



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

**MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

*“Infelicidade é uma questão de prefixo”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

## LÍNGUA PORTUGUESA

## A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
  - (A) inelutável
  - (B) incoercível
  - (C) insofismável
  - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
  - (A) absorver
  - (B) restringir
  - (C) demarcar
  - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
  - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
  - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
  - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
  - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
  - (A) rigor e flexibilidade
  - (B) frugalidade e obstinação
  - (C) comedimento e sobriedade
  - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
  - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
  - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
  - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
  - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

## SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
  - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
  - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
  - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
  - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
  - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
  - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
  - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
  - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
  - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
  - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
  - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
  - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
  - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
  - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
  - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

21. Na mão, o sítio da lesão do dedo em martelo ocorre na zona:
- flexora I
  - flexora II
  - extensora I
  - extensora II

22. A fratura da falange média do dedo médio, proximal à inserção do flexor superficial, apresenta deformidade angular, respectivamente, do fragmento distal e do proximal:
- em flexão e em flexão
  - em extensão e em flexão
  - em flexão e em extensão
  - em extensão e em extensão
23. Na lesão fisária traumática do terço distal do fêmur na população pediátrica, o desvio do fragmento distal associado a maior risco de lesão neurovascular é:
- medial
  - lateral
  - anterior
  - posterior
24. No esqueleto imaturo, o tratamento mais recomendado para a fratura da espinha da tíbia classificada como do tipo II por Meyers e McKeever é:
- redução aberta e fixação interna
  - redução aberta e imobilização gessada
  - imobilização gessada sem manipulação
  - redução incruenta e imobilização gessada
25. A incidência radiográfica mais utilizada para o diagnóstico da luxação esternoclavicular é realizada com o paciente em:
- decúbito dorsal e a ampola com desvio cranial de 40° e raio centralizado no osso esterno
  - ortostase, de frente para a ampola, com rotação lateral do corpo de 40° no plano da escápula, desvio cranial da ampola de 10° e raio centralizado na articulação acromioclavicular
  - ortostase, de frente para a ampola, com desvio cranial da ampola de 15° e raio centralizado na articulação esternoclavicular
  - decúbito dorsal, com desvio cranial da ampola de 20° e raio centralizado no terço médio da clavícula
26. Na avaliação inicial do paciente com fratura fechada desviada da diáfise da tíbia que apresenta agudamente diminuição dos pulsos arteriais periféricos distais e da perfusão capilar, a medida imediata que deve ser feita é:
- arteriografia do membro inferior acometido
  - ultrassonografia com Doppler do segmento acometido
  - estabilização da fratura com fixador externo em ambiente cirúrgico
  - alinhamento do membro inferior acometido e reavaliação da perfusão arterial distal
27. Na fratura-luxação de Galeazzi, a estrutura que mais comumente causa interposição na articulação radioulnar distal, não permitindo sua redução incruenta durante o tratamento cirúrgico é, o:
- tendão flexor ulnar do carpo
  - tendão extensor ulnar do carpo
  - ligamento radioulnar distal volar
  - ligamento radioulnar distal dorsal
28. Na avaliação radiográfica da lesão de Lisfranc com a incidência oblíqua interna, a borda lateral do terceiro osso metatarsal deve estar alinhada com a borda:
- medial do cuboide
  - lateral do cuneiforme lateral
  - medial do cuneiforme lateral
  - lateral do cuneiforme intermédio
29. A inervação dos músculos glúteo máximo e tensor da fáscia lata é feita, respectivamente, pelos nervos:
- glúteo superior e femoral
  - glúteo inferior e isquiático
  - glúteo inferior e glúteo superior
  - glúteo superior e glúteo inferior
30. No exame clínico do paciente com trauma torcional de tornozelo, o ligamento avaliado no teste da gaveta anterior é o:
- deltoide
  - fibulotalar anterior
  - fibulotalar posterior
  - tibiofibular anterior
31. A abordagem recomendada para a fratura do terço proximal do quinto osso metatarsal ocorrida na zona 1 da classificação de Dameron é:
- não cirúrgico, com imobilização
  - cirúrgico, com banda de tensão
  - cirúrgico, com placa de compressão dinâmica e parafusos
  - cirúrgico, utilizando compressão interfragmentar com parafuso de tração intramedular
32. Na fratura intertrocanteriana do fêmur, de acordo com a classificação de Evans, é considerada instável aquela que apresenta:
- fragmentação da parede lateral
  - fragmentação da parede medial
  - extensão do traço à fossa piriforme
  - desvio em extensão do fragmento distal
33. Na fratura da cabeça do fêmur associada à luxação traumática posterior do quadril, a necrose avascular da cabeça femoral é mais comum quando:
- há lesão do anel pélvico associada
  - há fratura do colo do fêmur ipsilateral associada
  - a fratura da cabeça do fêmur ocorre na região suprafoveolar
  - a fratura da cabeça do fêmur ocorre na região infrafoveolar
34. Na lesão de Lisfranc, o sinal de Ross caracteriza-se por:
- encurtamento do pé
  - equimose no arco plantar
  - alargamento do mediopé
  - subluxação metatarso-cuneiforme do 1° raio
35. A incidência radiográfica descrita por Canale e Kelly, com máxima flexão plantar do tornozelo, 15° de inversão do pé, ampola com 75° de inclinação cefálica e raio centralizado no seio do tarso, é mais empregada no diagnóstico da:
- lesão de Lisfranc
  - fratura do cuboide
  - fratura do colo do tálus
  - tuberosidade do navicular
36. Nas fraturas da coluna cervical abaixo do áxis, a estabilização por via posterior é feita de forma mais segura nas massas laterais, ao invés de nos pedículos, para evitar lesão:
- do esôfago
  - do saco dural
  - do ligamento amarelo
  - das artérias vertebrais

37. Nas lesões raquimedulares incompletas, a perda completa da função motora com preservação da propriocepção e da sensibilidade profunda no tronco e nos membros inferiores é característica da síndrome medular:
- (A) central
  - (B) anterior
  - (C) posterior
  - (D) do tipo Brown-Séquard
38. Na avaliação do membro esmagado, o Escore de Gravidade do Membro Esmagado (*Mangled Extremity Severity Score - MESS*) utiliza os seguintes critérios:
- (A) as lesões esquelética e de partes moles, a isquemia do membro, o choque e a idade
  - (B) a isquemia do membro e a gravidade das lesões óssea, vascular, muscular, de pele e dos nervos periféricos
  - (C) as regiões anatômicas da cabeça, do pescoço, da face, do tórax, do abdome e do conteúdo pélvico, das extremidades e do anel pélvico
  - (D) a perfusão capilar periférica, os testes neurológicos periféricos de sensibilidade e de motricidade, a contratilidade muscular e a coloração dos tecidos
39. Na fratura exposta da diáfise da tíbia com perda segmentar, a realização de transporte ósseo está indicada quando o defeito é maior ou igual a:
- (A) 2,0 cm
  - (B) 2,5 cm
  - (C) 3,5 cm
  - (D) 5,0 cm
40. Na técnica de Scuderi para o tratamento da lesão alta do mecanismo extensor do joelho, a estrutura utilizada para o reforço da sutura é o tendão do músculo:
- (A) grácil
  - (B) semitendíneo
  - (C) semimembranoso
  - (D) quadríceps femoral
41. A vascularização do tendão patelar é feita pelas artérias genicular infero-medial, genicular infero-lateral e:
- (A) tibial recorrente
  - (B) fibular profunda
  - (C) genicular suprema
  - (D) genicular súpero-medial
42. O sinal radiográfico patognomônico da luxação metacarpo-falangeana complexa é a presença:
- (A) de fratura da base da falange proximal
  - (B) do osso sesamoide no espaço articular
  - (C) de avulsão óssea do ligamento colateral ulnar
  - (D) de fratura do dorso da cabeça do osso metacarpal
43. No paciente com joelho varo e instabilidade pósterolateral crônica associada, a programação cirúrgica deve ser de:
- (A) artroplastia total do joelho
  - (B) reconstrução ligamentar do canto pósterolateral isoladamente
  - (C) osteotomia valgizante do fêmur antes da reconstrução ligamentar
  - (D) osteotomia valgizante da tíbia antes ou simultaneamente à reconstrução ligamentar
44. Nas imagens de ressonância magnética do ombro, a ausência do lábio glenoidal superior associada a marcado afilamento do ligamento glenoumeral médio são achados característicos:
- (A) da lesão HAGL
  - (B) do forame sublabial
  - (C) do complexo de Buford
  - (D) da lesão SLAP do tipo II de Snyder
45. De acordo com a classificação de Barrack e colaboradores, a existência de manto de cimento inferior a 1 mm ou o apoio da haste femoral em uma das corticais é compatível com um padrão de cimentação do componente femoral do tipo:
- (A) B
  - (B) C1
  - (C) C2
  - (D) D
46. Na abordagem cirúrgica posterior ao segmento lombar da coluna vertebral, as estruturas musculares presentes na parte profunda da camada profunda são:
- (A) espinal e o iliocostal
  - (B) iliocostal e o longuíssimo
  - (C) multifídios e os rotadores curtos
  - (D) grande dorsal e o quadrado lombar
47. Na síndrome compressiva do nervo interósseo posterior pela aponeurose fibrosa do músculo supinador, ao nível da arcada de Fröhse, a dor piora quando o paciente executa:
- (A) flexão total do punho, com o cotovelo fletido a 90° e o antebraço em pronação
  - (B) flexão total do cotovelo, com o antebraço em supinação e o punho em neutro
  - (C) flexão ativa do cotovelo contra a resistência, mantendo o antebraço em pronação máxima
  - (D) supinação ativa do antebraço contra a resistência, partindo de uma posição de pronação total, com o punho em neutro e o cotovelo fletido a 90°
48. No mecanismo de trauma da lesão de Segond clássica, a perna encontra-se em rotação:
- (A) interna e o joelho fletido e submetido a estresse em varo
  - (B) neutra e o joelho fletido e submetido a estresse em valgo
  - (C) externa e o joelho fletido e submetido a estresse em valgo
  - (D) neutra e o joelho estendido e submetido a estresse em varo
49. Dentro das artropatias soronegativas, as deformidades das mãos conhecidas como "óculos de ópera" (*opera glass*) e "lápis na taça" (*pencil-in-cup*) são achados clínicos da:
- (A) espondilite anquilosante
  - (B) artrite reativa (síndrome de Reiter)
  - (C) artrite psoriásica em sua forma mutilante
  - (D) artropatia enteropática associada à doença de Crohn
50. Durante a artroscopia do ombro para o inventário da cavidade articular glenoumeral, o primeiro portal que deve ser realizado é o:
- (A) lateral
  - (B) anterior
  - (C) posterior
  - (D) superior

51. No estudo por imagem da coluna cervical, o espaço atlantodental deve ser avaliado na incidência radiográfica:
- (A) ântero-posterior, correspondendo ao intervalo entre o processo odontoide do áxis e as massas laterais do atlas
  - (B) em perfil, correspondendo ao intervalo entre o processo odontoide do áxis e o arco anterior do atlas
  - (C) em perfil, correspondendo ao intervalo entre o processo odontoide do áxis e o arco posterior do atlas
  - (D) transoral, correspondendo ao intervalo entre o processo odontoide do áxis e as massas laterais do atlas
52. Na criança, a técnica preconizada na fixação percutânea com fios de Kirschner cruzados para a fratura supracondiliana do úmero em extensão é:
- (A) fixar a coluna lateral primeiro, em máxima flexão do cotovelo, estender esta articulação até 90° de flexão e fixar a coluna medial
  - (B) fixar a coluna medial primeiro, em máxima flexão do cotovelo, e depois a coluna lateral, mantendo a posição articular de redução
  - (C) fixar a coluna medial primeiro, em máxima flexão do cotovelo, estender esta articulação até 90° de flexão e fixar a coluna lateral
  - (D) fixar a coluna lateral primeiro, em máxima flexão do cotovelo, e depois a coluna medial, mantendo a posição articular de redução
53. Na pronação dolorosa do cotovelo da criança, a manobra de redução consiste em:
- (A) pronação do antebraço com o cotovelo fletido
  - (B) supinação do antebraço com o cotovelo fletido
  - (C) pronação do antebraço com o cotovelo estendido
  - (D) supinação do antebraço com o cotovelo estendido
54. A maioria dos osteossarcomas surgidos após a meia-idade é principalmente secundária à:
- (A) radioterapia
  - (B) displasia fibrosa
  - (C) doença de Paget
  - (D) carcinoma epidermoide em trato fistuloso
55. No complexo ligamentar lateral do cotovelo, o ligamento colateral lateral ulnar tem origem:
- (A) no epicôndilo lateral do úmero e inserção na margem inferior do ligamento anular
  - (B) na margem anterior e inserção na margem posterior da incisura sigmoide da ulna
  - (C) no epicôndilo lateral do úmero e inserção nas fibras da cápsula anterior do cotovelo
  - (D) nas fibras posteriores do ligamento colateral radial e inserção junto ao músculo supinador
56. Na fratura do tipo 32-A3 da classificação AO, a utilização de uma placa reta com função de banda de tensão implica que esta deva ser colocada na face:
- (A) lateral, atuando como banda de tensão estática
  - (B) lateral, atuando como banda de tensão dinâmica
  - (C) medial, atuando como banda de tensão dinâmica
  - (D) medial, atuando como banda de tensão estática
57. Na síndrome da criança abusada (maus tratos), de acordo com Kleinman, a fratura deve ser considerada de alta especificidade quando ocorre:
- (A) no esterno
  - (B) na clavícula
  - (C) no corpo vertebral
  - (D) da diáfise de um osso longo
58. Na substituição protética da cabeça do rádio após uma fratura irreconstrutível deste segmento, o parâmetro de restauração do comprimento radial que deve ser avaliado intraoperatoriamente é:
- (A) o alinhamento sagital da prótese e do capitulo umeral com o cotovelo em 90° de flexão
  - (B) o alinhamento da parte mais proximal da prótese com a incisura sigmoide menor da ulna
  - (C) o contato pleno da parte mais proximal da prótese com o capitulo umeral com o cotovelo em máxima extensão
  - (D) a sobreposição radiográfica da parte mais distal da prótese com a tuberosidade bicipital do rádio
59. As principais localizações do cisto ósseo simples são as:
- (A) diáfises do úmero e do fêmur
  - (B) metáfises superior e inferior da tibia
  - (C) metáfises superiores do úmero e do fêmur
  - (D) metáfises inferior do fêmur e superior da tibia
60. Na história natural do processo degenerativo do disco intervertebral, a fase de instabilidade caracteriza-se por:
- (A) estenose do canal medular e anquilose
  - (B) hiperostose ao redor do disco e das facetas articulares
  - (C) rotura interna do disco, degeneração facetária e frouxidão capsular
  - (D) roturas radiais e circunferenciais do anel fibroso do disco e sinovite facetária