SARAH

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO
ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2026

TIPO
1
MANHÃ

MÉDICO (ORTOPEDIA - JOELHO)

NÍVEL SUPERIOR

SUA PROVA E TEMPO

- Este caderno contém **60 (sessenta)** questões objetivas com **4 (quatro)** opções de resposta (A, B, C e D) e somente uma delas está correta.
- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para o preenchimento do cartão de respostas. **1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala levando o caderno de questões.

NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões.
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala.

INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, notifique imediatamente o fiscal da sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas; para o preenchimento da folha de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta.
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) na folha de respostas.
- Confira seu cargo no caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo **diferente** do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento da sua folha de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca da folha de respostas, em caso de erro cometido por você**.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Conhecimentos Específicos

1

Em relação à articulação patelofemoral, é correto afirmar que

(A) o aspecto posterior da patela é descrito como possuindo duas facetas mediais e uma lateral.
(B) o contato mais extenso entre a patela e o fêmur ocorre em aproximadamente 10 graus de flexão.
(C) conforme a flexão do joelho evolui de 20 para 90 graus, a área de contato patelofemoral desloca-se do polo distal para a porção superior das facetas medial e lateral.
(D) o aspecto posterior da patela é descrito como possuindo sete facetas; a porção posteromedial possui quatro facetas e a porção posteromedial possui duas e se localiza ao longo da borda lateral extrema da patela.

2

Em relação à avaliação do ligamento cruzado anterior (LCA), assinale a afirmativa correta.

(A) O teste de *Jerk* é iniciado com o joelho em flexão, associado à rotação tibial interna e ao estresse em varo.
(B) O teste de *pivot shift* é iniciado com o joelho em flexão, associado à rotação tibial interna e ao estresse em valgo.
(C) O teste de *Losee* é iniciado com o joelho em flexão associado à rotação tibial externa, ao estresse em varo e à pressão na cabeça da fíbula.
(D) O teste de *Jerk* é iniciado com o joelho em flexão, associado à rotação tibial interna e ao estresse em valgo, e reproduz uma subluxação que se reduz durante o movimento de extensão.

3

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, relata dor inguinal progressiva há cerca de três meses. Exames radiográficos revelam necrose da epífise femoral, uma linha radiolucente subcondral curvilínea sobrepondo o segmento necrótico da cabeça femoral, com achatamento evidente do contorno articular. A cintilografia óssea mostra aumento de captação.

Segundo a classificação de Ficat e Arlet, aceita atualmente como descrita em *Campbell´s Operative Orthopaedics, 14th Ed.*, esse paciente encontra-se no estágio

(A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.

4

Em relação às propriedades mecânicas comparadas entre titânio e aço inoxidável para implantes de fixação óssea, assinale a afirmativa correta.

(A) Os implantes em aço inoxidável 316 L possuem uma rigidez aproximadamente 3 vezes maior que a do osso humano.
(B) As ligas de titânio, de modo geral, são aproximadamente cinco vezes mais flexíveis que o aço inoxidável e pelo menos um terço mais resistentes.
(C) O titânio é menos resistente à corrosão do que o aço inoxidável, o qual tende a sofrer corrosão em frestas, no ponto de contato entre as cabeças dos parafusos e as placas.
(D) Os implantes de titânio são mais frágeis que os de aço inoxidável; trincas originadas em entalhes no titânio tendem a se propagar com muito mais facilidade do que no aço inoxidável.

5

Segundo Wasielewski *et al.*, na fixação de um componente acetabular não cimentado, em um quadril que apresenta osteoartrite concêntrica e sem alteração do centro de rotação, existem quadrantes descritos como mais seguros e outros que devem ser preferencialmente evitados para a colocação de parafusos que auxiliam essa fixação.

Para o cirurgião evitar complicações, em relação a esses quadrantes, é correto afirmar que

(A) o quadrante posteroinferior é o mais seguro e o quadrante anterossuperior deve ser evitado.
(B) o quadrante anteroinferior é o mais seguro e o quadrante anterossuperior deve ser evitado.
(C) o quadrante anterossuperior é o mais seguro e o quadrante posterossuperior deve ser evitado.
(D) o quadrante posterossuperior é o mais seguro e o quadrante anterossuperior deve ser evitado.

6

Em pacientes diabéticos com úlceras em membros inferiores, o índice tornozelo-braquial (ITB) e o índice pododáctilo-braquial são ferramentas de triagem não invasiva úteis e preditivas da cicatrização de feridas.

Dessa forma, em relação a esses índices, é correto afirmar que

(A) o ITB normalmente situa-se entre 0,9 e 1,2.
(B) considera-se normal um índice pododáctilo-braquial superior a 0,5.
(C) as pressões absolutas nos pododáctilos devem ser superiores a 30 mmHg.
(D) valor de ITB inferior a 0,8 sugere que é improvável que a úlcera cicatrize sem intervenção vascular.

