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

TIPO
1
MANHÃ

MÉDICO (ORTOPEDIA GERAL)
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

A meniscectomia aumenta a pressão de contato tibiofemoral.

Um estudo biomecânico clássico descreve que a meniscectomia parcial, com redução de 10% da área de contato, acarreta aumento do pico de pressão tibiofemoral de, aproximadamente,

(A) 5%.
(B) 15%.
(C) 35%.
(D) 65%.

32

Em relação ao teste de deslocamento do pivô reverso, assinale a afirmativa correta.

(A) Inicia-se em extensão completa com rotação tibial externa, sendo fletido, aplicando uma força em varo, demonstrando frouxidão da cápsula posteromedial.
(B) Inicia-se em extensão completa com rotação tibial interna, sendo fletido, aplicando uma força em valgo, demonstrando frouxidão da cápsula posteromedial.
(C) Inicia-se com o joelho fletido e a tíbia rodada internamente, sendo então estendido, aplicando uma força em valgo, demonstrando frouxidão da cápsula posterolateral.
(D) Inicia-se com o joelho fletido e a tíbia rodada externamente, sendo então estendido, aplicando uma força em valgo, demonstrando frouxidão da cápsula posterolateral.

33

Lactente apresenta deformidades nos membros, incluindo unhas hipoplásicas e patelas não palpáveis bilateralmente. O quadro clínico é compatível com a síndrome unha-patela.

Com base na nova classificação de eixo de disrupção, esse quadro decorre da disrupção do eixo

(A) proximodistal e consequente perda da função de SHOX.
(B) dorsoventral e consequente perda da função de LMX1B.
(C) anteroposterior e consequente perda da função de SHH.
(D) proximodistal e consequente perda da função de FGF10.

34

As articulações do corpo humano funcionam de modo semelhante a sistemas de alavancas. Considere a flexão do cotovelo ao elevar um livro com a mão, tendo o cotovelo como fulcro e o bíceps braquial como força potente.

Em relação a esse sistema, é correto afirmar que se trata de

(A) uma alavanca de terceira classe.
(B) uma alavanca de segunda classe.
(C) uma alavanca de primeira classe.
(D) um binário de forças, uma vez que o bíceps braquial gera um momento puro sobre o cotovelo sem qualquer força resultante de compressão articular.

35

Em relação ao princípio de compressão interfragmentar realizada com parafuso de tração, assinale a afirmativa correta.

(A) A compressão interfragmentar com a utilização de um parafuso de tração de 3,5 mm utiliza sempre o princípio da estabilidade relativa.
(B) O efeito de compressão interfragmentar ocorre independentemente de qualquer manobra técnica de perfuração ou fresagem, desde que utilizemos parafusos corticais de 4,5 mm.
(C) Para se obter efeito de compressão interfragmentar, utilizando um parafuso de cortical 4,5 mm, deve-se, após perfurar ambos fragmentos e fresá-los igualmente, garantindo uma fixação simétrica.
(D) Para se obter efeito de compressão interfragmentar utilizando um parafuso de cortical 4,5 mm, deve-se perfurar a cortical adjacente à cabeça do parafuso com uma broca de 4,5 mm e a cortical oposta com uma broca de 3,2 mm e realizar o macheamento apenas na cortical oposta, caso necessite.

36

A vascularização da cabeça femoral tem grande relevância no prognóstico das fraturas do colo de fêmur.

Em relação a essa vascularização, assinale a afirmativa correta.

(A) Classicamente, o ramo ascendente da artéria circunflexa lateral é o principal responsável pelo suprimento sanguíneo da cabeça femoral.
(B) O ligamento redondo é o principal responsável pela vascularização da cabeça femoral, associado ao ramo descendente da artéria circunflexa lateral.
(C) Classicamente, a artéria retinacular superior é descrita como a principal responsável pela vascularização da cabeça femoral e estudos mais recentes demonstraram que a artéria retinacular inferior também contribui de forma significativa.
(D) Os três ramos da artéria circunflexa lateral são os responsáveis pela vascularização da cabeça femoral, o ramo ascendente com cerca de 50%, o ramo transverso com cerca de 10 % e o ramo descendente com apenas 10% da vascularização da cabeça do fêmur.

37

Em relação à avaliação ultrassonográfica na displasia do desenvolvimento do quadril, é correto afirmar que

(A) os quadris da classe I de Graf são definidos como imaturos e necessitam de acompanhamento.
(B) no método de Graf, o ângulo alfa é formado pela interseção da linha de base com a linha do teto cartilaginoso do acetábulo.
(C) o método Terjesen avalia a porcentagem de cobertura da cabeça femoral. O limite inferior da normalidade para o valor de cobertura é de 30% em lactentes com mais de 1 mês de idade. Além disso, pode-se avaliar o ângulo beta de Graf.
(D) o teste de Harcke é uma técnica dinâmica de ultrassonografia do quadril, que utiliza quatro incidências (frontal neutra, frontal em flexão, transversal neutra e transversal em flexão), avaliando a instabilidade do quadril em dois planos perpendiculares.

38

De acordo com o Código de Ética Médica, o médico está autorizado a liberar cópias do prontuário médico que está sob sua guarda

(A) sempre que qualquer familiar consanguíneo de primeiro grau solicitar verbalmente.
(B) apenas quando requisitado pelo Ministério da Saúde em campanhas epidemiológicas nacionais.
(C) para atender à ordem judicial, para sua própria defesa ou quando autorizado por escrito pelo paciente.
(D) para empresas de planos de saúde para fins comerciais ou auditorias administrativas rotineiras sem consentimento do paciente.

39

Em relação às características histológicas da junção miotendínea, é correto afirmar que

(A) apresenta sarcômeros mais longos que os do restante da fibra muscular e reduzido número de organelas.
(B) apresenta sarcômeros mais curtos e maior número de organelas por célula que o restante da fibra muscular.
(C) apresenta um baixo grau de dobramento da membrana em projeções colunares na extremidade de cada fibra, as quais se interdigitam com o colágeno extracelular.
(D) o dobramento da membrana em projeções digitiformes na extremidade de cada fibra diminui a resistência a tensões ao ampliar a área de superfície e aumenta o ângulo do vetor de força aplicada.

40

Em relação à histologia e à organização do sistema nervoso central, assinale a afirmativa correta sobre o processo de mielinização.

(A) A mielina é formada por astrócitos.
(B) A mielinização é realizada pela micróglia.
(C) A mielina é produzida pelas células de Schwann.
(D) A mielina é formada por oligodendrócitos.

41

Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, apresenta quadro clínico e radiográfico compatível com impacto femoroacetabular do tipo pincer puro.

Assinale a afirmativa mais adequada para o tratamento cirúrgico dessa condição.

(A) O tratamento padrão é a ressecção completa do lábio acetabular, uma vez que ele se encontra irremediavelmente lesado nesses casos.
(B) O tratamento envolve osteoplastia do rebordo acetabular, geralmente realizada pelo lado capsular, preservando a circulação do lábio e a junção condrolabial.
(C) Deve ser tratado por meio de remodelação da junção cabeça-colo, devido ao achatamento anormal da cabeça femoral pela incompatibilidade entre o acetábulo e o fêmur proximal.
(D) No impacto tipo pincer pode ser realizada apenas a osteoplastia, sem necessidade de reposicionamento do lábio, uma vez que a refixação labial não influencia os resultados clínicos do procedimento.

42

Em relação à origem embriológica dos diferentes tecidos que compõem o broto do membro, assinale a afirmativa correta.

(A) A musculatura do membro origina-se do mesênquima da placa lateral, ao passo que os elementos esqueléticos e os tendões derivam de células somíticas migratórias.
(B) Tanto os elementos esqueléticos quanto a musculatura do membro derivam exclusivamente do mesênquima da placa lateral, sem qualquer contribuição das células somíticas.
(C) Os elementos esqueléticos derivam dos somitos adjacentes, enquanto tendões e musculatura derivam inteiramente do ectoderma que recobre o broto do membro.
(D) Os elementos esqueléticos e os tendões derivam do mesênquima da placa lateral, enquanto a musculatura do membro origina-se de células mesenquimais somíticas que migram para dentro do broto do membro.

43

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

Em relação à anatomia cirúrgica do joelho, assinale a afirmativa correta.

(A) No acesso medial ao joelho, o nervo safeno emerge entre os músculos semitendíneo e sartório e segue com a veia safena magna.
(B) Ao realizarmos um acesso parapatelar medial no joelho, uma das estruturas que corre risco de ser lesionada é o ramo infrapatelar do nervo safeno.
(C) Ao realizarmos o acesso posterior ao joelho, observamos que o nervo tibial deixa a fossa poplítea lateralmente à cabeça lateral do músculo gastrocnêmio.
(D) Ao realizarmos o acesso posterior ao joelho, observamos que o nervo fibular comum, inclina-se para baixo através da fossa poplítea seguindo medialmente, ao lado lateral do tendão do músculo bíceps femoral.

44

Em relação à organização histológica do tecido conjuntivo de um nervo periférico, assinale a afirmativa correta.

(A) O perineuro envolve o nervo como um todo e preenche o espaço entre os fascículos.
(B) O perineuro envolve individualmente cada fibra nervosa e constitui a principal barreira de difusão.
(C) O endoneuro envolve individualmente cada fibra nervosa, e o epineuro sustenta o conjunto de fascículos.
(D) O epineuro envolve cada fibra nervosa isoladamente, sendo composto por camadas alternadas de colágeno.

45

Paciente de 22 anos, sexo masculino, atleta de alto rendimento (maratonista), relata que há 3 meses apresenta dores no quadril esquerdo e região inguinal, principalmente durante a corrida. Exames de imagem identificaram fratura de estresse no colo do fêmur.

Em relação a essa fratura, assinale a afirmativa correta.

(A) A fratura do tipo de tensão localiza-se na cortical inferomedial do colo femoral e evolui satisfatoriamente com tratamento conservador na maioria dos casos.
(B) A fratura do tipo de tensão localiza-se na cortical superolateral do colo femoral, é perpendicular à linha de transmissão de carga e apresenta risco aumentado de desvio.
(C) A fratura do tipo de compressão localiza-se na cortical superolateral do colo femoral, é paralela à linha de transmissão de carga e necessita obrigatoriamente de fixação cirúrgica.
(D) Tanto a fratura do tipo de tensão quanto a do tipo compressão apresentam o mesmo risco de desvio e devem ser tratadas exclusivamente de forma conservadora, com retirada de carga do membro afetado.

46

Neonato do sexo feminino foi avaliado pelo neonatologista, que constatou que a criança apresentava sinal de Barlow positivo e iniciou o tratamento com suspensório de Pavlik.

Em relação à colocação do dispositivo, o neonatologista o posiciona da seguinte forma:

(A) primeiramente, posiciona-se a tira torácica logo abaixo da linha dos mamilos, os pés da criança são colocados nos estribos, os quadris são posicionados em 90 graus de flexão e as tiras são fixadas. As tiras posteriores são presas de forma rígida para impedir que a abdução dos quadris ocorra.
(B) primeiramente, posiciona-se a tira torácica logo acima da linha dos mamilos, os pés da criança são colocados nos estribos, os quadris são posicionados em 60 graus de flexão e as tiras são fixadas. As tiras posteriores são presas de forma frouxa para permitir que a abdução dos quadris ocorra apenas pela ação da gravidade.
(C) primeiramente, posiciona-se a tira abdominal logo abaixo da linha do umbigo, os pés da criança são colocados nos estribos, os quadris são posicionados em 120 graus de flexão e as tiras são fixadas. As tiras posteriores são presas de forma frouxa para permitir que a abdução dos quadris ocorra apenas pela ação da gravidade.
(D) primeiramente, posiciona-se a tira torácica logo abaixo da linha dos mamilos, os pés da criança são colocados nos estribos, os quadris são posicionados em 120 graus de flexão e as tiras são fixadas. As tiras posteriores são presas de forma frouxa para permitir que a abdução dos quadris ocorra apenas pela ação da gravidade.

47

Criança de 2 anos de idade, do sexo masculino, apresenta cifose congênita torácica por falha de formação vertebral (tipo I de Winter), medindo 40 graus, com progressão radiográfica documentada.

Em relação ao risco neurológico dessa deformidade e à conduta terapêutica, assinale a afirmativa correta.

(A) As deformidades tipo I estão associadas à maior incidência de comprometimento neurológico e paraplegia do que as do tipo II.
(B) O uso de órtese, quando iniciado precocemente (antes dos 3 anos de idade), é eficaz em deter a progressão da cifose congênita tipo I.
(C) A tração halo-gravitacional é o método de escolha na cifose congênita rígida tipo I, pois promove alongamento proporcional da medula espinal.
(D) As deformidades tipo II apresentam maior incidência de comprometimento neurológico que as deformidades tipo III, por acometerem múltiplos segmentos vertebrais.

48

Para se indicar corretamente a cirurgia rotacional de Van Nes em uma criança com deficiência femoral focal proximal, o cirurgião deve confirmar que a articulação do tornozelo do membro afetado é normal, com arco total de movimento de, no mínimo,

(A) 30 graus.
(B) 45 graus.
(C) 60 graus.
(D) 90 graus.

49

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, apresenta osteoartrite do quadril esquerdo. A equipe médica pretende tratar a paciente realizando uma osteotomia femoral.

Em relação às osteotomias intertrocantéricas varizantes e às valgizantes como estratégias de tratamento, assinale a afirmativa correta.

(A) A osteotomia varizante tende a alongar o membro operado, enquanto a valgizante promove encurtamento.
(B) A osteotomia varizante aumenta o braço de alavanca dos abdutores e proporciona uma linha de ação mais horizontal desses músculos.
(C) A osteotomia varizante e a valgizante têm efeitos biomecânicos idênticos entre si, diferindo apenas na direção radiográfica do desvio angular produzido.
(D) A osteotomia varizante tem como efeito principal deslocar a força de reação articular lateralmente, ao contrário da osteotomia valgizante, que a desloca medialmente.

50

Entre as afecções responsáveis pelo pé cavo, destaca-se a doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT).

Em relação a essa afecção, assinale a afirmativa correta.

(A) A CMT-1 é o tipo mais frequente e tem por característica a neuropatia desmielinizante.
(B) A CMT-X ocorre em 10% a 20% dos casos e apresenta um padrão de herança ligada ao cromossomo y.
(C) A CMT-2 é o segundo tipo mais comum e apresenta velocidade de condução nervosa muito reduzida.
(D) A CMT-4 tem por característica uma neuropatia com um padrão de herança autossômica dominante e é muito rara.

51

Paciente do sexo feminino, 66 anos de idade, submetida previamente a uma artroplastia total do joelho, sofreu fratura dos ossos da perna, ipsilateral à prótese. A avaliação radiográfica evidenciou uma fratura multifragmentar da diáfise da tíbia, situada a 15 cm da extremidade do componente acetabular, de acordo com a classificação de Felix *et al*. de 1992, fratura do tipo IIIA.

Das opções listadas a seguir, assinale a melhor indicação de tratamento para essa paciente.

(A) Tratamento conservador da fratura com aparelho gessado suropodálico.
(B) Redução fechada da fratura, critério de estabilidade relativa e osteossíntese com placa e parafuso.
(C) Redução aberta da fratura, critério de estabilidade absoluta e osteossíntese com placa e parafusos.
(D) Revisão do componente tibial da prótese e redução aberta da fratura, critério de estabilidade absoluta e osteossíntese com placa e parafusos.

52

Em relação à técnica de reparo de nervo digital assistida por conduíte (descrita por Weber et al.), é correto afirmar que

(A) o espaço mínimo entre os cotos deve ser de 2 mm.
(B) o espaço mínimo entre os cotos deve ser de 10 mm.
(C) é importante deixar coágulos sanguíneos dentro do tubo.
(D) 5 mm de cada coto do nervo devem ficar alojados no interior do tubo.

53

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, há um ano sofreu fratura exposta da tíbia esquerda e foi tratada com limpeza mecânico-cirúrgica e estabilização da tíbia por meio de uma haste intramedular bloqueada. Hoje, apresenta a fratura não consolidada, com perda óssea menor que 1 cm, rígida e sem deformidade.

Segundo a classificação de Paley, essa paciente possui uma pseudartrose do tipo

(A) A2-1.
(B) A2-2.
(C) B-1.
(D) B-3.

54

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

Essa afecção corresponde à osteocondrose (necrose avascular) do(a)

(A) navicular do tarso.
(B) escafoide do carpo.
(C) epífise proximal do rádio.
(D) epífise distal do rádio.

55

Durante cirurgia de correção de escoliose com parafusos pediculares, o neurofisiologista relata limiar de estimulação de EMG disparado (*triggered* EMG) de 3 mA em um dos parafusos torácicos.

Em relação aos métodos de monitorização neurofisiológica intraoperatória, assinale a afirmativa correta.

(A) Na coluna torácica, limiares de EMG estimulado abaixo de 6 mA associam-se a maior risco de violação do pedículo.
(B) A monitorização por EMG disparado é o método mais confiável para detectar posicionamento lateral inadequado dos parafusos pediculares, superando a fluoroscopia intraoperatória nesse quesito.
(C) O teste do despertar intraoperatório (*wake-up test*), descrito por Stagnara, tornou-se obsoleto, não devendo mais ser considerado diante de alterações críticas persistentes na monitorização eletrofisiológica.
(D) Os potenciais evocados somatossensitivos (SSEP) são mais sensíveis e mais rápidos do que os potenciais evocados motores transcranianos (TcMEP) para detectar lesões vasculares agudas da medula espinhal durante a cirurgia.

56

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, deu entrada no hospital deambulando com auxílio de uma muleta, relatando dor no quadril esquerdo há três meses que piora ao jogar futebol. Após os exames físico e radiológico, a equipe médica estabeleceu o diagnóstico de escorregamento crônico e leve da epífise proximal do fêmur esquerdo.

Assinale a afirmativa correta sobre o tratamento desse paciente.

(A) Segundo a classificação de Loder e Dietz, a fixação com um único parafuso canulado colocado centralmente *in situ* é a melhor opção para tratar esse paciente.
(B) A fixação deve ser feita com parafusos de rosca parcial, pois apresentam melhor ancoragem na região metafisária do fêmur proximal e são mais fáceis de remover do que os parafusos de rosca total.
(C) Por se tratar de um escorregamento instável, a fixação deve ser realizada com dois parafusos canulados, um posicionado centralmente e outro posicionado inferiormente junto ao calcar.
(D) O objetivo primário ao tratar esse paciente é o de obter o fechamento da fise, fato que ocorrerá devido à epifisiodese com dois parafusos canulados.

57

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, diabética, apresenta úlcera plantar profunda com formação de abscesso.

De acordo com a classificação de Wagner, esse quadro clínico corresponde a uma lesão de grau

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

58

Em relação ao tratamento de pacientes com mielomeningocele e instabilidade do quadril, é correto afirmar que

(A) pacientes com mielomeningocele torácica ou lombar alta não se beneficiam da estabilização do quadril.
(B) a transferência do iliopsoas é indicada em todos os níveis de mielomeningocele, por melhorar consistentemente o potencial de deambulação.
(C) devido a alterações musculares, a osteotomia de Pemberton está contraindicada na correção de deformidades acetabulares em pacientes com mielomeningocele.
(D) a transferência do músculo iliopsoas é a indicação de escolha para a melhoria da função do quadril nos casos de mielomeningocele na região lombar, não apresenta risco da perda da flexão do quadril.

59

Paciente de 8 anos de idade, sexo feminino, com sequela de displasia do desenvolvimento do quadril. A equipe ortopédica decidiu realizar a osteotomia inominada tríplice (TIO).

Em relação a essa técnica cirúrgica, é correto afirmar que

(A) a não união do ramo púbico é uma complicação exclusiva da osteotomia isolada de Salter, não estando associada à TIO.
(B) a TIO é tecnicamente mais simples do que a osteotomia isolada de Salter, sendo por isso preferida na maioria dos centros.
(C) complicações desse procedimento incluem dor, não união no local das osteotomias e excessiva rotação externa do acetábulo.
(D) a TIO combina a osteotomia inominada de Salter com osteotomias do ramo púbico superior e inferior e da região intertrocantérica.

60

Paciente do sexo masculino, de 65 anos de idade, com diagnóstico de osteoartrite grave do quadril esquerdo, queixa-se de que a dor piorou significativamente nos últimos meses. Recentemente, ele passou a sentir dor intensa mesmo ao leve toque das roupas ou ao passar suavemente uma esponja sobre a pele na região.

Com base na teoria das comportas de Melzack e Wall (1965) e no conceito de sensibilização central desenvolvido posteriormente por Clifford Woolf (1983), assinale a opção que melhor explica o mecanismo neurofisiológico.

(A) Ocorre sensibilização central, fazendo com que estímulos táteis inócuos, conduzidos por fibras de grande calibre fibras mielinizadas de grande calibre (Aβ), passem a ser percebidos como dor.
(B) O toque leve passou a ativar nociceptores de alto limiar na pele periférica, que antes estavam completamente inativos, enviando sinais de dor diretamente ao córtex sem passar pela medula espinhal.
(C) A dor crônica do paciente destruiu completamente as vias nociceptivas ascendentes, fazendo com que o cérebro crie uma experiência dolorosa puramente emocional, sem qualquer base biológica ou nocicepção inicial.
(D) Houve um bloqueio total na liberação de neurotransmissores excitatórios (como o glutamato e a substância P) na fenda sináptica da medula espinhal, impedindo a modulação inibitória descendente.

Realização



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais