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

TIPO
1
MANHÃ

MÉDICO (ORTOPEDIA - QUADRIL)
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

Ao complementar a fixação biológica de um componente acetabular não cimentado, a colocação dos parafusos no quadrante anterosuperior põe em risco

(A) o nervo ciático.
(B) os vasos glúteos inferiores.
(C) os vasos ilíacos externos.
(D) os vasos e o nervo obturador.

32

Paciente do sexo masculino, 34 anos de idade, refere dor na região inguinal do quadril esquerdo. Diante da suspeita clínica de impacto femoroacetabular, a equipe médica optou pela avaliação radiográfica pelo método descrito por Brunner e colaboradores. O exame revelou um ângulo beta de 19 graus.

Em relação a essa avaliação, é correto afirmar que

(A) esse resultado é indicativo de morfologia de impacto, que pode ser dos tipos "cam", "pincer" e misto.
(B) esse resultado é indicativo de morfologia de impacto do tipo “cam”, excluindo a possibilidade do tipo “pincer”.
(C) a radiografia foi obtida com o paciente em decúbito dorsal, quadril em rotação interna de 15 graus e extensão neutra, com o feixe de raios X perpendicular ao chassi e centrado na sínfise púbica.
(D) a radiografia foi obtida com o paciente em decúbito dorsal e o quadril mantido em 45 graus de flexão, 15 graus de abdução e rotação externa; o feixe de raios X foi angulado 30 graus em relação dorsal.

33

Na avaliação radiográfica (incidência anteroposterior de bacia) de um paciente adulto com suspeita de displasia do desenvolvimento do quadril, avalia-se o ângulo centro-borda lateral (LCE) de Wiberg.

Em relação a esse ângulo, é correto afirmar que

(A) um LCE entre 20° e 25° é considerado como faixa de normalidade definitiva para o quadril adulto.
(B) um LCE menor que 20° caracteriza displasia acetabular, indicando cobertura inadequada da cabeça femoral.
(C) um LCE acima de 25° indica cobertura insuficiente da cabeça femoral pelo acetábulo, confirmando o diagnóstico de displasia.
(D) na presença de osteófitos marginais no teto acetabular, eles devem ser incluídos na marcação do ponto lateral para o cálculo do LCE, pois aumentam a cobertura funcional.

34

De acordo com o consenso internacional sobre infecção musculoesquelética de 2018 (*2018 International Consensus Meeting on Musculoskeletal Infection – ICM*), publicado no *The Journal of Arthroplasty* (2019), o diagnóstico definitivo de infecção periprotética de quadril ou joelho é estabelecido quando tivermos

(A) VHS ≥ 30 mm/h associada a PCR sérica ≥ 10 mg/L.
(B) uma cultura positiva por método de cultura padrão associada a VHS ≥ 30 mm/h.
(C) presença de uma única cultura positiva para germe, mesmo que de baixa virulência colhida por método padrão.
(D) duas culturas positivas para o mesmo microrganismo fenotipicamente idêntico, isoladas de amostras intraoperatórias distintas de tecidos periprotéticos ou fluido articular.

35

De acordo com a literatura clássica (ex.: *AAOS – Atlas of Amputations and Limb Deficiencies*), em casos de amputação transfemoral proximal, os pacientes podem necessitar de prescrição protética semelhante à utilizada na desarticulação do quadril.

Essa indicação ocorre quando a extensão óssea funcional, medida a partir da borda inferior do trocânter menor até a extremidade distal do fêmur, for menor do que

(A) 2 cm.
(B) 5 cm.
(C) 10 cm.
(D) 15 cm.

36

Na via de acesso anterior à articulação sacroilíaca, assinale a afirmativa que evidencia o cuidado que se deve ter com os afastadores a serem utilizados.

(A) Afastadores maleáveis são formalmente contraindicados nesse afastamento, por dificultarem a precaução com a raiz de S1.
(B) Devemos colocar afastadores de Hohmann pontiagudos na porção anterior do sacro para melhor visualização da raiz de S1.
(C) Devemos evitar a colocação de afastadores de Hohmann pontiagudos na porção média e posterior da asa do sacro, devido à possibilidade de lesão da raiz de L5.
(D) Devemos evitar a colocação de afastadores de Hohmann pontiagudos na porção proximal e anterior da asa do sacro, devido à possibilidade de lesão da raiz de S1.

37

Ao tratarmos uma fratura do colo do fêmur desviada, em uma paciente de 60 anos, por meio de redução fechada pela manobra de Leadbetter e fixação com três parafusos canulados, utilizamos o índice de Garden como referência para avaliar a redução.

Considera-se que a redução está adequada quando esse índice varia

(A) entre 155 e 180 graus em ambas as incidências, anteroposterior e perfil.
(B) de 125 a 135 graus, na incidência em anteroposterior, e de 155 a 180 graus na incidência em perfil.
(C) de 155 a 180 graus na incidência em anteroposterior, e de 110 a 125 graus na incidência em perfil.
(D) de 125 a 135 graus na incidência em perfil, e de 160 a 180 graus na incidência em anteroposterior.

38

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, sofreu acidente automobilístico. Ao ser atendida na emergência, encontrava-se hemodinamicamente instável. Exames de imagem evidenciaram uma fratura desviada da coluna posterior próxima à incisura isquiática maior, sendo a paciente encaminhada para realizar uma embolização terapêutica.

A artéria responsável por esse quadro hemodinâmico foi a

(A) artéria iliolombar.
(B) artéria obturatória.
(C) artéria glútea superior.
(D) artéria pudenda interna.

39

Criança portadora de hemimelia fibular grave, pé não funcional. A indicação da equipe médica foi de realizar a amputação de Syme.

Essa cirurgia deve ser realizada

(A) na maturidade esquelética, para evitar revisões cirúrgicas por supercrescimento ósseo.
(B) imediatamente ao nascimento, antes que a criança crie qualquer movimento compensatório.
(C) após os 3 anos de idade, quando a criança já iniciou a marcha comunitária, o que facilita o processo de adaptação.
(D) quando a criança está começando a se levantar para ficar de pé, normalmente por volta de 1 ano de idade.

40

De acordo com o grupo AO (*Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen* / Associação para o Estudo da Fixação Interna), o planejamento é fundamental para a realização de uma osteossíntese adequada e tem como paradigma a expressão: "falhar no planejamento é planejar a falha".

Para propósitos descritivos, o processo de planejamento é dividido nos seguintes quatro estágios sequenciais:

(A) reconstrução, tomada de decisão, fixação e tática cirúrgica.
(B) tática cirúrgica, reconstrução, tomada de decisão e fixação.
(C) avaliação radiográfica, reconstrução, fixação e finalização do plano.
(D) avaliação radiográfica, reconstrução, tática cirúrgica e reabilitação pós-operatória.

41

Paciente com 73 anos de idade, sexo feminino, apresenta fratura subcapital do fêmur direito classificada pela equipe médica, a princípio, como sendo do tipo 31-B1 AO/OTA. Um residente do grupo levantou a hipótese de se avaliar a inclinação posterior da cabeça femoral para melhor classificar essa fratura.

Em relação à hipótese levantada pelo residente, é correto afirmar que

(A) o residente está completamente errado; não há razão para investigar a inclinação posterior, já que a fratura é impactada.
(B) segundo a AO/OTA, uma fratura impactada em valgo, com pouco desvio, é classificada como sendo do tipo 31 B1.1 se apresentar um desvio posterior maior ou igual a 15 graus.
(C) caso a inclinação posterior, avaliada na incidência em perfil, seja maior ou igual a 20 graus, a literatura evidencia um risco significativamente maior de falha na fixação *in situ* quando comparada a inclinações menores que 10 graus.
(D) caso a inclinação posterior, avaliada na incidência anteroposterior, seja maior ou igual a 30 graus, a literatura evidencia um risco maior de falha em relação a uma inclinação posterior de 15 graus.

42

Criança do sexo feminino, 4 anos de idade, portadora de paralisia cerebral, apresenta alterações no quadril esquerdo com deficiência acetabular, estágios iniciais de remodelação e um Índice de Migração de Reimers de 25%.

Segundo o sistema de classificação de Robin e Graham (*Melbourne Cerebral Palsy Hip Classification System*), utilizado para avaliar e classificar a gravidade da doença ou deslocamento do quadril em crianças e adolescentes com paralisia cerebral, essa criança apresenta grau

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

43

Em relação às cirurgias para a artrodese de quadril, é correto afirmar que

(A) independentemente da técnica escolhida, a posição ideal de fusão é de 0 a 10 graus de flexão, 5 a 10 graus de adução e 0 a 15 graus de rotação externa.
(B) a artrodese com fixação por meio de uma placa anterior, realizada pela via de acesso de Smith-Petersen modificada, é útil quando há um bom estoque ósseo acetabular e do fêmur proximal. A placa é posicionada imediatamente medial à articulação sacroilíaca e à espinha ilíaca póstero-superior.
(C) Pagnano e Cabanela descreveram a artrodese do quadril utilizando um parafuso de compressão deslizante, complementado por dois ou três parafusos para osso esponjoso posicionados distalmente ao parafuso do quadril, o problema dessa técnica é que não preserva a musculatura abdutora, dificultando a conversão para artroplastia.
(D) a técnica desenvolvida por Schneider foi posteriormente modificada para permitir a função dos abdutores em caso de conversão posterior para artroplastia; a técnica inclui uma osteotomia de deslocamento medial do acetábulo e fixação interna rígida com a placa tipo cobra. Uma desvantagem da técnica é que ela cria um ponto de concentração de tensão em posição distal.

44

Paciente do sexo feminino, 92 anos de idade, há 12 anos foi submetida à artroplastia total do quadril esquerdo, com haste femoral cimentada e acetábulo de fixação biológica e há 11 anos foi submetida à artroplastia total do joelho, utilizando um componente femoral com haste cimentada.

Há 24 horas, ela sofreu uma queda da própria altura e, em decorrência, apresentou uma fratura do fêmur. A avaliação clínica e radiológica diagnosticou fratura interprotética, com osso viável (estoque ósseo suficiente) entre as duas artroplastias, em espiral curta, próxima ao componente femoral da artroplastia do joelho que se encontrava instável, o componente femoral da artroplastia do quadril se encontrava estável.

De acordo com a classificação de Pires e colaboradores, a fratura que a paciente apresenta é do tipo

(A) IIC.
(B) IID.
(C) IIIC.
(D) IIID.

45

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, encontra-se no centro cirúrgico para ser submetido a uma artroscopia do quadril direito. Durante o posicionamento, a equipe cirúrgica opta pela utilização de um sistema de tração sem pilar perineal (*Postless system*).

A principal indicação para a adoção dessa técnica, em relação ao método tradicional com pilar, é

(A) possibilitar a tração contínua por mais de 5 horas consecutivas.
(B) permitir a realização da cirurgia sem a necessidade de anestesia geral.
(C) minimizar complicações de tração e pressão nas regiões da virilha e períneo.
(D) dispensar o uso de botas acolchoadas de espuma nos tornozelos do paciente.

46

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, sem queixas prévias, é submetido à avaliação física do quadril esquerdo. Ao realizar o teste de apreensão anterior do quadril (HEER Test), o paciente apresentou dor e sensação de instabilidade na região inguinal.

A positividade desse teste é um achado característico da instabilidade anterior do quadril que está associada a

(A) cobertura insuficiente da parede anterior do acetábulo e/ou lesão cartilaginosa anterossuperior.
(B) cobertura insuficiente da parede posterior do acetábulo e/ou lesão cartilaginosa anterossuperior.
(C) cobertura insuficiente da parede anterior do acetábulo e/ou lesão cartilaginosa póstero-inferior isolada.
(D) cobertura insuficiente da parede posterior do acetábulo e/ou lesão cartilaginosa póstero-inferior isolada.

47

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, apresentava osteoartrite hipertrófica do quadril esquerdo e foi submetido à artroplastia total do quadril há três meses. No momento, encontra-se assintomático e, na radiografia de controle, foi observada formação de espícula óssea a partir do acetábulo, com um afastamento de 1,5 cm da superfície óssea oposta. O diagnóstico da equipe ortopédica foi de ossificação heterotópica.

Segundo a classificação de Brooker, essa ossificação heterotópica foi definida como do tipo

(A) 1.
(B) 2.
(C) 3.
(D) 4.

48

Paciente do sexo feminino, 78 anos de idade, foi submetida à artroplastia total do quadril esquerdo, híbrida há 17 anos. No momento, refere dores na região inguinal durante a marcha. Radiografias do quadril nas incidências anteroposterior (AP) e lateral evidenciaram perda de estoque ósseo incontida, com perda segmentar do acetábulo inferior a 50%, envolvendo a coluna posterior. Os achados intraoperatórios confirmaram avaliações prévias à cirurgia.

De acordo com o sistema de classificação de defeitos acetabulares proposto por Saleh e colaboradores, essa paciente apresenta um defeito do tipo

(A) 1.
(B) 2.
(C) 3.
(D) 4.

49

Paciente do sexo masculino, 79 anos de idade, foi submetido à artroplastia total do quadril esquerdo, de fixação biológica, há 18 anos. No momento refere dores na região inguinal durante a marcha. Radiografias do quadril nas incidências anteroposterior (AP) evidenciaram componente femoral solto com perda óssea no fêmur, que foi classificada como sendo do tipo IIIA de Paprosky.

De acordo com o sistema de classificação de Paprosky, os achados radiológicos foram

(A) extensa perda óssea metafisária, com mínima perda óssea diafisária.
(B) extensa perda óssea metafisária e diafisária, com istmo não suportivo.
(C) extensa perda óssea metafisária, comprometimento diafisário e restam 4 cm ou menos de osso intacto.
(D) extensa perda óssea metafisária, comprometimento diafisário, mas ainda restam 4 cm ou mais de osso cortical intacto distal/istmo.

50

Em relação à biomecânica do quadril, considerando as variações do ângulo cervicodiafisário, da anteversão femoral, do *offset* e suas repercussões nas forças que atuam na articulação coxofemoral, é correto afirmar que

(A) o aumento do ângulo cervicodiafisário resulta no aumento do *offset* femoral, promovendo a redução da força de reação articular.
(B) a diminuição do ângulo cervicodiafisário reduz o braço de alavanca do grupo muscular abdutor, resultando em aumento da força de reação articular.
(C) o aumento da anteversão do colo femoral reduz o braço de alavanca abdutor no plano frontal, exigindo maior força da musculatura abdutora e aumentando a força de reação articular.
(D) o aumento da anteversão do colo femoral aumenta o braço de alavanca abdutor no plano frontal, resultando na diminuição da força de reação articular.

51

Os músculos rotadores externos curtos do quadril, incluindo o piriforme, contribuem na mecânica do quadril.

O piriforme se origina

(A) na espinha isquiática e se insere na fossa trocantérica do fêmur.
(B) na superfície anterior do sacro e se insere na margem superior do trocanter maior do fêmur.
(C) na superfície externa do forame obturador e se insere na margem superior do trocanter maior do fêmur.
(D) na superfície interna do forame obturador e se insere na margem superior do trocanter maior do fêmur.

52

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, apresentou osteonecrose da cabeça femoral (ONCF) secundária ao uso de corticosteroide. Exames de imagem demonstraram lesão osteonecrótica acometendo mais de 2/3 da superfície de carga e estendendo-se até o limite da borda lateral do acetábulo, sem ultrapassá-la.

Com base no sistema de classificação do Comitê de Investigação Japonês (*Japanese Investigation Committee* – JIC), essa lesão é classificada como do tipo

(A) A.
(B) B.
(C) C1.
(D) C2.

53

No tratamento da sequela da displasia do desenvolvimento do quadril em pacientes jovens, a osteotomia periacetabular de Bernese é um dos procedimentos preservadores da articulação mais utilizados.

A respeito desse procedimento, assinale a afirmativa correta.

(A) Apresenta taxas de complicação inferiores a 5% dos casos, o que a torna praticamente isenta de riscos quando comparada às demais osteotomias.
(B) O nervo ciático é a estrutura neurológica em maior risco de lesão iatrogênica durante o corte isquiático, devido à sua proximidade anatômica com a parte interna da pelve.
(C) É a técnica de escolha nos estágios avançados de artrite do quadril em decorrência displasia do desenvolvimento do quadril, pois permite ampla correção da anatomia articular.
(D) É considerada procedimento adequado para pacientes do sexo feminino em idade fértil, pois mantém intacta a coluna posterior da pelve preservando a possibilidade de parto vaginal.

54

Na avaliação radiográfica realizada no pós-operatório imediato de uma artroplastia total de quadril híbrida, foram observadas na incidência radiográfica em anteroposterior, linhas de radiolucência na ponta da haste e na região medial proximal.

De acordo com as áreas definidas por Gruen, essas áreas correspondem, respectivamente, às zonas

(A) 4 e 7.
(B) 4 e 6.
(C) 7 e 4.
(D) 7 e 6.

55

Uma jogadora de futebol, 15 anos de idade, apresentou dor súbita e intensa na região inguinal após um chute forte. Ao exame físico, apresentou o sinal de Ludloff positivo.

De acordo com a história clínica e o exame físico, o local onde mais provavelmente ocorreu uma fratura por avulsão é

(A) a tuberosidade isquiática, por ação dos músculos isquiotibiais.
(B) o trocânter menor do fêmur, por contração vigorosa do músculo iliopsoas.
(C) a espinha ilíaca anterossuperior (EIAS), por tração do músculo sartório.
(D) a espinha ilíaca anteroinferior (EIAI), por contração intensa do músculo reto femoral.

56

Paciente do sexo feminino, 54 anos de idade, portadora de artrite reumatoide refratária a esquemas sintéticos e a um primeiro agente anti-FNT (fator de necrose tumoral). A equipe médica decidiu iniciar um medicamento modificador do curso da doença (MMCD) biológico de ação distinta do bloqueio do FNT.

Assinale a opção que associa corretamente o fármaco a seu mecanismo de ação.

(A) Rituximabe, bloqueador do FNT; abatacepte, depletor de linfócito B; tocilizumabe, bloqueador da coestimulação do linfócito T.
(B) Etanercepte, depletor de linfócito B; adalimumabe, bloqueador do receptor de interleucina 6; abatacepte, bloqueador do FNT.
(C) Tocilizumabe, bloqueador do receptor de interleucina 6; rituximabe, depletor de linfócitos B; abatacepte, bloqueador da coestimulação do linfócito T.
(D) Golimumabe, bloqueador da coestimulação do linfócito T; certolizumabe, bloqueador do receptor de interleucina 6; infliximabe, bloqueador da coestimulação do linfócito T.

57

No planejamento para a realização de uma artroplastia total do quadril, é importante a avaliação do balanço espinopélvico.

Em relação à incidência pélvica (PI), é correto afirmar que

(A) corresponde à soma entre o *tilt* pélvico (PT) e a lordose lombar (LL), variando conforme a flexibilidade da coluna vertebral do paciente.
(B) aumenta na posição sentada em relação à posição em pé, devido à retroversão pélvica compensatória que ocorre nessa transição postural.
(C) aumenta progressivamente ao longo da vida adulta, sendo maior em idosos, como reflexo do processo degenerativo e da desidratação discal relacionados ao envelhecimento.
(D) é um parâmetro intrínseco do indivíduo, definido pela soma do *tilt* pélvico (PT) com o declive sacral, (*sacral slope),* permanecendo estável ao longo da vida adulta, exceto em situações que alterem a anatomia do sacro.

58

Paciente de 48 anos de idade, sexo feminino, sofreu acidente automobilístico. Ao ser atendida na emergência, após exames de imagem, a equipe de ortopedia diagnosticou uma fratura-luxação do quadril esquerdo, associada à fratura do acetábulo, classificada como tipo III de Thompson e Epstein.

Assinale a opção que descreve os achados da equipe de ortopedia.

(A) Luxação posterior do quadril com fratura associada do teto do acetábulo.
(B) Luxação posterior do quadril com fratura associada da cabeça femoral.
(C) Luxação posterior do quadril associada a fratura multifragmentar da parede posterior do acetábulo.
(D) Luxação posterior do quadril com uma grande fratura isolada da parede posterior do acetábulo.

59

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, apresentando fratura da coluna e parede anterior do acetábulo, desviada, em decorrência de acidente automobilístico. A equipe ortopédica resolveu abordar essa fratura pelo acesso ilioinguinal descrito por Letournel.

Em relação a esse acesso, é correto afirmar que

(A) o nervo cutâneo femoral medial passa junto ao músculo iliopsoas e deve ser protegido no acesso à segunda janela para evitar neuropraxia.

(B) a primeira janela permite a visualização da linha terminal do ilíaco; a segunda permite o acesso à fossa ilíaca externa e a terceira permite o acesso à sínfise púbica e ao ramo inferior do púbis.

(C) a anastomose conhecida como “corona mortis” é a conexão vascular variável entre o sistema ilíaco interno e o sistema obturador sobre o ramo superior do pube; deve ser identificada e ligada para prevenir hemorragia grave.

(D) a primeira janela permite a exposição da fossa ilíaca interna até a articulação sacroilíaca, a segunda janela tem como limites o músculo iliopsoas e os vasos ilíacos externos, a terceira janela permite o acesso à sínfise púbica e ao ramo superior do púbis.

60

Em relação ao balanço espinopélvico, é correto afirmar que

(A) a inclinação sacral (SS) é, por definição, o ângulo entre a linha horizontal e a placa inferior do sacro.

(B) o índice sagital combinado é, por definição, a soma de lordose lombar (LL) com a incidência pélvica (PI).

(C) segundo a classificação funcional da mobilidade pélvica, considera-se rígida a pelve cuja variação da inclinação sacral (SS) entre as posições sentada e em pé se situa entre 10 e 20 graus.

(D) a inclinação pélvica (PT) mede a rotação da pelve no plano sagital e é formada pelo ângulo entre a linha vertical que passa pelo centro das cabeças femorais e a linha que une o centro das cabeças femorais ao ponto médio do platô superior de S1.

Realização



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais