



Nome

\_\_\_\_\_

Órgão Expedidor

***Nº de Inscrição***

**GRUPO 18**  
**ESPECIALIDADE COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM**  
**ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**  
**(ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA)**

## PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

***BOA SORTE!***

**01. Em relação ao uso de torniquetes em cirurgias ortopédicas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A incidência de paralisia não está relacionada à topografia anatômica em que o torniquete é aplicado.
  - B) Não há relação entre a incidência de paralisia com a aplicação do torniquete por tempo superior a 3 horas.
  - C) A incidência de paralisia não está relacionada à aplicação do torniquete com pressão insuficiente.
  - D) Torniquetes mais estreitos são capazes de manter a mesma hemostasia que torniquetes mais largos, exercendo níveis de pressão mais baixos.
  - E) Nos membros superiores, pressões exercidas pelo torniquete entre 130 e 255 mmHg são suficientes para manter a hemostasia.
- 

**02. Em relação à utilização de enxerto ósseo em cirurgias ortopédicas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O aloenxerto esponjoso é osteogênico e osteoindutor.
  - B) O aloenxerto cortical é osteocondutor e osteogênico.
  - C) O aloenxerto desmineralizado é, apenas, osteoindutor.
  - D) O aloenxerto cortical é osteoindutor e osteogênico.
  - E) O aloenxerto esponjoso é osteocondutor e osteoindutor.
- 

**03. Na via de acesso posterior para o quadril, descrita por Gibson, assinale a alternativa CORRETA da ordem dos músculos que aparecem profundamente ao glúteo máximo.**

- A) Piriforme, quadrado femoral, obturador externo, obturador interno, gêmeo superior e gêmeo inferior
  - B) Piriforme, obturador externo, obturador interno, quadrado femoral, gêmeo superior e gêmeo inferior
  - C) Piriforme, gêmeo superior, obturador interno, gêmeo inferior, obturador externo e quadrado femoral
  - D) Piriforme, gêmeo superior, gêmeo inferior, obturador interno, obturador externo e quadrado femoral
  - E) Piriforme, obturador interno, obturador externo, gêmeo superior, gêmeo inferior e quadrado femoral.
- 

**04. Em relação às lesões meniscais, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na Ressonância Magnética Nuclear do joelho, o hiato poplíteo pode ser confundido com uma lesão do corno anterior do menisco medial.
  - B) Na Ressonância Magnética Nuclear do joelho, o hiato poplíteo pode ser confundido com uma lesão do corno posterior do menisco medial
  - C) Na Ressonância Magnética Nuclear do joelho, o hiato poplíteo pode ser confundido com uma lesão do corno posterior do menisco lateral.
  - D) Na Ressonância Magnética Nuclear do joelho, o hiato poplíteo pode ser confundido com uma lesão da porção central do menisco medial.
  - E) Na Ressonância Magnética Nuclear do joelho, o hiato poplíteo pode ser confundido com uma lesão do corno anterior do menisco lateral.
- 

**05. Em relação às imagens da coluna vertebral, obtidas através do exame de Ressonância Nuclear magnética, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Hematomas e abscessos epidurais apresentam realce periférico nas imagens ponderadas em T1 após a administração venosa de Gadolínio como meio de contraste.
  - B) O disco vertebral normal apresenta realce pós contraste nas imagens ponderadas em T1, após administração intravenosa de Gadolínio.
  - C) Após a administração intravenosa de Gadolínio como meio de contraste, as imagens ponderadas em T1 geralmente demonstram realce em áreas em que haja presença de cicatriz ou fibrose.
  - D) Alteração de sinal nas placas terminais das vértebras é um achado que pode estar presente no pós-operatório de discectomia, mesmo na ausência de espondilodiscite.
  - E) A presença de alteração de sinal no disco, na placa terminal e no ligamento longitudinal posterior simultaneamente em um paciente em pós-operatório de hérnia discal, é fortemente sugestivo de espondilodiscite pós-operatória.
-

**06. Em relação às cargas que atuam na cabeça femoral, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na fase de apoio monopodálico da marcha, a carga suportada pela cabeça femoral equivale ao peso corporal.
  - B) Estima-se que a carga que passa na cabeça femoral durante a elevação do membro inferior, com o joelho estendido e o paciente deitado, seja, aproximadamente, um terço da que ocorre durante a fase de apoio monopodálico da marcha.
  - C) Na fase de apoio monopodálico da marcha, a carga suportada pela cabeça femoral equivale à metade do peso corporal.
  - D) Estima-se que a carga que passa na cabeça femoral durante a elevação do membro inferior, com o joelho estendido e o paciente deitado, seja, aproximadamente, a metade da que ocorre durante a fase de apoio monopodálico da marcha.
  - E) Estima-se que a carga que passa na cabeça femoral durante a elevação do membro inferior, com o joelho estendido e o paciente deitado, seja, aproximadamente, a mesma que ocorre durante a fase de apoio monopodálico da marcha.
- 

**07. Em relação à classificação de Dorr para o fêmur proximal, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O tipo A tem a forma de tubo para chaminé ("stove pipe").
  - B) O tipo B tem a forma de taça de champanhe ("champagne flute").
  - C) O tipo A é mais frequente em homens e pacientes jovens.
  - D) O tipo C é mais frequente em mulheres jovens antes da menopausa.
  - E) No tipo B, existe comprometimento na forma do fêmur.
- 

**08. Em relação às artroplastias totais de quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As hastes femorais cimentadas polidas e cônicas apresentam uma pequena migração distal, proporcionando um aumento do estresse mecânico em compressão radial contra a manta de cimento, o que aumenta a incidência de soltura.
  - B) Nas hastes femorais cimentadas polidas e cônicas, a presença do colar diminui a incidência de stress shielding no fêmur proximal.
  - C) As próteses do tipo Exeter, com superfície rugosa, apresentam menor incidência de soltura do que as polidas.
  - D) A espessura ideal da manta de cimento é de aproximadamente 4mm proximalmente e 2mm distalmente.
  - E) O posicionamento em valgo da haste femoral, em relação ao canal medular, é preferível em relação ao posicionamento mais centralizado, no que concerne à espessura da manta de cimento.
- 

**09. Em relação à classificação de Khanuja, Vakil, Goddard, and Mont para as hastes femorais não cimentadas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) São seis tipos principais, sendo o tipo 3 dividido em 3 subtipos.
  - B) Baseia-se na rugosidade da superfície e no formato da haste.
  - C) Baseia-se no formato da haste, rugosidade da superfície e material de confecção da haste.
  - D) Baseia-se no formato da haste e no material de cobertura da haste.
  - E) Baseia-se, apenas, no grau de rugosidade da haste.
- 

**10. Em relação às artroplastias totais de quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) No planejamento radiográfico pré- operatório, o ponto mais medial do componente acetabular deve estar posicionado 1 mm medialmente à linha de Köhler.
  - B) No planejamento radiográfico pré- operatório, o ponto mais medial do componente acetabular deve estar posicionado exatamente sobre a linha de Köhler.
  - C) No planejamento radiográfico pré- operatório, o ponto mais medial do componente acetabular deve estar posicionado 3mm medialmente à linha de Köhler.
  - D) No planejamento radiográfico pré- operatório, o ponto mais medial do componente acetabular deve estar posicionado, 4 mm medialmente à linha de Köhler.
  - E) A lágrima acetabular é o ponto de referência radiográfico para o posicionamento da parte mais medial do componente acetabular.
- 

**11. Em relação aos parâmetros radiográficos do quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O ângulo de Tönnis é medido entre uma linha traçada desde a borda lateral do acetábulo até o fundo acetabular e uma linha horizontal paralela ao solo.
- B) O ângulo centro- borda de Wiberg maior que 40 graus é indicativo de sobre cobertura acetabular.

- C) O ângulo de Tönnis é medido entre uma linha traçada desde a medial do teto do acetábulo até o fundo acetabular e uma linha horizontal paralela ao solo.
- D) O ângulo centro- borda de Wiberg maior que 30 graus é indicativo de sobrecobertura acetabular.
- E) O ângulo centro- borda de Wiberg maior que 25 graus é indicativo de sobrecobertura acetabular.

**12. Em relação aos parâmetros radiográficos do quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Para a avaliação da versão e cobertura acetabulares, uma radiografia da pelve em AP (anteroposterior) é considerada adequada quando exhibe simetria das asas ilíacas e dos forames obturadores, com a extremidade distal do cóccix de 1 a 3 cm acima da sínfise púbica.
- B) Para a avaliação da versão e cobertura acetabulares, uma radiografia da pelve em AP (anteroposterior) é considerada adequada quando exhibe simetria das asas ilíacas e dos forames obturadores, com a extremidade distal do cóccix de 2 a 4 cm acima da sínfise púbica.
- C) Para a avaliação da versão e cobertura acetabulares, uma radiografia da pelve em AP (anteroposterior) é considerada adequada quando exhibe simetria das asas ilíacas e dos forames obturadores, com a extremidade distal do cóccix de 4 a 6 cm acima da sínfise púbica.
- D) Para a avaliação da versão e cobertura acetabulares, uma radiografia da pelve em AP (anteroposterior) é considerada adequada quando exhibe simetria das asas ilíacas e dos forames obturadores, com a extremidade distal do cóccix de 3 a 5 cm acima da sínfise púbica.
- E) Para a avaliação da versão e cobertura acetabulares uma radiografia da pelve em AP (anteroposterior) é considerada adequada quando exhibe simetria das asas ilíacas e dos forames obturadores, com a extremidade distal do cóccix de 5 a 7 cm acima da sínfise púbica.

**13. Em relação à osteotomia periacetabular descrita por Ganz, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Está indicada em pacientes com ângulo centro borda maior que 27, 5 graus e congruência esférica.
- B) Está indicada em pacientes com mínima ou nenhuma artrose secundária.
- C) Está indicada em pacientes com retroversão acetabular e impacto do tipo " Pincer".
- D) Alguns estudos mostram bons resultados, mesmo em pacientes acima de 40 anos.
- E) Pode ser indicada em adolescentes que já apresentem fechamento da cartilagem trirradiada.

**14. Em relação ao pé cavo varo, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Nessa deformidade, o antepé está supinado em relação ao retropé.
- B) Nessa deformidade, o antepé está abduzido em relação ao retropé.
- C) Nessa deformidade, as articulações interfalangeanas do pé costumam estar em hiperextensão.
- D) Está associado à doença de Charcot- Marrie – Tooth.
- E) Apresenta alongamento da coluna medial.

**15. Em relação ao pé cavo varo, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O teste dos blocos de Coleman ajuda a identificar se a deformidade é rígida, normalmente induzida pelo antepé, ou flexível, normalmente induzida pelo retropé.
- B) Nas deformidades flexíveis, é possível a correção com procedimentos que preservam as articulações.
- C) A osteotomia de Dwyer normalmente é indicada nas deformidades flexíveis.
- D) Nos casos em que a deformidade é flexível e induzida pelo antepé, a correção cirúrgica se inicia pela liberação da fáscia plantar.
- E) Nos casos em que a deformidade é flexível e induzida pelo antepé, a correção cirúrgica do primeiro raio através da osteotomia deve ser precedida pela transferência do fibular longo para o fibular curto.

**16. Em relação à compressão do nervo tibial no nível do túnel do tarso posterior, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A existência de dor à compressão digital da região distal da panturrilha, proximalmente ao túnel do tarso, durante o exame físico, é conhecida como sinal ou fenômeno de Valleix.
- B) A existência de dor à compressão digital da região distal da panturrilha, proximalmente ao túnel do tarso, durante o exame físico, é conhecida como sinal ou fenômeno de Baxter.
- C) A existência de dor à compressão digital da região distal da panturrilha, proximalmente ao túnel do tarso, durante o exame físico, é conhecida como sinal ou fenômeno de Mann.

- D) A existência de dor à compressão digital da região distal da panturrilha, proximalmente ao túnel do tarso, durante o exame físico, é conhecida como sinal ou fenômeno de Myerson.
- E) A existência de dor à compressão digital da região distal da panturrilha, proximalmente ao túnel do tarso, durante o exame físico, é conhecida como sinal ou fenômeno de Coughlin.
- 

**17. Em relação ao pé diabético, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As úlceras classificadas como tipo 1 de Wagner apresentam infecção.
- B) As úlceras classificadas como tipo 2 de Wagner não apresentam infecção.
- C) As úlceras classificadas como tipo 3 de Wagner podem demandar amputação parcial para o seu tratamento adequado.
- D) As úlceras classificadas como tipo 5 de Wagner demandam ser tratadas apenas com antibióticos e gesso de contato total.
- E) As úlceras classificadas como tipo 4 só acontecem nos pés sem gangrena.
- 

**18. Em relação à fisiopatologia do Halux Valgus, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A pronação do hálux desloca a inserção do adutor do hálux plantarmente aumentando a deformidade.
- B) A pronação do hálux costuma ocorrer quando o ângulo metatarsofalangeano do primeiro raio é maior que 30 a 35 graus.
- C) A pronação do hálux costuma ocorrer quando o ângulo metatarsofalangeano do primeiro raio é maior que 20 a 25 graus.
- D) A pronação do hálux desloca a inserção abductor do hálux dorsalmente, aumentando a deformidade.
- E) Não há relação entre a pronação hálux e o aumento da deformidade.
- 

**19. Em relação à síndrome do túnel do carpo, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Pode estar associada à amiloidose.
- B) Parestesia na mão no território sensitivo do nervo mediano é o sintoma mais comum.
- C) Idade acima de 50 anos é um fator associado à falha no tratamento conservador.
- D) Duração dos sintomas abaixo de 10 meses é um fator associado à falha no tratamento conservador.
- E) Parestesia constante é um fator associado à falha no tratamento conservador.
- 

**20. Em relação à compressão do nervo ulnar no nível do punho e do cotovelo, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A compressão no canal de Guyon é mais comum do que no túnel cubital.
- B) Apenas a porção superficial do ligamento transvers do carpo delimita o canal de Guyon.
- C) O ligamento pisohamato é um dos limites do canal de Guyon.
- D) Parestesias na região dorsal e volar do território sensitivo do nervo ulnar na mão costumam ser distais ao canal de Guyon.
- E) Pacientes com compressões distais ao canal de Guyon costumam apresentar mais sintomas sensitivos do que motores.
- 

**21. Em relação à contratura de Dupuytren, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Alguns pacientes apresentam nódulos de Garrod na região dorsal das metacarpofalangeanas.
- B) É mais comum em mulheres do que em homens.
- C) O acometimento é bilateral e simétrico em cerca de 45% dos casos.
- D) Costuma ser mais grave e mais frequente em pacientes com diabetes melitus e epilepsia.
- E) Cerca de 90% dos pacientes apresentam doença de Peyronie associada.
- 

**22. Em relação à luxação anterior glenoumeral, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A incidência de recorrência de episódios de luxação em pacientes operados para tratamento de instabilidade anterior do ombro costuma ser maior em adolescentes do que em adultos.
- B) Nos pacientes abaixo dos 20 anos de idade, ocorre recidiva da luxação em mais de 90 % das vezes após o primeiro episódio.
- C) Nos pacientes acima dos 60 anos de idade, existe associação com lesão do manguito rotador em cerca de 80% dos casos.
- D) A associação com fraturas da grande tuberosidade é mais comum em pacientes com idade acima de 40 anos.
- E) Nos pacientes acima dos 40 anos de idade, ocorre recidiva da luxação em mais de 70 % das vezes após o primeiro episódio.
-

**23. Em relação à instabilidade patelofemoral, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Cerca de 10 % dos pacientes que têm fise aberta e displasia troclear, apresentam recidiva da luxação após o primeiro episódio.
  - B) Pacientes com instabilidade patelofemoral e distância entre a Tuberosidade Anterior da tíbia e a Garganta da Tróclea do fêmur maior que 20mm necessitam de cirurgia de realinhamento do aparelho extensor.
  - C) Pacientes com instabilidade patelofemoral e distância entre a Tuberosidade Anterior da tíbia e a Garganta da Tróclea do fêmur maior que 7 mm necessitam de cirurgia de realinhamento do aparelho extensor.
  - D) Pacientes com instabilidade patelofemoral e distância entre a Tuberosidade Anterior da tíbia e a Garganta da Tróclea do fêmur maior que 5 mm necessitam de cirurgia de realinhamento do aparelho extensor.
  - E) Pacientes com instabilidade patelofemoral e distância entre a Tuberosidade Anterior da tíbia e a Garganta da Tróclea do fêmur maior que 12 mm necessitam de cirurgia de realinhamento do aparelho extensor.
- 

**24. Em relação aos fatores de risco associados à ossificação heterotópica no nível do cotovelo, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Luxação aberta do cotovelo que requer desbridamento extenso ou múltiplo é um fator de risco para a ossificação heterotópica no nível do cotovelo.
  - B) Luxação do cotovelo associada a fraturas que requerem redução aberta e fixação interna é um fator de risco para a ossificação heterotópica no nível do cotovelo.
  - C) Fraturas da cabeça do rádio tratadas cirurgicamente menos de 24 horas após a lesão são um fator de risco para a ossificação heterotópica no nível do cotovelo.
  - D) Traumatismo do cotovelo em pacientes com lesão cerebral traumática é um fator de risco para a ossificação heterotópica no nível do cotovelo.
  - E) Reparo do tendão distal do bíceps é um fator de risco para a ossificação heterotópica no nível do cotovelo.
- 

**25. Em relação à síndrome do espaço quadrilátero no nível do ombro, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A síndrome do espaço quadrilátero (SEQ) é causada pela compressão do nervos axilar e radial e da artéria circunflexa umeral anterior no espaço quadrilátero.
  - B) O espaço quadrilátero é delimitado pelos músculos redondo maior e menor, pela diáfise umeral e pela cabeça lateral do tríceps.
  - C) A síndrome do espaço quadrilátero (SEQ) é causada pela compressão do nervo radial e da artéria circunflexa umeral anterior no espaço quadrilátero.
  - D) O espaço quadrilátero é delimitado pelos músculos redondo maior e menor, pela diáfise umeral e pela cabeça longa do tríceps.
  - E) A síndrome do espaço quadrilátero (SEQ) é causada pela compressão do nervo axilar e da artéria circunflexa umeral anterior no espaço quadrilátero.
- 

**26. Em relação às lesões do manguito rotador do ombro, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Cofield classifica as lesões completas do manguito.
  - B) As lesões completas não traumáticas do manguito são sintomáticas na maioria das vezes, sendo contra-indicado o tratamento conservador.
  - C) Os resultados do tratamento cirúrgico artroscópico e aberto por mini incisão são semelhantes do ponto de vista funcional.
  - D) O principal objetivo no tratamento cirúrgico da lesão do manguito é a melhora da dor, sendo de menor previsibilidade a melhora da capacidade funcional.
  - E) O reparo do manguito não deve ser realizado em pacientes com rigidez articular.
- 

**27. Em relação à coalizão tarsal, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) As coalizões mais comuns são talocalcânea e talonavicular.
  - B) Entre 50% e 60% das coalizões tarsais são bilaterais.
  - C) Ao exame físico, o achado predominante é a diminuição da amplitude de movimento da articulação subtalar em um paciente com pé plano.
  - D) A síndrome de Nievergelt-Pearlman é uma condição rara e hereditária na qual ocorrem coalizões tarsais e carpais.
  - E) O Sinal do "C" é descrito nas radiografias em oblíquo em pacientes com coalizão talonavicular.
-

**28. Em relação ao pé torto congênito, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A classificação de Dimeglio é usada como preditora de resultados no tratamento conservador.
- B) A presença de prega lateral é um critério de gravidade na classificação de Dimeglio.
- C) A presença de prega medial é um critério de gravidade na classificação de Dimeglio.
- D) A presença de prega posterior é um critério de gravidade na classificação de Dimeglio.
- E) O grau 1 da classificação de Dimeglio corresponde a um escore menor que 5.

**29. Em relação às deformidades angulares dos membros inferiores (congenitas ou que se desenvolvem logo após o nascimento), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O arqueamento anterolateral da tíbia está intimamente associado ao desenvolvimento de pseudoartrose da tíbia.
- B) A história natural das deformidades posteromediais da tíbia é a resolução espontânea, frequentemente durante os primeiros 6 meses de vida.
- C) Curvatura anterior ou anteromedial da tíbia está associada à deficiência congênita da fíbula.
- D) Até 55% dos casos de arqueamento anterolateral da tíbia com pseudoartrose estão associados à neurofibromatose.
- E) A maioria dos pacientes com neurofibromatose do tipo 1 apresentam deformidade anterolateral da tíbia.

**30. Em relação à epifisólise do fêmur proximal, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O ângulo de Southwick é medido nas incidências em anteroposterior e pata de rã da bacia.
- B) O ângulo de Southwick é medido entre a epífise femoral proximal e o colo femoral.
- C) O ângulo de Sautwick utiliza como referência o lado contralateral quando esse não está acometido.
- D) A epífise femoral proximal, medida pelo método de Southwick, apresenta angulação posterior fisiológica em quadris normais.
- E) Em relação ao início dos sintomas, a forma crônica de apresentação da doença é a mais comum.

**31. Em relação à doença de Legg- Calvé - Perthes, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) No tipo 1 da classificação de Stulberg, a forma da cabeça femoral é normal.
- B) No tipo 3 da classificação de Stulberg, a forma da cabeça femoral é mais elíptica, mas ainda toda contida no mesmo círculo concêntrico de 4mm nas incidências em anteroposterior e pata de rã.
- C) No tipo 3 da classificação de Stulberg, a forma da cabeça femoral é mais elíptica, porém todo seu contorno está contido em um mesmo círculo concêntrico sem dele se desviar mais que 2mm.
- D) No tipo 4 da classificação de Stulberg, a forma da cabeça femoral é achatada.
- E) Nos tipos 3 e 4 da classificação de Stulberg, existe o que se chama de congruência não esférica.

**32. Em relação à doença de Legg- Calvé - Perthes, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na classificação de Caterall, o grupo 1 apresenta acometimento da porção central e preservação da porção anterior da epífise femoral proximal.
- B) Na classificação de Caterall, o grupo 2 apresenta acometimento da porção anterior e preservação da porção central da epífise femoral proximal.
- C) Na classificação de Caterall, o grupo 3 apresenta acometimento da porção lateral e medial e preservação da porção central da epífise femoral proximal.
- D) Na classificação de Caterall, o grupo 2 apresenta acometimento da porção posterior e preservação da porção anterior da epífise femoral proximal.
- E) Na classificação de Caterall, o grupo 1 apresenta acometimento apenas da porção anterior da epífise femoral proximal.

**33. Em relação à displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A osteotomia de Shelf é indicada nos quadris em que é possível redução concêntrica.
- B) A osteotomia de Chiari é indicada nos quadris em que é possível redução concêntrica.
- C) A osteotomia de Dega é indicada nos quadris em que é possível redução concêntrica, mas não é capaz de promover cobertura posterior da cabeça femoral.
- D) A osteotomia de Ganz é indicada nos quadris em que não é possível a redução concêntrica.
- E) A osteotomia de Salter não altera o volume do acetábulo, o que acontece na de Pemberton.

**34. Em relação à displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Segundo a classificação ultrassonográfica simplificada de Graf, o ângulo alfa normal é maior que 60 graus, e o Beta menor que 55 graus.
  - B) Segundo a classificação ultrassonográfica simplificada de Graf, o ângulo alfa e beta não são mensuráveis na classe 4.
  - C) Segundo a classificação ultrassonográfica simplificada de Graf, o ângulo alfa na classe 3 é menor que 43 graus, e o beta maior que 77 graus.
  - D) Segundo a classificação ultrassonográfica padrão de Graf, a classe 2 é dividida em 2 tipos.
  - E) Segundo a classificação ultrassonográfica padrão de Graf, a classe 3 tem indicação de tratamento.
- 

**35. Em relação à deformidade de Sprengel, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) No escore de Cavendish, o grau 1 apresenta ombros já desnivelados.
  - B) No escore de Cavendish, o grau 2 não apresenta deformidade visível com o paciente vestido.
  - C) Existe a presença de osso omovertebral em cerca de 16 a 55% dos casos.
  - D) No escore de Cavendish, o grau 3 apresenta ombro elevado até 2 cm.
  - E) A deformidade de sprengel ocorre devido à ausência de migração distal da escápula durante o período embrionário em torno da segunda semana de gestação.
- 

**36. Em relação às fraturas do terço distal do fêmur em adultos, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Aproximadamente 5% a 10% das fraturas do fêmur distal são expostas.
  - B) Quando essas fraturas são expostas, o ferimento é posterior na maioria das vezes.
  - C) Lesões vasculares associadas a fraturas supracondilneas do fêmur são bastante comuns.
  - D) Em pacientes idosos frágeis com fratura distal do fêmur de baixa energia, as taxas de mortalidade são muito inferiores às da população com fratura de quadril.
  - E) O ligamento cruzado posterior é o ligamento mais comumente lesionado nessas fraturas
- 

**37. Em relação às fraturas do fêmur distal após artroplastia total do joelho, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Fraturas supracondilneas do fêmur são uma forma incomum de fratura periprotética após uma artroplastia total do joelho, sendo mais frequentes as fraturas tibiais.
  - B) As técnicas modernas de fixação com placas bloqueadas e hastes intramedulares retrógradas têm indicação em fraturas periprotéticas do fêmur distal após artroplastia total do joelho.
  - C) Os fatores de risco para essas fraturas incluem osteopenia, artrite reumatoide, terapia prolongada com corticosteroides, entalhe anterior do córtex femoral e artroplastia de revisão.
  - D) A frequência dessas fraturas varia de 0,3% a 2,5% após artroplastia total primária do joelho (ATJ) e de 1,6% a 38% após revisão de ATJ.
  - E) No tratamento cirúrgico dessas fraturas, se a prótese estiver solta, a artroplastia de revisão com uma prótese com haste é a opção preferida.
- 

**38. Em relação aos princípios do tratamento das consolidações viciosas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A correção da angulação por meio da rotação do osso em torno de um ponto na linha que bissecta o ângulo do CORA (a “bissetriz”) garante o paralelismo do eixo anatômico sem introduzir, porém, uma translação.
  - B) Considerando-se o eixo anatômico, na avaliação de uma deformidade diafisária do fêmur, a localização do CORA (Centro de Rotação de Angulação) fora do osso indica que a deformidade é sempre multifocal.
  - C) Considerando-se o eixo mecânico, na avaliação de uma deformidade diafisária do fêmur, a localização do CORA (Centro de Rotação de Angulação) fora do osso indica que a deformidade é sempre unifocal.
  - D) A correção da angulação por meio da rotação do osso em torno de um ponto na linha que bissecta o ângulo do CORA (a “bissetriz”) garante o paralelismo do eixo anatômico introduzindo, porém, uma translação e distração.
  - E) A correção da angulação por meio da rotação do osso em torno de um ponto na linha que bissecta o ângulo do CORA (a “bissetriz”) garante o paralelismo do eixo anatômico introduzindo, porém, uma translação e encurtamento.
-

**39. Em relação às fraturas expostas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A ocorrência de uma síndrome compartimental não é possível em fraturas expostas.
  - B) Administração de antibióticos intravenosos deve ser idealmente dentro de 1 hora após a ocorrência da fratura exposta.
  - C) Deve-se utilizar antibióticos enquanto ainda existirem drenos na ferida.
  - D) Não há indicação de antibióticos com cobertura para gram negativos, independente do grau da fratura segundo a classificação de Gustillo e Anderson.
  - E) Há indicação de antibióticos com cobertura para anaeróbios, independente do grau da fratura segundo a classificação de Gustillo e Anderson.
- 

**40. Em relação ao tratamento das fraturas expostas, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Fraturas altamente contaminadas, como aquelas expostas a ambientes agrícolas ou aquáticos, devem ser desbridadas cirurgicamente até 12 horas após a ocorrência da lesão sem que haja aumento de incidência de infecção.
  - B) Todos os músculos do compartimento devem ser avaliados quanto à viabilidade (4 Cs: cor, consistência, contratilidade e capacidade de sangrar) e desbridados até a presença de tecido normal.
  - C) Embora a cirurgia deva ser realizada o mais rápido possível, dentro dos limites de segurança, a minúcia do desbridamento e da excisão parece ser mais importante do que o momento em si.
  - D) Fraturas expostas classificadas como grau 1 de Gustillo e Anderson podem ser desbridadas até 24 horas após o trauma sem prejuízo para o paciente.
  - E) Demora na cobertura definitiva de partes moles superior a 72 horas é um fator de risco para infecção nessas fraturas.
- 

**41. Em relação às lesões traumáticas dos nervos periféricos, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A degeneração Walleriana só ocorre a partir do grau 4 da classificação de Sunderland.
  - B) O grupo 3 da classificação de Seddon corresponde ao grau 2 da classificação de Sunderland.
  - C) No grau 3 da classificação de Sunderland, o perineuro está intacto.
  - D) A eletroneuromiografia é capaz de diferenciar os vários tipos da classificação de Sunderland desde o primeiro dia após a lesão, já que sua acurácia não é afetada pelo tempo de lesão.
  - E) Nas lesões grau 3 de Sunderland, não é possível a recuperação espontânea.
- 

**42. Em relação às fraturas por estresse, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Fraturas por estresse de baixo risco incluem a diáfise femoral, a tíbia medial, as costelas, a diáfise da ulna e o primeiro ao quarto metatarsus; todas essas têm uma história natural favorável.
  - B) Fraturas por estresse de baixo risco incluem a diáfise femoral, maléolo medial, a tíbia medial, as costelas, a diáfise da ulna e o primeiro ao quarto metatarsus; todas essas têm uma história natural favorável.
  - C) Fraturas por estresse de baixo risco incluem a diáfise femoral, a tíbia anterior, as costelas, a diáfise da ulna e o primeiro ao quarto metatarsus; todas essas têm uma história natural favorável.
  - D) Fraturas por estresse de baixo risco incluem a diáfise femoral, a cortical superior do colo femoral, a tíbia medial, as costelas, a diáfise da ulna e o primeiro ao quarto metatarsus; todas essas têm uma história natural favorável.
  - E) Fraturas por estresse de baixo risco incluem a diáfise femoral, sesamoide do hálux, a tíbia medial, as costelas, a diáfise da ulna e o primeiro ao quarto metatarsus; todas essas têm uma história natural favorável.
- 

**43. Em relação aos critérios para definição de infecção periprotética, descritos por Parvizi, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A presença de seio drenante em comunicação com a prótese é critério maior para o diagnóstico de infecção.
  - B) Uma pontuação maior ou igual a 6, considerando-se os critérios menores pré-operatórios, é considerada conclusiva para o diagnóstico de infecção.
  - C) Proteína C reativa elevada é um dos critérios menores pré-operatórios para o diagnóstico de infecção.
  - D) Uma única cultura positiva é critério intraoperatório para o diagnóstico de infecção e isoladamente é conclusivo para o diagnóstico.
  - E) Elevação do percentual de polimorfonucleares no líquido sinovial é um critério menor intraoperatório para o diagnóstico de infecção.
-

**44. Em relação às lesões por maus-tratos na criança, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Fraturas na escápula têm baixa especificidade no diagnóstico de maus-tratos.
  - B) Fraturas no esterno têm moderada especificidade no diagnóstico de maus-tratos.
  - C) Fraturas na diáfise de ossos longos têm baixa especificidade no diagnóstico de maus-tratos.
  - D) Fraturas do corpo vertebral têm baixa especificidade no diagnóstico de maus-tratos.
  - E) Fraturas na clavícula têm alta especificidade no diagnóstico de maus-tratos.
- 

**45. Em relação às fraturas da região distal do rádio em crianças, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Deformidade residual com desvio dorsal de até 35 graus apresenta correção espontânea em crianças abaixo de 10 anos.
  - B) Deformidade residual com desvio dorsal de até 30 graus apresenta correção espontânea em crianças abaixo de 11 anos.
  - C) Deformidade residual com desvio dorsal de até 25 graus apresenta correção espontânea em crianças abaixo de 12 anos.
  - D) Deformidade residual com desvio dorsal de até 10 graus apresenta correção espontânea em crianças abaixo de 13 anos.
  - E) Deformidade residual com desvio dorsal de até 50 graus apresenta correção espontânea em crianças abaixo de 5 anos.
- 

**46. Em relação às fraturas do tipo torus da região metafisária do rádio em crianças, assinale a alternativa CORRETA,**

- A) Devem ser tratadas com gesso axilopalmar por seis semanas.
  - B) Devem ser tratadas com gesso axilopalmar por quatro semanas.
  - C) Devem ser tratadas com gesso antebraquiopalmar por seis semanas
  - D) Devem ser tratadas com gesso antebraquiopalmar por 4 semanas.
  - E) Devem ser tratadas com órtese removível por 3 semanas.
- 

**47. Em relação às fraturas de Monteggia em crianças, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na Classificação de Bado, o tipo 1 apresenta deslocamento da cabeça do rádio para posterior.
  - B) Esse tipo de fratura corresponde a cerca de 30% das fraturas de antebraço em crianças.
  - C) Costumam ocorrer na faixa etária entre 10 e 14 anos de idade.
  - D) Na classificação de Bado tipo 4, a luxação da cabeça é para anterior e apresenta fraturas do rádio e da ulna associadas.
  - E) São descritos três mecanismos de trauma envolvidos nas fraturas classificadas como Bado tipo 1 : hiersupinação, hiperextensão e trauma direto.
- 

**48. Em relação às fraturas supracondilleanas do úmero em crianças, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Dentre as fraturas que ocorrem em crianças, estas são as que mais demandam tratamento cirúrgico.
  - B) O pico de ocorrência dessas fraturas é de 5 a 6 anos de idade.
  - C) Nas radiografias em perfil, no cotovelo não fraturado, uma linha que se estende sobre a cortical posterior da diáfise do úmero deve transeccionar o núcleo de ossificação do capitulo.
  - D) Na classificação de Gartland modificada, o tipo 1 apresenta menos de 2mm de desvio.
  - E) Na classificação de Gartland modificada, o tipo 4 apresenta instabilidade multidirecional.
- 

**49. Em relação às fraturas do côndilo lateral em crianças, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Raramente estão associadas a lesões neurovasculares.
  - B) Na classificação de Jakob, o tipo 2 apresenta acometimento articular.
  - C) No tipo 2 de Milch, o traço de fratura se estende medialmente ao núcleo de ossificação do capitulo sem cruzá-lo.
  - D) Na classificação de Weiss, o tipo 1 apresenta menos de 2mm de desvio.
  - E) O melhor acesso cirúrgico para o tratamento dessas fraturas é o posterior, para se evitar dissecação anterior e consequente necrose do fragmento fraturado.
-

**50. Em relação às radiografias normais da coluna cervical em crianças, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Nas radiografias em perfil, existe uma aparente pseudoluxação entre a segunda e a terceira vértebras cervicais, mais evidente com a coluna em flexão.
  - B) Nas radiografias em perfil, existe uma aparente pseudoluxação entre a primeira e a segunda vértebras cervicais, mais evidente com a coluna em flexão.
  - C) Nas radiografias em perfil, existe uma aparente pseudoluxação entre a quarta e a quinta vértebras cervicais, mais evidente com a coluna em flexão.
  - D) Nas radiografias em perfil, existe uma aparente pseudoluxação entre a quinta e a sexta vértebras cervicais, mais evidente com a coluna em flexão.
  - E) Nas radiografias em perfil, existe uma aparente pseudoluxação entre a sexta e a sétima vértebras cervicais, mais evidente com a coluna em flexão.
-

**GRUPO 18**  
**- ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA -**