Prova Escrita
Processo seletivo nº 07/2026
Área de conhecimento: Conhecimentos Fisioterapêuticos - Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Reumatológica na Saúde do Adulto e do Idoso

Documento: Gabarito comentado

MODELO DE RESPOSTAS ESPERADAS

FECHADAS (Valor 0,5 ponto)

Questão	Resposta
01	C
02	E
03	B
04	A
05	D
06	B
07	E
08	C

Questão 1 Resposta C

C. A penetração subcondral permite resposta reparativa fibrocartilagínea. A é falsa: a lesão parcial não alcança a medula. B inverte a orientação das fibras. D inverte o papel dos proteoglicanos na resistência compressiva. E é falsa: a zona calcificada dificulta essa difusão.

Fonte R1: Dutton (2010), capítulo 1 Sistema musculoesquelético, pp. 25–27, seções Cartilagem, Menisco e Patologia de cartilagem.

Questão 2 Resposta E

A alternativa E reproduz, em forma de decisão clínica, a recomendação do quadro 3. A diretriz permite CCA entre 90° e 45° de flexão a partir da quarta semana, com monitoramento da dor anterior e ajuste da carga. A possível maior vulnerabilidade dos enxertos de flexores não equivale a proibir CCA até a 12ª semana. B inverte a faixa indicada; C contraria a combinação de cadeias; D amplia indevidamente o arco recomendado. O caso especifica reconstrução isolada: a recomendação não deve ser transferida automaticamente a cirurgias associadas.

Fonte R2: Kotsifaki et al. (2023), p. 505, quadro 3 Exercise initiation recommendations e síntese de Open versus closed kinetic chain exercises; p. 507, quadro 4. Páginas 6 e 8 do PDF fornecido.

Questão 3 Resposta B

B é correta: as tensões circunferenciais, ou hoop stresses, podem comprimir e reduzir a ruptura longitudinal, enquanto promovem distração na ruptura radial. A inverte essa relação. C ignora a alteração da transmissão de forças. D confunde o melhor potencial biológico da periferia com uma autorização mecânica irrestrita. E atribui ao controle do quadríceps uma capacidade de neutralização que a revisão não descreve. O artigo propõe maior proteção nos reparos complexos e ressalta a necessidade de comunicação com o cirurgião e a limitação das evidências sobre apoio precoce nesses reparos.

Pág. 01 de 05 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00044978/2026 e o código 224J7EYR.

Fonte R3: Wedge et al. (2021), p. 174, seção Weight bearing e figura 1. Página 2 do PDF fornecido. A resposta exige o mecanismo biomecânico, não a adoção de um calendário universal.

Questão 4 Resposta A

I e II são verdadeiras e mostram por que qualidade da evidência e força da recomendação não são classificações intercambiáveis. O início em até 24 horas tem recomendação moderada mesmo com evidência baixa; o posicionamento temporário em flexão, para a finalidade e o período indicados, tem recomendação fraca apesar de evidência alta. III é falsa: a extensão não foi medida nos estudos citados para o posicionamento, e a diretriz reconhece incerteza sobre esse desfecho. As limitações de generalização também contribuíram para a recomendação fraca. A orientação não equivale a manter o joelho permanentemente em flexão nem autoriza desconsiderar a recuperação da extensão.

Fonte R4: Jette et al. (2020), pp. 1615–1616, Immediate Postoperative Knee Flexion During Rest for Blood Loss and Swelling, incluindo benefícios, riscos e limitações; pp. 1622–1623, Physical Therapy Postoperative Timing. Páginas 13–14 e 20–21 do PDF fornecido.

Questão 5 Resposta D

D reúne recomendações compatíveis: alongamentos específicos, treinamento resistido do pé e tornozelo, tala noturna por um a três meses para dor consistente nos primeiros passos matinais e possibilidade de órtese associada a outros tratamentos. A utiliza órtese isolada para a finalidade expressamente desaconselhada. B altera o intervalo recomendado para tala noturna. C indica ultrassom para uma finalidade que a diretriz desaconselha. E afirma superioridade obrigatória das órteses sob medida; a síntese descreve resultados semelhantes entre órteses personalizadas e pré-fabricadas. A recomendação da tala foi mantida da versão anterior, sem novos estudos identificados na atualização.

Fonte R5: Koc et al. (2023), CPG2, Summary of Recommendations; CPG15–16, Foot Orthoses e Night Splints; CPG18–19, Ultrasound; CPG21, Therapeutic Exercise and Neuromuscular Re-education. Páginas 2, 15–16, 18–19 e 21 do PDF fornecido.

Questão 6 Resposta B

I corresponde às proposições 6.2–6.4. III corresponde à proposição 9.2. II não é sustentada: o consenso exige individualização, e não dose uniforme definida pelo grau radiográfico. IV também é falsa: baixo custo e possibilidade de reprodução em casa são desejáveis, mas a capacidade física e cognitiva e a execução sem supervisão precisam ser consideradas. Trata-se de um consenso internacional sobre como entregar o exercício; ele não estabelece uma única dose ou modalidade superior para todas as pessoas com osteoartrite.

Fonte R6: Holden et al. (2023), p. 392, tabela III, proposições 5.3, 6.2–6.4, 8.1–8.3 e 9.2; p. 391, discussão sobre escolha e individualização. Páginas 7 e 6 do PDF fornecido, respectivamente.

Questão 7 Resposta E

E preserva o grau de certeza, o período analisado e o alcance da inferência. A DMP é expressa em unidades de desvio-padrão, não em pontos de uma escala clínica. Os dois intervalos apresentados excluem zero; o sinal negativo indica benefício porque escores menores representam menos dor/limitação. A análise agrupada não demonstra superioridade do Pilates ou de outra modalidade. A certeza das comparações por tipo de exercício foi predominantemente muito baixa. O período imediato foi definido como o mais próximo de duas semanas após o término da intervenção, não como duas semanas desde o início do tratamento.

Fonte R7: Verville et al. (2023), p. 638, definição dos períodos de seguimento; p. 644, seção Pooled Analysis of All Exercise Types e figuras 2–3; pp. 646–647, discussão e conclusão. Páginas 3, 9 e 11–12 do PDF fornecido.

Questão 8 Resposta C

C é correta. O intervalo cruza o valor nulo do risco relativo, que é 1, e é compatível tanto com redução quanto com aumento de complicações. Ausência de diferença estatística não equivale a demonstração de equivalência ou ausência de risco. A e D fazem extrapolações clínicas injustificadas; B trata a estimativa pontual como comprovação de aumento; E mistura segurança e função e

Pág. 02 de 05 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00044978/2026 e o código 224J7EYR.

contradiz a ausência de diferença funcional significativa em um ano. A revisão trata como precoce o início de apoio parcial ou total dentro das primeiras seis semanas, com protocolos heterogêneos; isso não significa descarga plena imediata em todos os casos. A leitura do intervalo é uma interpretação metodológica dos resultados apresentados pelos autores.

Fonte R8: Chen et al. (2024), p. 2, definição de early weight-bearing; pp. 9–10, seção 3.6 e discussão; p. 12, figura 10. Páginas 2, 9–10 e 12 do PDF fornecido. O artigo foi publicado em 2024, apesar do nome do arquivo enviado mencionar 2023.

Questão 9. (Valor: 2,0 pontos)

a) LSI = 220/225 × 100 = 97,8%. Apesar da simetria elevada, o lado operado alcança apenas 73,3% de seu valor pré-operatório, e o contralateral, aproximadamente 73,8%. Há redução bilateral, de modo que a comparação entre os membros mascara recuperação absoluta insuficiente.

Pontuação: 0,20 pelo cálculo, aceitando 97,7%–97,8% ou aproximadamente 98%; 0,30 pela interpretação conjunta de simetria e perda absoluta/bilateral.

b) Não liberar diretamente à competição. Para este contexto profissional de alta demanda com pivoteio, a Aspetar propõe 100% de simetria dos picos de torque de quadríceps e isquiotibiais a 60°/s e recuperação, no mínimo, dos valores absolutos pré-operatórios e dos referenciais normativos pertinentes. Também faltam prontidão psicológica e conclusão do programa específico. O salto de 95% não substitui avaliação de força, cinética, qualidade do movimento ou exposição esportiva.