7

Paciente do sexo feminino, 76 anos de idade, sofreu fratura da extremidade proximal do fêmur esquerdo. A avaliação radiográfica meticulosa da equipe médica evidenciou fratura subcapital desviada com desalinhamento das trabéculas da cabeça do fêmur em relação às do acetábulo.

De acordo com a classificação de Garden, essa paciente apresenta uma fratura do tipo

(A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.

8

Assinale a posição do cotovelo e do antebraço que promove maior grau de estiramento e atrito sobre o nervo cutâneo lateral do antebraço, favorecendo o desenvolvimento da síndrome do nervo cutâneo lateral do antebraço.

(A) Cotovelo em hiperextensão e antebraço em pronação.
(B) Cotovelo em extensão total e ombro em abdução máxima.
(C) Cotovelo em flexão de 90 graus e antebraço em supinação.
(D) Cotovelo em flexão máxima e antebraço em posição neutra.

9

Lactente do sexo feminino, 14 semanas de idade, nascida de parto em apresentação pélvica, foi avaliada para rastrear possível displasia do desenvolvimento do quadril. O exame físico foi normal, porém um achado na ultrassonografia chamou a atenção da equipe médica.

Das opções abaixo, assinale a que orientou a equipe médica a iniciar o tratamento com suspensório de Pavlik.

(A) Graf tipo I.
(B) Graf tipo IIa.
(C) Graf tipo IIb.
(D) 50% de cobertura da cabeça femoral (método de Terjesen).

10

Em relação ao tratamento das lesões condrais, é correto afirmar que

(A) a condroplastia é um tratamento viável para lesões tipo I ou II de Outerbridge.
(B) a condroplastia é indicada apenas para lesões tipo IV de Outerbridge, com exposição de osso subcondral.
(C) a microfratura é reservada exclusivamente para lesões tipo I de Outerbridge, sendo contraindicada em lesões de espessura total.
(D) o implante autólogo de condrócitos está indicado para lesões do tipo I e II; a condroplastia é reservada para as lesões dos tipos III e IV de Outerbridge.

11

De acordo com o Código de Ética Médica, diante de um paciente que apresenta uma doença incurável e terminal, um dever do médico é

(A) exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico.
(B) não abreviar a vida do paciente, mesmo a pedido do próprio ou de seu representante legal.
(C) permitir, ao seu juízo, a realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
(D) deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

12

Paciente do sexo feminino, 57 anos de idade, portadora de osteoporose, sofreu fratura subtrocantérica do fêmur esquerdo. A equipe médica suspeitou de fratura atípica.

Assinale a opção que apresenta os achados clínicos e radiográficos da paciente que confirmaram a suspeita diagnóstica da equipe médica, de acordo com os critérios atuais da *American Society for Bone and Mineral Research* (ASBMR).

(A) Retardo de consolidação, sintomatologia prévia bilateral, fratura transversa originada na cortical lateral espessamento da cortical generalizado.
(B) Uso de alendronato, sintomatologia prévia, trauma mínimo, fratura transversa originada na cortical lateral e espessamento da cortical medial no foco de fratura.
(C) Uso de alendronato, sintomatologia prévia, trauma mínimo, fratura oblíqua curta originada na cortical lateral e espessamento da cortical lateral no foco de fratura.
(D) Uso de alendronato, sintomatologia prévia, trauma de baixa energia, espessamento da cortical lateral no foco de fratura, fratura multifragmentar originada na cortical lateral.

13

O ortopedista, ao realizar um acesso cirúrgico à articulação escapuloumeral, necessita de conhecimentos anatômicos.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

(A) Ao deixar a parede posterior da axila, o nervo axilar penetra no espaço triangular.
(B) O nervo musculocutâneo é um ramo do fascículo lateral do plexo braquial e inerva, entre outros, o músculo braquial.
(C) O tendão da cabeça curta do músculo bíceps braquial é um dos dois únicos tendões que atravessam uma cavidade sinovial.
(D) O nervo musculocutâneo penetra no corpo do músculo coracobraquial pelo seu lado lateral, a cerca de 3 a 5 cm distalmente à origem do músculo no processo coracoide.

14

Em relação a aspectos histológicos do periósteo, é correto afirmar que

(A) a camada interna é frouxa, vascularizada e osteogênica.
(B) o periósteo, com o envelhecimento, torna-se mais espesso e mantém sua capacidade osteogênica.
(C) o periósteo é responsável exclusivamente pelo crescimento longitudinal do osso, processo conhecido como crescimento intersticial.
(D) a camada externa não é estruturada, apesar de possuir uma grande quantidade de células e não mantém relação com as cápsulas articulares.

15

Sobre as bandas e linhas visíveis à microscopia no sarcômero, assinale a afirmativa correta.

(A) As bandas A representam os filamentos de actina (anisotrópicos).
(B) As bandas H correspondem ao segmento central do filamento de actina com interdigitação de filamentos de miosina.
(C) As bandas I representam filamentos de miosina em sarcômeros adjacentes nos quais não há sobreposição com filamentos de actina.
(D) Os discos Z representam a conexão entre sarcômeros adjacentes dentro da fibrila e ancoram a actina na extremidade de cada sarcômero.

