente para dor persistente >1 mês, e estão associadas à melhora funcional e redução da dor matinal ("first-step pain").

**7) Gabarito: B**

Justificativa: A revisão identificou que programas multimodais supervisionados (incluindo força, mobilidade, aeróbico e aspectos cognitivos), realizados de forma progressiva e adaptada, promovem melhoras moderadas a sustentadas em dor e função, com baixa taxa de efeitos adversos. O enfoque biopsicossocial e a personalização da progressão foram enfatizados como pilares da abordagem eficaz.

**ABERTAS**

**1) Padrão de resposta esperado**

**a) Princípios centrais da prescrição e progressão do exercício:**

**O exercício terapêutico deve ser individualizado, com progressão gradual baseada na resposta clínica do paciente e nos objetivos funcionais.**

**Deve ser funcionalmente orientado, visando melhora de mobilidade, força muscular e**

capacidade física geral.

Preferência por intervenções supervisionadas, quando possível, com monitoramento regular e revisão periódica do plano.

Prescrição deve considerar aspectos como frequência, intensidade, tipo e tempo (FITT), com flexibilidade para ajustes.

**b) Manejo clínico da dor associada ao exercício:**

A presença de leve desconforto ou dor transitória durante ou após o exercício não deve ser interpretada automaticamente como sinal de dano.

A dor deve ser monitorada e considerada um parâmetro funcional, sendo aceitável desde que retorne ao basal dentro de 24 horas.

Adaptações devem ser feitas caso a dor se intensifique de forma persistente, mas não há contraindicação formal ao exercício diante de dor leve.

**c) Estratégias para aumentar a adesão em serviços públicos:**

Inclusão de educação em saúde, focada no empoderamento e no entendimento da natureza da OA.

Utilização de programas em grupo supervisionados, que demonstram maior custo-efetividade e promovem suporte social.

Estabelecimento de metas funcionais realistas e mensuráveis, reforçando a percepção de progresso.

Adaptação dos exercícios ao ambiente domiciliar ou comunitário, com recursos simples e linguagem acessível.

**2) Padrão de resposta esperado**

O artigo destaca que a variabilidade nos desfechos pós-ATJ decorre da falta de padronização nas práticas clínicas e do acesso desigual aos serviços fisioterapêuticos. Para reduzir essa variabilidade, a fisioterapia deve adotar estratégias baseadas em evidências, entre elas:

Aplicação de protocolos baseados em critérios clínicos e funcionais, evitando condutas baseadas

apenas em tempo pós-operatório.

Supervisão presencial durante a fase aguda e subaguda, com programas individualizados, o que mostra melhores desfechos do que programas autodirigidos para todos.

Integração com a equipe multiprofissional e comunicação contínua com o cirurgião e demais envolvidos no cuidado, otimizando a transição do paciente entre os níveis assistenciais.

Educação do paciente e autocuidado orientado, reduzindo medo, aumentando adesão e promovendo autonomia.

### 3) Padrão de resposta esperado:

O artigo destaca que a eficácia dos programas de exercícios estruturados para dor lombar crônica primária está fortemente associada à supervisão qualificada e à progressão baseada em critérios clínicos e funcionais individuais. A supervisão contribui para:

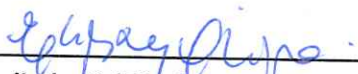
- Aderência ao tratamento e ajuste da intensidade conforme resposta clínica;
- Redução de crenças disfuncionais sobre dor e movimento;
- Maior segurança e prevenção de agravamentos.

A progressão individualizada permite respeitar o limiar de dor, condição física e variáveis psicossociais, alinhando-se a um modelo de cuidado centrado no paciente. Por outro lado, intervenções não supervisionadas, padronizadas ou prescritas sem análise do perfil biopsicossocial podem gerar frustração, ineficácia terapêutica e até piora da dor crônica.

O estudo também destaca que efeitos adversos sérios são raros, mas reforça a necessidade de adequação do volume e da intensidade, principalmente em pacientes com medo de movimento (cinesiofobia) ou baixa aptidão inicial.

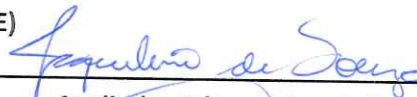


Avaliador 1 (Rodrigo Okubo)



Avaliador 3 (Elisabete Maria de Oliveira)

Membros da Banca  
(ASSINATURAS VIA SGPE)



Avaliador 2 (Jaqueline de Souza)



Presidente da Banca (Rodrigo Okubo)