Pontuação: 0,10 pela decisão de não liberar; 0,20 por cada um de dois requisitos pertinentes. Não pontuar como ausente algo que o enunciado informa estar normal.

c) Primeira prioridade: fortalecimento progressivo, inclusive bilateral, para recuperar os valores absolutos e a capacidade de produzir/absorver força, acompanhado por nova dinamometria. Segunda: exposição progressiva a desaceleração, aterrissagem, mudança de direção e tarefas específicas do futebol, associada ao manejo do medo e à avaliação da prontidão psicológica. Aceitam-se outras duas prioridades justificadas por déficits identificados, sem prescrição de um calendário fixo como único critério.

Pontuação: 0,25 por prioridade aplicada a um achado, até 0,50. Apenas enumerar recursos, sem relação com o caso, recebe no máximo metade do respectivo componente.

d) O quadro 5 trata de requisitos mínimos para o profissional deixar a clínica/hospital e iniciar treinamento no clube, seguido de retorno gradual à participação plena. Isso não equivale a competir imediatamente. Os pontos de corte são propostas apoiadas também em experiência clínica e literatura normativa; não estão plenamente validados nem garantem ausência de nova lesão. São aceitas formulações equivalentes sobre a incerteza e a necessidade de decisões individualizadas.

Pontuação: 0,25 pela distinção entre as etapas; 0,25 por uma limitação científica corretamente descrita.

Fundamentação: Kotsifaki et al. (2023), p. 508, quadro 5 Return to activities recommendations, subseção Return to sport, e discussão imediatamente adjacente sobre validação e retorno à competição. Página 9 do PDF fornecido. Os valores e o paciente da questão são hipotéticos; a interpretação é uma aplicação da diretriz.

Questão 10. (Valor: 2,0 pontos)

a) Há déficit de extensão ativa, ou extensor lag, apesar de extensão passiva completa. O achado é compatível com déficit de ativação e fraqueza do quadríceps, incluindo inibição muscular artrogênica, e precisa ser confirmado/complementado pelo exame. A extensão passiva a 0° não sustenta contratura fixa em flexão.

Pontuação: 0,25 pela interpretação de déficit ativo/ativação do quadríceps; 0,25 pela distinção em relação à contratura fixa, usando a extensão passiva preservada.

b) Priorizar: 1) estimulação elétrica neuromuscular (NMES) capaz de produzir contração tetânica tolerável, associada ao trabalho ativo, para favorecer ativação e força; 2) fortalecimento progressivo

Pág. 03 de 05 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00044978/2026 e o código 224J7EYR.

do quadríceps e demais grupos necessários, conforme capacidade de recrutamento e resposta clínica, sem adiamento automático até seis semanas; 3) treino funcional/motor de sentar e levantar, marcha e controle do apoio, com segurança. A CPM não é recomendada de rotina na ATJ primária sem complicações e não corrige, por si, o déficit de ativação. Recursos para dor/edema podem ser adjuvantes, mas não substituem os componentes solicitados.

Pontuação: 0,20 por NMES com finalidade adequada; 0,20 por fortalecimento progressivo individualizado; 0,20 por treino funcional/motor aplicado ao caso; 0,15 por rejeitar a CPM de rotina nesse contexto. Aceitar componentes equivalentes com fundamento, preservando o foco nos déficits.

c) Progredir conforme qualidade da contração/controle ativo, tolerância e execução funcional, sem aumento excessivo de dor ou edema nem dor muscular prolongada. Dor/edema excessivos ou persistentes após a intervenção exigem reduzir/reorganizar a dose e reavaliar. A capacidade de ativação também limita a sobrecarga muscular efetivamente alcançada. A diretriz não impõe uma única carga ou um percentual universal para todos.

Pontuação: 0,25 por cada um de dois critérios pertinentes; um deles deve indicar quando reduzir/reavaliar. Não aceitar como dois critérios a repetição do mesmo sinal com palavras diferentes.

d) *Timed Up and Go* (TUG) ou teste de sentar e levantar em 30 segundos, aplicado com segurança e de forma padronizada. O KOOS é um desfecho autorreferido e pode complementar o acompanhamento, mas não responde, isoladamente, à solicitação de um teste de desempenho.

Pontuação: 0,25 por um dos dois testes de desempenho recomendados. Dor ou goniometria isoladas não atendem ao .

Fundamentação: Jette et al. (2020), pp. 1611–1612, CPM; pp. 1614–1615, Motor Function Training; pp. 1616–1618, NMES e Resistance and Intensity of Strengthening Exercise; pp. 1624–1625, Outcomes Assessment. Páginas 9–10, 12–13, 14–16 e 22–23 do PDF fornecido. A distinção entre déficit ativo e contratura é a aplicação clínica dos achados de amplitude apresentados.

Questão 11. (Valor: 2,0 pontos)

a) Aumento sustentado da dor e novo derrame exigem reavaliação da resposta articular e da dose, em vez de interpretar todo sintoma como dor muscular esperada. Pode haver exacerbação da osteoartrite/sobrecarga; não se confirma dano estrutural apenas por esses dados. Reduzir ou modificar carga, amplitude, volume e/ou tarefa, manter alternativas toleráveis quando apropriado e reintroduzir progressão gradual após reavaliação. Pausa temporária de um exercício provocativo é aceitável; suspensão global e indefinida de toda atividade não é a resposta automática. Encaminhar se surgirem sinais clínicos que indiquem outra condição ou se a evolução justificar.

Pontuação: 0,20 por reconhecer exacerbação/resposta que exige reavaliação; 0,15 por modificar a dose/tarefa; 0,15 por preservar alternativas toleráveis e progressão individualizada, evitando a suspensão indiscriminada.

b) Não é adequado classificar B como sem benefício apenas porque a intensidade da dor não mudou: houve ganho de capacidade e participação. Acompanhamento pode incluir incapacidade funcional específica da lombalgia, desempenho/tolerância à caminhada, participação em atividades significativas, autoeficácia, qualidade de vida ou outro desfecho justificado.

Pontuação: 0,20 pela interpretação do ganho funcional/participação; 0,15 por cada um de dois desfechos pertinentes além da dor.

c) A revisão não estabelece superioridade do Pilates sobre as demais modalidades. A certeza das comparações por tipo de exercício foi predominantemente muito baixa; a síntese agrupada apoia benefícios prováveis do exercício em geral, no período imediato. Além disso, a revisão é sobre lombalgia primária crônica, não prova superioridade do Pilates para osteoartrite. Individualizar por objetivos e preferências, capacidades e limitações físicas, comorbidades, resposta à carga, cognição, capacidade de execução independente, acesso e possibilidade de adesão.

Pontuação: 0,30 por rejeitar a alegação de superioridade/obrigatoriedade com justificativa compatível com o alcance da revisão; 0,10 por cada um de dois fatores de individualização.

Pág. 04 de 05 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00044978/2026 e o código 224J7EYR.

d) Para A: combinar encontros presenciais viáveis com programa domiciliar simples e acessível, apoio comunitário/transporte quando disponível ou outra solução pactuada para a barreira real. Para B: solicitar demonstração do exercício e da dose, corrigir a execução, usar instruções acessíveis e confirmar compreensão por nova demonstração, com reavaliação posterior.

Pontuação: 0,25 por adaptação viável para A; 0,25 por estratégia que verifique/corrija a compreensão e execução de B. Não exigir uma tecnologia ou solução administrativa específica.

Fundamentação: Holden et al. (2023), p. 392, tabela III, especialmente proposições 2.4–2.5, 3.1–3.5, 5.3, 7.1–7.5, 8.1–8.3, 9.1–9.5, 10.2–10.6 e 11.8–11.9 (página 7 do PDF). Verville et al. (2023), p. 636, resumo; pp. 644–647, análise agrupada, discussão e conclusão (páginas 1 e 9–12 do PDF). O caso é hipotético e aplica essas recomendações; não descreve resultado de um estudo dos artigos.

Pág. 05 de 05 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00044978/2026 e o código 224J7EYR.

Assinaturas do documento

Código para verificação: **224J7EYR**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

RODRIGO OKUBO (CPF: 305.XXX.368-XX) em 09/11/2026 às 10:01:21
Emitido por: "SGP-e", emitido em 04/04/2019 - 13:57:16 e válido até 04/04/2119 - 13:57:16.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/VURFU0NfMTIwMjJfMDAwNDQ5NzhfNDQ5ODhfMjAyNl8yMjRKN0VZUg== ou o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo **UDESC 00044978/2026** e o código **224J7EYR** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.