16

Paciente do sexo feminino, 76 anos de idade, submetida previamente a uma artroplastia total do joelho, sofreu fratura supracondiliana do fêmur, ipsilateral à prótese. A avaliação radiográfica evidenciou perda de massa óssea do fêmur, uma fratura com desvio, e com prótese estável e fixa no osso, a paciente será submetida a osteossíntese da fratura.

De acordo com a classificação de Lewis-Rorabeck, trata-se de uma fratura do tipo

(A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.

17

As articulações do corpo humano funcionam de modo semelhante a sistemas de alavancas. Considere um indivíduo com a cabeça em posição neutra, sob a ação da gravidade, cujo equilíbrio é mantido pelos músculos extensores posteriores da cabeça e do pescoço, com a articulação atlanto-occipital atuando como fulcro.

Em relação ao sistema de alavancas, estamos diante de um sistema

(A) de alavanca de terceira classe.
(B) de alavanca de segunda classe.
(C) de alavanca de primeira classe.
(D) binário de forças, pois as forças do peso da cabeça e dos eretores da espinha são iguais, paralelas e de direções opostas, não havendo fulcro verdadeiro nesse sistema.

18

Com relação aos métodos de imagem e demais exames complementares na avaliação da síndrome do túnel do tarso, é correto afirmar que

(A) a eletroneuromiografia apresenta sensibilidade de 100%, tornando os exames de imagem desnecessários.
(B) os exames eletrodiagnósticos são os únicos capazes de visualizar etiologias compressivas extrínsecas ósseas ou ligamentares.
(C) a ultrassonografia é o método exclusivo para o diagnóstico etiológico, sendo superior à ressonância magnética na avaliação de tecidos profundos do túnel.
(D) a ressonância magnética possui alta acurácia para identificar etiologias focais e estudos eletrodiagnósticos normais não afastam o diagnóstico clínico, permitindo a conduta cirúrgica em pacientes selecionados.

19

Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, sofreu fratura do terço médio da tíbia esquerda há oito meses. Foi tratada com redução aberta e fixação interna com placa e parafusos. No momento, apresenta a fratura não consolidada, com suspeita de infecção.

Em casos semelhantes, em relação aos marcadores inflamatórios séricos, leucócitos, VHS e PCR, quanto ao diagnóstico de infecção, é correto afirmar que

(A) a contagem de leucócitos costuma ser normal, e valores normais de VHS e PCR não excluem infecção.
(B) VHS e PCR são altamente específicas e sensíveis, tornando a contagem de leucócitos desnecessária.
(C) uma contagem normal de leucócitos e uma VHS normal excluem definitivamente o diagnóstico de infecção.
(D) a contagem de leucócitos está sempre acentuadamente elevada, sendo o marcador diagnóstico mais confiável.

20

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, há um ano sofreu fratura exposta da tíbia esquerda tratada com limpeza mecânico-cirúrgica e estabilização da fratura com um fixador externo uniplanar. Hoje apresenta a fratura não consolidada e infectada com fístula de baixo débito, com a fíbula intacta e defeito segmentar de 2 cm.

Segundo a classificação de May *et al*. para osteomielite pós-traumática da tíbia, esse paciente se enquadra no tipo

(A) II.
(B) III.
(C) IV.
(D) V.

21

Paciente do sexo feminino, 14 anos de idade, apresenta-se com escoliose torácica direita e lombar esquerda, classificada como Lenke 1C, com a curva lombar corrigindo para 20 graus na radiografia dinâmica. A equipe ortopédica está inclinada a realizar uma fusão seletiva torácica.

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que

(A) nas curvas Lenke 1C, a fusão seletiva torácica é absolutamente contraindicada, sendo sempre obrigatória a inclusão da curva lombar na artrodese.
(B) uma vez indicada, a fusão seletiva torácica deve buscar sempre a correção máxima possível da curva torácica, independentemente do comportamento esperado da curva lombar, a fim de otimizar o resultado radiográfico final.
(C) a viabilidade da fusão seletiva torácica em curvas Lenke 1C depende essencialmente da manutenção do equilíbrio coronal e da alta flexibilidade da curva lombar não fundida, que deve corrigir a ponto de manter o alinhamento balanceado no pós-operatório.
(D) a indicação de fusão seletiva torácica em curvas Lenke 1C depende fundamentalmente do resultado do potencial evocado motor intraoperatório; a magnitude relativa das curvas torácica e lombar e a flexibilidade radiográfica têm relevância secundária nessa decisão pré-operatória.

22

Após avaliação física e exames de imagem, uma paciente do sexo feminino foi diagnosticada como portadora de doença de Iselin.

Essa afecção corresponde à osteocondrose do(a)

(A) navicular do tarso.
(B) semilunar do carpo.
(C) sincondrose isquiopúbica.
(D) base do quinto metatarsal.

23

Em relação ao conceito de dor, revisado em 2020 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), é correto afirmar que

(A) dor não pode ser inferida apenas pela atividade em neurônios sensoriais.
(B) nocicepção é uma experiência psicológica, enquanto dor é puramente física.
(C) dor e nocicepção são sinônimos e podem ser usados de forma intercambiável.
(D) nocicepção e dor mantêm uma relação de causa e efeito direta, de modo que a intensidade da dor percebida corresponde ao grau de ativação dos nociceptores.

24

Existem várias teorias para justificar o escorregamento da epífise proximal do fêmur (epifisiólise), entre elas, a de fatores mecânicos.

Assinale a opção que apresenta corretamente fatores mecânicos ligados à teoria da etiologia da epifisiólise.

(A) Anteversão relativa ou absoluta do colo femoral, retroversão e verticalização do acetábulo.
(B) Anteversão relativa ou absoluta do colo femoral e anteversão do acetábulo com aumento da inclinação.
(C) Espessamento do anel de Lacroix, retroversão relativa ou absoluta do colo femoral e verticalização do acetábulo.
(D) Afinamento do anel pericondral de Lacroix, inclinação da fise proximal do fêmur em relação ao colo, e retroversão relativa ou absoluta do colo femoral.

25

A hipótese de dois impactos (*two-hit hypothesis*) fornece suporte e justificativa fisiopatológica para o fechamento intrauterino da mielomeningocele.

Assinale a afirmativa que descreve corretamente essa hipótese.

(A) A teoria dos dois impactos se baseia em uma herança autossômica recessiva combinada a fatores ambientais teratogênicos.
(B) O primeiro impacto é a exposição prolongada da medula à cavidade amniótica, e o segundo é a compressão medular secundária à hidrocefalia.
(C) A ancoragem da medula, ao interferir no fluxo do líquido cefalorraquidiano, provoca a malformação de Chiari I, justificando a cirurgia intrauterina.
(D) O primeiro impacto é a falha do fechamento do tubo neural e o segundo hit é o dano progressivo causado à medula exposta pelo contato direto com o líquido amniótico.

26

A avaliação inadequada em um paciente politraumatizado pode acarretar sérias complicações aos pacientes. De acordo com a 11ª edição do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), do *American College of Surgeons*, a avaliação primária do paciente politraumatizado preconiza um sistema de ordenamento de atendimento ao paciente quando admitido no hospital.

Assinale a opção que apresenta corretamente a sequência de prioridades na avaliação ao politraumatizado.

(A) Avaliação abdominal, via aérea, circulação, respiração e estado neurológico.
(B) Via aérea sem necessidade de controle cervical, circulação, respiração, incapacidade, exposição e controle ambiental.
(C) Controle de hemorragia exsanguinante, via aérea com controle da coluna cervical, respiração, circulação com controle da hemorragia, estado neurológico, exposição e controle ambiental.
(D) Estado neurológico, respiração, circulação com controle da hemorragia, via aérea com controle da coluna cervical, avaliação abdominal, controle de hemorragia exsanguinante, exposição e controle ambiental.

27

No estudo cintilográfico trifásico com tecnécio-99m, o padrão de captação característico da osteomielite, que a diferencia da de celulite, é

(A) a redução da captação nas três fases.
(B) o aumento nas três fases: fluxo, equilíbrio e tardia.
(C) o aumento apenas na fase tardia, com fases de fluxo e equilíbrio normais.
(D) o aumento da captação nas fases de fluxo e equilíbrio, com captação normal na fase tardia.

28

Criança de 4 anos, com paralisia cerebral, caminha sem limitações, corre e salta, mas com velocidade, equilíbrio e coordenação reduzidos em comparação com pares típicos (*typical peers*).

De acordo com o *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), essa criança se situa no grupo

(A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.

29

Durante a ressecção do polo superomedial da escápula no procedimento de Woodward, em uma criança portadora da deformidade de Sprengel, o cirurgião não deve avançar lateralmente além da incisura escapular, para evitar lesão do(a)

(A) nervo axilar.
(B) artéria braquial.
(C) nervo supraescapular.
(D) nervo musculocutâneo.

30

Exames de imagem, em um paciente portador da doença de Legg-Calvé-Perthes, evidenciaram manutenção do pilar lateral em 75%.

De acordo com a classificação de Herring, esse paciente pertence ao grupo

(A) A.
(B) B.
(C) A/B.
(D) C.

31

Em relação aos ligamentos meniscofemorais de Humphry e Wrisberg, é correto afirmar que

(A) eles são estruturas bastante robustas, e juntos são encontrados em cerca de 90% dos joelhos.
(B) eles prendem o corno posterior do menisco lateral ao côndilo femoral medial.
(C) o ligamento de Wrisberg se origina a partir do menisco lateral e passa em seguida ao ligamento cruzado posterior, dirigindo-se ao côndilo femoral lateral.
(D) o ligamento de Humphry surge do corno anterior do menisco lateral e passa em seguida ao ligamento cruzado posterior, dirigindo-se ao côndilo femoral medial.

32

Em relação à incidência axial do joelho, assinale a opção que descreve corretamente a técnica de obtenção da incidência de Merchant para avaliação da articulação patelofemoral.

(A) A incidência de Merchant é obtida com o paciente em decúbito ventral, com o joelho em extensão e com o feixe de raios X perpendicular ao receptor de imagem.
(B) A incidência de Merchant é obtida com o paciente em decúbito dorsal, com o joelho em extensão e com o feixe de raios X perpendicular ao receptor de imagem.
(C) A incidência de Merchant é obtida em decúbito ventral, com o joelho em flexão máxima e o chassis posicionado atrás do joelho, com o feixe de raios X perpendicular ao receptor de imagem.
(D) A incidência de Merchant é obtida com o paciente em decúbito dorsal, joelhos fletidos a 45 graus e com o feixe de raios X inclinado 30 graus a partir da horizontal, direcionado aos pés.

33

Em relação à técnica descrita por Stannard para a reconstrução não anatômica do canto posterolateral do joelho, é correto afirmar que

(A) a cabeça medial do músculo gastrocnêmio serve de marco lateral de segurança para evitar excessiva dissecção medial e proteção das estruturas neurovasculares.
(B) o túnel fibular é orientado de anterolateral para posteromedial, com leve inclinação de 5º a 10º cranial, seguindo a orientação da articulação tibiofibular proximal.
(C) o aloenxerto pode ser do tendão do músculo tibial anterior ou do tendão do músculo tibial posterior com um comprimento mínimo de 20 cm e de 5 a 7 mm de diâmetro.
(D) a exposição do nervo fibular é obrigatória; na sua anatomia, ele segue anteriormente ao trajeto do bíceps femoral e pode ser facilmente encontrado seguindo sua gordura perineural até o colo da fíbula.

34

A técnica de realinhamento patelar proximal de Insall é caracterizada por

(A) uma plicatura da cápsula medial com avanço do músculo vasto medial.
(B) uma trocleoplastia de aprofundamento do sulco associada à liberação do músculo vasto medial.
(C) uma liberação retinacular lateral ampla com medialização da inserção do músculo vasto lateral.
(D) uma transferência distal da tuberosidade da tíbia associada à reconstrução isolada do ligamento patelofemoral lateral.

35

Segundo o protocolo de Lyon descrito por Dejour *et al.*, em relação à distância tuberosidade da tíbia-sulco troclear (TA-GT) medida por tomografia computadorizada, é correto afirmar que

(A) o valor médio considerado normal em extensão é de aproximadamente 12 mm.
(B) o valor médio considerado normal em extensão é de aproximadamente 22 mm.
(C) o valor médio considerado normal em flexão de 45 graus é de aproximadamente 12 mm.
(D) **o** valor médio considerado normal em flexão de 45 graus é de aproximadamente 22 mm.

36

A técnica descrita por Neyret, tenodese do tendão patelar, como procedimento auxiliar associado à transferência distal da tuberosidade tibial, está indicada quando o comprimento do tendão patelar for maior do que

(A) 20 mm.
(B) 29 mm.
(C) 52 mm.
(D) 67 mm.

37

Fatores de risco locais para fraturas periprotéticas da tíbia podem estar relacionados tanto à técnica quanto ao *design* do implante. J. A. Rand e M. B. Coventry publicaram a maior série de fraturas periprotéticas da tíbia associadas a próteses soltas.

Segundo o relato desses autores, é correto afirmar que

(A) a retroversão excessiva é um dos fatores de risco mais significativos.
(B) o desalinhamento axial em varo é um dos fatores de risco mais significativos.
(C) o desalinhamento em valgo excessivo é um dos fatores de risco mais significativos.
(D) o uso de componentes tibiais não cimentados, exclusivamente, sem qualquer relação com o alinhamento do membro.

38

Em relação ao implante de condrócitos autólogos e matriz de suporte produzida por engenharia de tecidos, utilizando membranas reabsorvíveis para suporte inicial do tecido de reparo, é correto afirmar que

(A) as membranas de colágeno tipo I/III de origem suína apresentam tempo de reabsorção de aproximadamente 6 a 12 semanas.
(B) os condrócitos são cultivados nos moldes tridimensionais de ácido hialurônico por um período de aproximadamente 7 a 10 dias antes da implantação.
(C) as membranas, como as de ácidos poliglicólico/poliláctico de material sintético, possuem tempo de reabsorção de aproximadamente 16 a 20 semanas.
(D) quando se utilizam as membranas de ácidos poliglicólico/poliláctico, elas devem ser implantadas por cirurgias abertas, sendo formalmente contraindicada a abordagem artroscópica.

39

O tratamento de defeitos sintomáticos localizados da cartilagem articular continua a representar um dilema clínico para muitos ortopedistas.

A respeito do tratamento desses defeitos, assinale a afirmativa correta.

(A) As pequenas lesões de osteocondrite dissecante e fraturas osteocondrais não são uma boa indicação para transferência de enxerto osteocondral autógeno.
(B) Lesões menores que 10 mm normalmente podem ser tratadas com desbridamento simples, dado o limitado aumento de carga e estresse biomecânicos nas bordas do defeito.
(C) A transferência de enxerto osteocondral autógeno revelou-se bem-sucedida também em pacientes com mau alinhamento do joelho, sem necessidade de osteotomias corretivas.
(D) A transferência de enxerto osteocondral autógeno possui contraindicação absoluta na presença de qualquer grau de mau alinhamento coronal, sendo o procedimento invalidado mesmo se associado a osteotomias corretivas.

40

Em relação à osteonecrose espontânea do joelho (SPONK, na sigla em inglês) e à osteonecrose pós-cirúrgica do joelho (ONPK, na sigla em inglês), é correto afirmar que

(A) pacientes devidamente selecionados com SPONK ou ONPK podem ser tratados com uma osteotomia alta da tíbia.
(B) a osteotomia alta da tíbia normalmente está indicada para pacientes mais idosos, visando aliviar a carga no côndilo afetado.
(C) o uso do desbridamento artroscópico no tratamento de osteonecrose secundária, SPONK e ONPK tem aplicações ilimitadas e altera o curso da doença.
(D) segundo a classificação radiográfica proposta por Koshino, o estágio IV é caracterizado pelo colapso subcondral isolado, sem alterações artríticas associadas.

41

Em relação à osteocondrite dissecante juvenil (OCDJ) e à osteocondrite dissecante do adulto (OCDA) do joelho, é correto afirmar que

(A) as proposições de Smillie, quanto à etiologia da OCD, relacionam a OCDA a uma causa traumática, e a OCDJ, a uma possível anomalia de ossificação.
(B) segundo a classificação intraoperatória de Guhl, que define a integridade e a estabilidade do fragmento, o tipo III é descrito como fissura da cartilagem.
(C) a manobra de Wilson reproduz a dor ao rodar externamente a tíbia durante a extensão do joelho a partir de 90 graus de flexão; a dor é aliviada pela rotação interna, quando a osteocondrite está situada na sua localização clássica.
(D) linha de alto sinal cruzando a superfície articular e o osso subcondral, linha bem demarcada de alto sinal maior ou igual a 10 mm ao redor da lesão, área de alto sinal homogêneo maior do que 10 mm ao redor da lesão e defeito focal maior do que 5 mm na superfície articular são critérios de instabilidade na ressonância magnética que confirmam o diagnóstico de osteocondrite dissecante do joelho.

42

Paciente com quadro clínico sugestivo de condromalácia patelar. Ao exame artroscópico, foi observada erosão completa, com exposição do osso subcondral.

Segundo a classificação artroscópica de Outerbridge para condromalácia, essa lesão corresponde ao grau

(A) I.
(B) II.
(C) III.
(D) IV.

43

Sobre a avaliação dos ligamentos colaterais lateral e medial do joelho, é correto afirmar que

(A) o estresse em valgo aplicado em extensão completa é utilizado para examinar o ligamento colateral medial e a cápsula posteromedial associada.
(B) o estresse em valgo aplicado com 30 graus de flexão isola o ligamento colateral medial avaliando somente a estabilidade da cápsula posteromedial.
(C) o teste de estresse em varo é aplicado em 30 graus de flexão e em extensão completa para avaliar o ligamento colateral lateral e a cápsula posteromedial, respectivamente.
(D) o teste de estresse em valgo é aplicado em 30 graus de flexão e em extensão completa para avaliar o ligamento colateral lateral e a cápsula posterolateral, respectivamente.

44

Na artroscopia do joelho, a manobra conhecida como visão de Gillquist tem como principal objetivo a inspeção visual

(A) do recesso suprapatelar, entre o quadríceps e a tróclea femoral.
(B) do canto lateral do joelho, entre o ligamento colateral lateral e o côndilo femoral lateral.
(C) da incisura intercondilar anterior, entre o ligamento cruzado anterior e o côndilo femoral lateral.
(D) do canto posteromedial do joelho, localizado entre o ligamento cruzado posterior e o côndilo femoral medial.

45

No tratamento de lesão do menisco medial com o uso de suturas verticais múltiplas de colchoeiro, com a técnica *inside-out,* é correto afirmar que

(A) as suturas devem ser passadas sequencialmente da porção anterior para a porção posterior do menisco.
(B) os pontos são passados na superfície tibial do menisco para que se obtenham redução e estabilização adequadas.
(C) os pontos das suturas, depois de passados, são atados sequencialmente no sentido de anterior para posterior.
(D) os pontos das suturas, depois de passados, devem ser atados com o joelho levemente fletido, com cerca de 20 graus de flexão.

46

A Síndrome de Behçet é uma vasculite sistêmica de vasos de todos os calibres.

Em relação à proposição do *Japanese Ministry of Health and Welfare* para o diagnóstico*,* é correto afirmar que

(A) são elementos maiores para o diagnóstico: úlceras orais aftosas recorrentes, úlceras genitais, artrite e lesões *tipo* eritema nodoso.
(B) são elementos menores para o diagnóstico: doença ocular, iridociclite com hipópio, sintomas vasculares, sintomas intestinais e sintomas neurológicos.
(C) o diagnóstico será completo ou definido quando da presença de todos os quatro critérios maiores, simultaneamente, ou em tempos diferentes durante a evolução.
(D) o diagnóstico será completo ou definido quando da presença de três critérios maiores e dois critérios menores, simultaneamente ou em tempos diferentes durante a evolução.

47

Em relação ao envelhecimento da cartilagem articular, no início da osteoartrose, é correto afirmar que

(A) na cartilagem articular osteoartrósica, as cadeias de glicosaminoglicanos encontram-se alongadas.
(B) na cartilagem articular osteoartrósica, as cadeias do ácido hialurônico e da proteína central do proteoglicano estão alongadas.
(C) há aumento da síntese de proteoglicanos, colágeno, proteínas não colágenas, hialuronato e ácido desoxirribonucleico.
(D) a interleucina 6 (IL-6) é considerada como o primeiro agente para a degradação da matriz cartilaginosa, uma vez que estimula a síntese e a secreção de várias enzimas proteolíticas, como a hialuronidase.

48

No que tange à biomecânica da articulação do joelho, é correto afirmar que

(A) segundo as observações de Bousquet, citado pelo professor Amatuzzi, o compartimento lateral do joelho é o da mobilidade, enquanto o medial é o compartimento da estabilidade.

(B) como o côndilo femoral lateral é maior que o medial, é possível deduzir que partindo de 90 graus em direção à extensão, existe um avanço inicial desse côndilo durante o rolamento anterior do fêmur, gerando um movimento de rotação interna do fêmur, cujo centro está situado no compartimento lateral.

(C) em indivíduos jovens, com joelhos normais e sem outras comorbidades, durante a deambulação em terreno plano, o compartimento medial, no momento de maior sobrecarga, carrega 2,14 vezes o peso corporal, o que corresponde a cerca de 30% de toda a força que atravessa a articulação femorotibial.

(D) o ligamento colateral lateral e o canto posterolateral são os restritores primários para as forças em varo aplicadas no joelho, e o corno posterior do menisco lateral exerce uma boa função de calço na oposição ao deslocamento anterior da tíbia, atuando como o principal restritor a essa translação, sobrepondo-se à função do ligamento cruzado anterior.

49

Em relação aos cistos de meniscos, é correto afirmar que

(A) os cistos de meniscos são mais frequentes no menisco medial devido à sua maior mobilidade e menor congruência articular em comparação ao compartimento lateral.

(B) os cistos do menisco lateral localizam-se comumente em frente ao ligamento colateral lateral, em uma região onde a cápsula articular lateral apresenta sua máxima espessura protetora.

(C) os cistos do menisco medial localizam-se mais frequentemente na região posteromedial, podem dissecar à distância da interlinha articular, inclusive ao longo do ligamento colateral medial, e estão tipicamente associados a rupturas horizontais do menisco.

(D) o diagnóstico diferencial entre cistos meniscais e cistos sinoviais é impossível tanto clinicamente quanto pelos exames de imagem convencionais, sendo os cistos sinoviais formados exclusivamente pela degeneração mixoide primária do tecido fibrocartilaginoso do menisco.

50

A afecção de Pellegrini-Stieda é a calcificação

(A) na inserção do tendão quadricipital.

(B) na inserção tibial do ligamento patelar.

(C) da origem fibular do ligamento colateral lateral, após lesão ligamentar.

(D) do ligamento colateral medial, podendo evoluir para ossificação na sua espessura.

51

Em relação à artroplastia unicompartimental medial do joelho, é correto afirmar que

(A) ela está indicada na presença de erosão da cartilagem central no compartimento lateral.

(B) ela está contraindicada na presença de um desvio em varo, do eixo mecânico de mais de 15 graus, não corrigível.

(C) a liberação do ligamento colateral medial é etapa rotineira para a correção da deformidade em varo.

(D) ela está indicada para pacientes jovens, com artrose leve e sintomas restritos a um ou dois compartimentos.

52

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, foi submetido a osteotomia proximal da tíbia de subtração, estabilizada com uma placa de compressão entre os fragmentos.

Acerca do conceito de estabilização dessa osteotomia, é correto afirmar que

(A) o princípio utilizado pela equipe cirúrgica foi o de estabilidade relativa.

(B) a consolidação óssea primária ocorre mais rapidamente que a mediada por calo ósseo, principalmente em adultos jovens.

(C) a consolidação primária ocorre exclusivamente por ossificação endocondral, dependendo da elevada tensão local de oxigênio.

(D) uma desvantagem em potencial da consolidação óssea primária é que, ao contrário da consolidação mediada por calo, ela não progride em um ambiente de baixa tensão de oxigênio.

53

Em relação à artroplastia de joelho do tipo joelho condilar restrito (CCK), é correto afirmar que

(A) o modelo CCK está contraindicado em cirurgias de revisão do joelho.

(B) o implante do tipo CCK é uma boa indicação para joelhos com deformidade em valgo, associada a *recurvatum* e fraqueza do quadríceps.

(C) o implante do tipo CCK pode ser uma opção em caso de artroplastia primária com problemas de balanceamento não resolvíveis com implantes convencionais.

(D) o design CCK tem sido amplamente utilizado em artroplastias primárias, em pacientes com deformidade em valgo menor que 10 graus e insuficiência do ligamento colateral lateral.

54

Em relação à síndrome do *clunk* patelar, descrita por Hozack e colaboradores, é correto afirmar que

(A) manifesta-se apenas em flexão extrema acima de 120 graus e requer tratamento cirúrgico por artroscopia.

(B) o tratamento de escolha recomendado para essa condição é a liberação do nódulo da prótese patelar com revisão desse componente.

(C) quando da presença do nódulo, o joelho emite um estalo ou ruído de impacto (*clunk*) entre 30 e 45 graus de flexão durante a extensão ativa.

(D) o nódulo é fibroso e se forma na face posterior do tendão quadricipital, ligando-se à patela protetizada. É mais frequente nas próteses com preservação do ligamento cruzado posterior e necessita de tratamento cirúrgico aberto.

55

Em relação aos movimentos durante a marcha, é correto afirmar que

(A) durante a caminhada, a posição do fêmur é anterior em relação à tíbia no contato do calcâneo.
(B) o fêmur permanece anteriorizado durante a fase de apoio médio do pé e se posterioriza em relação à tíbia na fase de saída.
(C) o fêmur gira externamente desde o contato do calcâneo, passando posteriormente à rotação interna na fase de apoio do médio-pé.
(D) enquanto o pé encontra-se apoiado no solo, não apenas a inércia da parte superior do corpo é responsável pela rotação externa do fêmur.

56

Em relação às lesões cartilaginosas que penetram o osso subcondral, é correto afirmar que

(A) a resposta reparadora leva de 6 a 8 meses e produz cartilagem hialina.
(B) o tecido formado é idêntico à cartilagem hialina em composição e propriedades mecânicas.
(C) as lesões de espessura parcial também reparam de forma eficaz, porque os condrócitos migram livremente para o defeito.
(D) há formação de hematoma, coágulo de fibrina, resposta inflamatória e migração de células mesenquimais, com fibrocartilagem de qualidade variável em 6 a 8 semanas.

57

Em relação à utilização de um garrote pneumático para a realização de uma osteotomia de fêmur, é correto afirmar que

(A) a camada de acolchoamento não interfere na pressão transmitida.
(B) a geometria do garrote, cônico ou retangular, não interfere no processo de garroteamento da coxa em um paciente obeso.
(C) a maioria dos estudos com ecocardiografia transesofágica em artroscopia de joelho demonstraram embolia pulmonar assintomática em até 1 minuto após liberação do garrote.
(D) na dúvida em relação à pressão aplicada no garrote, é preferível usar pressão menor, pois a pressão excessiva pode provocar alteração neurológica, enquanto pressão menor não causa danos.

58

Paciente de 20 anos de idade, sexo feminino, jogadora de futebol profissional, relata dores na face anterior da tíbia há cerca de três meses. Inicialmente, as dores surgiam após a atividade física. Recentemente, passaram a surgir durante a corrida. Exames por imagem associados ao quadro clínico da paciente fizeram a equipe médica suspeitar de fratura por estresse da tíbia.

Em relação a essas fraturas, é correto afirmar que

(A) o tipo predominante é a fratura de baixo risco na cortical posteromedial da tíbia.
(B) o tipo predominante é a fratura por estresse de baixo risco na cortical anterolateral da tíbia.
(C) o tipo predominante é a fratura de alto risco na cortical posterolateral da diáfise central da tíbia.
(D) as fraturas nas corticais posterolateral e anterolateral apresentam riscos similares, com dificuldade no diagnóstico.

59

Na reconstrução anatômica do canto posterolateral descrita por LaPrade, a fixação fibular do enxerto do ligamento colateral lateral (LCL) deve ser realizada com o joelho posicionado em

(A) 60° de flexão e rotação neutra.
(B) 40° de flexão e rotação externa.
(C) 20° de flexão, rotação neutra e leve estresse em valgo.
(D) 30° de flexão, rotação interna e leve estresse em valgo.

60

Um adolescente de 13 anos apresenta fratura da tuberosidade da tíbia, com extensão posterior por toda a fise proximal, resultando em desvio e avulsão de toda a epífise proximal da tíbia.

Segundo a classificação de Ogden (1980), modificada por Ryu e Debenham (1985), trata-se de uma fratura do tipo

(A) II.
(B) III.
(C) IV.
(D) V.

Realização



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais