



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DA CARREIRA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA

# MÉDICO/ORTOPEDIA

**Conhecimento Específico (Questões de 01 a 30)**

**ATENÇÃO:** LEIA AS INSTRUÇÕES atentamente ANTES de iniciar a prova. São de inteira responsabilidade do candidato os eventuais prejuízos decorrentes do não cumprimento das instruções.

**Só abra este caderno quando autorizado.  
Aguarde permissão para iniciar a prova.**

### ENQUANTO AGUARDA:

◆ Verifique se o seu nome, número de inscrição e cargo pretendido correspondem àqueles da etiqueta afixada na carteira na qual você está sentado.

◆ Retire o seu relógio e DESLIGUE quaisquer outros dispositivos elétricos, eletrônicos ou mecânicos que tenha em seu poder. Coloque-os no piso, junto à carteira na qual você está assentado, com quaisquer outros objetos desnecessários para a resolução da prova. É proibido o uso de qualquer tipo de calculadora ou material de consulta.

◆ Mantenha sobre a carteira apenas caneta, o comprovante de inscrição e seu documento de identidade.

### ANTES DE COMEÇAR A FAZER A PROVA:

◆ Verifique se as questões deste caderno estão numeradas de 01 a 30. Caso haja algum problema, solicite a substituição do caderno.

### AO RECEBER O CARTÃO-RESPOSTA:

- ◆ Confira o seu nome e número de inscrição.
- ◆ Assine à tinta, no espaço adequado.

### AO PREENCHER O CARTÃO-RESPOSTA:

- ◆ Utilize caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
- ◆ Sua questão receberá pontuação nula se houver marcação de mais de uma alternativa ou se for deixada em branco.
- ◆ O cartão-resposta não deve ser dobrado, amassado ou rasurado.

### AO TERMINAR A PROVA:

- ◆ Levante o braço para chamar os fiscais. Eles irão até você para recolher o cartão-resposta.
- ◆ Você poderá levar este caderno de provas após 2 (duas) horas de prova.
- ◆ Os dois candidatos que permanecerem por último na sala somente poderão sair juntos.

**A duração total da prova, incluindo o preenchimento do cartão-resposta, é de 2h30 (duas horas e trinta minutos).**

**Conhecimento Específico – Questões de 01 a 30**

01. No exame físico da coluna lombossacra, a manobra de elevação da perna estendida (teste e Lasegue) é amplamente utilizada para identificar a compressão radicular. Sobre a biomecânica e a neurofisiologia desse teste, assinale a alternativa CORRETA:
- a) O teste é considerado positivo para a compressão radicular mecânica quando a dor irradiada (ciatalgia) surge no trajeto do dermatomo correspondente entre os ângulos de 10° e 30° de elevação, momento de maior tensão do saco tecal.
  - b) A dorsiflexão do tornozelo realizada durante a elevação da perna (manobra de Bragard) aumenta a acurácia do teste por promover estiramento adicional das raízes de L4, L5 e S1 no forame intervertebral.
  - c) O sinal de Lasegue invertido (ou teste de estiramento do nervo femoral) é utilizado para avaliar compressões das raízes nervosas altas, especificamente L1 e L2, por meio da extensão do quadro com o paciente em decúbito ventral.
  - d) O teste de Lasegue contralateral (ou sinal de Fajersztajn) possui alta sensibilidade para o diagnóstico de hérnia discal, indicando que a raiz nervosa está sendo tensionada pelo disco intervertebral no lado oposto à dor.
02. No exame físico do ombro, durante a execução do teste de Jobe (teste da lata vazia), o examinador realiza a abdução do braço a 90° no plano escapular com rotação interna máxima. O fundamento anatômico que torna esse teste seletivo para o músculo supraespinal é:
- a) a rotação interna promove o relaxamento do tendão infraespinal, permitindo que a força de abdução seja gerada primariamente pelo supraespinal.
  - b) a posição do exame alinha o tubérculo maior sob o arco coracoacromial, aumentando a compressão mecânica e o recrutamento isolado das fibras do supraespinal.
  - c) o plano da escápula alinha as fibras do supraespinal paralelamente ao eixo de tração, enquanto a rotação interna isola sua ação biomecânica em relação ao deltoide médio.
  - d) a rotação interna posiciona o tendão do supraespinal em uma zona de hipovascularização (zona crítica de Codman), evidenciando déficits de força por insuficiência metabólica.
03. Ao realizar o teste de McMurray, o examinador promove a flexão do joelho seguida de rotação da tibia e extensão gradual da articulação. Sobre a execução do teste e a base anatômica dele, assinale a alternativa CORRETA:
- a) A realização da rotação interna da tibia durante a extensão do joelho tensiona o corno posterior do menisco medial, sendo o teste positivo na presença de estalido ou dor local.
  - b) A rotação externa da tibia, associada ao estresse em valgo durante a extensão, desloca o fragmento meniscal medial para a região de carga, sendo esse o mecanismo para detectar lesões do menisco medial.
  - c) O teste baseia-se na compressão do menisco lateral quando a tibia é posicionada em rotação externa, uma vez que esse movimento projeta o côndilo femoral lateral sobre a fibrocartilagem.
  - d) O teste de McMurray apresenta maior sensibilidade que o teste de Apley para lesões agudas, pois isola a estrutura meniscal por meio da translação anterior da tibia.

04. Durante o exame físico de um paciente com queixa de parestesia na face palmar do polegar, indicador e dedo médio, a percussão sobre o retináculo dos flexores desencadeou sensação de “choque” na mesma distribuição da parestesia (sinal de Tinel). Sobre o fundamento fisiológico e anatômico desse achado, assinale a alternativa CORRETA:
- a) O sinal de Tinel positivo indica regeneração axonal em curso ou hiperexcitabilidade de fibras nervosas mecanossensíveis no nervo ulnar, comprimido no canal de Guyon.
  - b) A compressão ocorre no túnel do carpo, em que o nervo mediano compartilha espaço com nove tendões flexores; o sinal clássico decorre da desmielinização focal que altera o limiar de resposta mecânica do nervo.
  - c) O teste de Phalen, frequentemente associado ao sinal de Tinel, baseia-se na redução da pressão intracanal durante a flexão do punho, o que exacerba a isquemia do nervo radial superficial.
  - d) A distribuição dos sintomas descrita é característica de uma compressão do nervo interósseo anterior, que é responsável pela sensibilidade no território relatado.
05. A avaliação da força muscular é parte integral do exame físico ortopédico. Para testar especificamente a integridade da raiz nervosa de L4, o examinador deve solicitar que o paciente realize ativamente o movimento de:
- a) extensão do hálux.
  - b) flexão plantar do tornozelo.
  - c) dorsiflexão do tornozelo.
  - d) eversão do pé.
06. Durante a avaliação ortopédica de um paciente com queixa de claudicação, o examinador observa que, ao solicitar que o paciente permaneça em apoio unipodal sobre o membro afetado, ocorre queda da hemipelve do lado contra-lateral (oposto ao apoio). O fundamento anatômico que justifica este sinal é a insuficiência ou fraqueza do:
- a) músculo glúteo máximo, innervado pelo nervo glúteo inferior.
  - b) músculo glúteo médio, innervado pelo nervo glúteo superior.
  - c) músculo psoas maior, innervado por ramos diretos do plexo lombar.
  - d) músculo piriforme, innervado pelo nervo do piriforme.
07. No exame físico de paciente com cervicobraquialgias, o teste de Adson deve ser realizado para avaliar a possibilidade de síndrome do desfiladeiro torácico. O fundamento anatômico dessa manobra baseia-se na compressão da artéria subclávia e do plexo braquial, especificamente no:
- a) espaço costoclavicular, delimitado pela primeira costela e a clavícula.
  - b) triângulo escaleno, entre o músculo escaleno anterior e médio e a primeira costela.
  - c) espaço retropeitoral, sob o tendão do peitoral menor e o processo coracoide.
  - d) intervalo quadrangular, entre o redondo maior, redondo menor, cabeça longa do tríceps e o úmero.
08. De acordo com os princípios biomecânicos da fixação interna das fraturas, a estabilidade absoluta é necessária para permitir a consolidação primária. Assinale a alternativa que indica o método de fixação que promove estabilidade absoluta:
- a) Haste intramedular bloqueada em fraturas da diáfise da tíbia.
  - b) Placa ponte em fraturas cominutivas de fêmur.
  - c) Parafuso de tração (lag screw) associado a uma placa de compressão dinâmica.
  - d) Fixador externo em fraturas do anel pélvico.

09. No tratamento das fraturas da diáfise da tíbia no adulto, a síndrome de compartimento é uma complicação grave que exige diagnóstico precoce. Assinale a alternativa que indica o sinal cínico mais precoce e sensível para o diagnóstico:
- a) Ausência de pulsos distais.
  - b) Cianose de extremidade.
  - c) Parestesia em território de nervo periférico.
  - d) Dor desproporcional à lesão.
10. A lesão do anel pélvico do tipo compressão lateral tipo II, pela classificação de Young-Burgess, é caracterizada por:
- a) diástase da sínfise púbica superior a 2,5 cm e ruptura dos ligamentos sacroisquiáticos, mantendo a integridade do complexo sacroilíaco posterior.
  - b) fratura por esmagamento (compressão) do sacro anterior e ruptura completa dos ligamentos sacroilíacos posteriores, resultando em instabilidade vertical.
  - c) fratura dos ramos púbicos associada a uma fratura da asa do íliaco no lado do impacto (fratura em crescente), causada por força rotacional interna.
  - d) ruptura isolada da sínfise púbica associada a fraturas por avulsão das espinhas isquiáticas, indicando um mecanismo de compressão anteroposterior.
11. Nas fraturas intracapsulares do colo femoral em paciente jovem, a preservação da cabeça femoral é a prioridade. Sobre a vascularização e o tratamento nessas fraturas, assinale a alternativa CORRETA:
- a) A artéria circunflexa femoral medial é a principal fonte de suprimento sanguíneo para a cabeça do fêmur, e a sua lesão é mais frequente nas fraturas com desvio, aumentando o risco de osteonecrose.
  - b) O sistema de classificação de Garden baseia-se na estabilidade biomecânica da fratura, sendo as fraturas do tipo I e II consideradas instáveis devido ao risco de lesão da artéria foveal.
  - c) A urgência na redução e fixação interna é um consenso absoluto na literatura para prevenir a não união da fratura, independente do grau de desvio ou qualidade da redução obtida.
  - d) O ângulo de Pauwels é determinado pela inclinação do traço da fratura em relação ao plano horizontal; fraturas Pauwels tipo I (menores que 30°) são as que apresentam maior força de cisalhamento e de instabilidade.
12. As fraturas do planalto tibial resultam de forças de compressão axial combinadas com stress em varo ou valgo. Em relação à classificação de Schatzker e ao manejo dessas lesões, assinale a alternativa CORRETA:
- a) A fratura do tipo II consiste em uma cisão pura do platô lateral (cisalhamento), sendo mais comum em pacientes jovens.
  - b) O tipo IV envolve o platô medial e frequentemente está associado à lesão de alta energia, com maior risco de lesão neurológica associada.
  - c) Fraturas do tipo V são caracterizadas por separação isolada do platô lateral com afundamento articular central superior a 10 mm.
  - d) O tipo VI é definido pela fratura bicondilar com preservação da continuidade entre a superfície articular e a diáfise tibial.

13. Nas fraturas do tornozelo, a classificação de Lauge-Hansen permite predizer a posição do tornozelo e a direção da força deformante no momento da lesão, conforme o padrão da fratura. Um paciente apresentando radiografia de tornozelo com fratura transversa do maléolo lateral abaixo do nível da sindesmose e uma fratura vertical do maléolo medial será classificado, segundo Lauge-Hansen, como:
- supinação-adução.
  - supinação-rotação externa.
  - pronação-abdução.
  - pronação-eversão.
14. Nas fraturas-luxação do antebraço, a lesão de Monteggia exige restauração anatômica precisa da ulna para garantir a redução da articulação radioumeral. Sobre a classificação de Bado e as características dessas lesões no adulto, assinale a alternativa CORRETA:
- A lesão tipo I é caracterizada por uma fratura da diáfise da ulna com angulação posterior e luxação posterior da cabeça do rádio.
  - A lesão do tipo II, mais frequente em adultos, envolve a fratura da diáfise da ulna com luxação posterior ou posterolateral da cabeça do rádio.
  - A variante do tipo III, quase exclusiva em adultos, consiste em uma fratura da metáfise proximal da ulna associada à luxação lateral da cabeça do rádio.
  - A variante do tipo IV é definida pela presença de fratura em ambos os ossos do antebraço, no mesmo nível, associada à luxação anterior da cabeça do rádio.
15. No diagnóstico da displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) em recém-nascidos, o exame físico é padrão-ouro. Assinale a alternativa que apresenta a manobra que é especificamente desenhada para tentar reduzir um quadril luxado:
- Barlow.
  - Ortolani.
  - Galeazzi.
  - Trendelenburg.
16. Na doença de Legg-Calvé-Perthes, a classificação de Herring é amplamente utilizada para definir o prognóstico com base na altura da porção lateral da epífise femoral durante a fase de fragmentação. O grupo B de Herring é definido quando:
- há 100% de preservação, sem envolvimento do pilar lateral.
  - mais de 50% da altura do pilar lateral é preservada.
  - menos de 50% da altura do pilar lateral é preservada.
  - exatamente 50% da altura do pilar lateral é preservada.
17. No tratamento do pé torto congênito (PTC) idiopático pelo método de Ponseti, a sequência CORRETA de correção das deformidades é:
- equino, varo, aduto e cavo.
  - cavo, aduto, varo e equino.
  - aduto, cavo, quino e varo.
  - varo, quino, cavo e aduto.

18. A consolidação de fraturas em crianças ocorre predominantemente por estabilidade relativa, resultando em formação de calo ósseo. Assinale a sequência fisiológica CORRETA das fases desse processo:
- a) Fase inflamatória, formação de calo mole, formação de calo duro e remodelação.
  - b) Reabsorção cortical, fase inflamatória, deposição de colágeno tipo I e calcificação.
  - c) Formação de calo duro, ossificação endcondral, fase inflamatória e maturação haversiana.
  - d) Fase de hematoma, ossificação intramembranosa primária, fase cartilaginosa e consolidação haversiana.
19. Na escoliose idiopática do adolescente, a avaliação do potencial de crescimento residual e do risco de progressão da curva é fundamental para a indicação do tratamento. Sobre os critérios de maturidade esquelética e a história natural da doença, assinale a alternativa CORRETA:
- a) A classificação de Risser avalia a ossificação da apófise ilíaca; no estágio 4, ocorre completa ossificação da borda do ilíaco, porém ainda não há fusão da apófise com o ílio.
  - b) O pico da velocidade de crescimento ocorre, na maioria das meninas, após a menarca, coincidindo geralmente com o estágio 2 ou 3 de Risser.
  - c) Segundo a classificação de Lenke, uma curva é considerada estruturada quando apresenta flexibilidade superior a 50% nas radiografias com inclinação lateral do tronco.
  - d) O ângulo de Cobb é fator determinante para o risco de progressão; curvas entre 20° e 30° em pacientes Risser 0 possuem baixo risco de progressão.
20. A epifisiólise femoral proximal é uma patologia comum na adolescência. Sobre sua classificação, fisiopatologia e complicações, assinale a alternativa CORRETA:
- a) A classificação de Loder baseia-se na duração dos sintomas; casos crônicos agudizados são aqueles com sintomas por mais de 3 semanas que apresentam uma piora súbita da dor.
  - b) O escorregamento epifisário ocorre através da camada hipertrófica da placa de crescimento, sendo a instabilidade clínica (incapacidade de tolerar apoio) o principal fator prognóstico para osteonecrose.
  - c) O sinal de Steel na radiografia em AP é caracterizado por uma linha radiotransparente paralela à placa de crescimento, indicando um escorregamento posterior.
  - d) A profilaxia cirúrgica do lado contralateral é contraindicada em pacientes com doenças endócrinas (como o hipotireoidismo) devido ao risco elevado de fechamento precoce da fise.
21. No atendimento inicial de um paciente com dor lombar aguda, a identificação de sinais de alerta (*Red Flags*) é crucial para descartar patologias graves. A afirmativa CORRETA que indica achados considerados de alerta para a presença de síndrome da cauda equina é:
- a) Dor que piora com tosse ou espirro e alodínea.
  - b) Parestesia em “sela” e disfunção de esfíncter.
  - c) Escoliose antálgica e contratatura paravertebral.
  - d) Irradiação para dermatomo de L5 e paralisia flácida.

22. A lombalgia mecânica é uma das principais causas de absenteísmo laboral. Segundo as evidências científicas atuais e as diretrizes de prática clínica sobre o manejo da dor lombar crônica, assinale a alternativa CORRETA sobre a abordagem que apresenta maior nível de recomendação para melhora da funcionalidade em longo prazo:

- a) Repouso absoluto até cessação dos sintomas dolorosos.
- b) Terapia medicamentosa com foco em opióides e relaxantes musculares.
- c) Educação do paciente, manutenção de atividade física e terapia cognitivo-comportamental.
- d) Uso de tração lombar e cintas abdominais rígidas durante a realização de atividades diárias até melhora da dor.

23. Nas fraturas da coluna vertebral, o sistema de classificação TLICS (*Thoracolumbar Injury Classification and Severity Score*) auxilia na decisão terapêutica entre o tratamento conservador ou cirúrgico.

Assinale a alternativa CORRETA com os três pilares avaliados por esse escore:

- a) Grau de cifose, perda da altura do corpo vertebral e nível neurológico.
- b) Mecanismo do trauma, idade do paciente e integridade do complexo ligamentar posterior.
- c) Morfologia da fratura, integridade do complexo ligamentar posterior e status neurológico.
- d) Cominuição da fratura, integridade do canal medular e estabilidade mecânica da placa terminal.

24. Um paciente de 42 anos com dor lombar irradiada para face lateral da coxa, face lateral da perna e dorso do pé esquerdo, com seis semanas de evolução, apresenta no exame físico fraqueza na extensão do hálux e sensibilidade diminuída no primeiro espaço interdigital, sem alterações de reflexos patelar ou aquileu.

Assinale a alternativa com o nível provável da hérnia discal lombar e a raiz acometida:

- a) Hérnia de L3-L4 com compressão da raiz de L4.
- b) Hérnia de L4-L5 com compressão da raiz de L5.
- c) Hérnia de L5-S1 com compressão da raiz de S1.
- d) Hérnia de L2-L3 com compressão da raiz de L3.

25. Na avaliação do trauma raquimedular (TRM), a escala de deficiência ASIA (*American Spinal Injury Association*) é utilizada para classificar a gravidade da lesão neurológica. Um paciente vítima de queda de altura apresenta, após resolução do choque medular, função motora preservada abaixo do nível da lesão, porém com mais da metade dos músculos-chave abaixo deste nível com grau de força menor que 3.

A alternativa CORRETA da classificação na escala ASIA desse paciente é:

- a) ASIA B.
- b) ASIA C.
- c) ASIA D.
- d) ASIA E.

26. Paciente de 72 anos em tratamento regular para osteoporose, com alendronato de sódio há seis anos, apresenta dor em face lateral da coxa há três semanas, com piora súbita após trauma de baixa energia. A radiografia mostra fratura subtrocantérica transversa com pequeno “bico” na cortical medial, compatível com fratura femoral atípica associada ao uso de bifosfonato.

Além da fixação da fratura, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE a conduta recomendada:

- a) Suspender o bifosfonato e iniciar suplementação isolada de cálcio.
- b) Substituir o bifosfonato oral por venoso (ácido zoledrônico).
- c) Suspender o bifosfonato e considerar agente anabólico, como a teriparatida.
- d) Manter o bifosfonato e associar denosumabe.

27. Na osteomielite hematogênica aguda em crianças, a infecção geralmente se inicia em região específica do osso longo devido, à presença de vasos terminais e ao fluxo sanguíneo lento que favorece a adesão bacteriana. Assinale a alternativa que indica essa região:

- a) Epífise.
- b) Placa epifisária.
- c) Metáfise.
- d) Diáfise.

28. Assinale a alternativa que contém o padrão de reação periosteal tipicamente indicativo de uma lesão agressiva e de crescimento rápido, como os osteossarcoma ou o sarcoma de Ewing:

- a) Reação periosteal sólida e contínua.
- b) Padrão em “casca de cebola”.
- c) Presença de reação esclerótica “em ninho”.
- d) Afilamento cortical delimitado.

29. No diagnóstico diferencial das artrites, a artrite séptica é uma urgência que exige drenagem imediata. Considerando-se os critérios de Kocher para diferenciar a artrite séptica da sinovite transitória do quadril, assinale a alternativa com o parâmetro que NÃO faz parte dos critérios originais:

- a) Febre superior a 38,5° C.
- b) Incapacidade de andar.
- c) Leucitose superior a 12.000 células/mm<sup>3</sup>.
- d) Proteína C-reativa (PCR) superior a 20mg/L.

30. Paciente de 12 anos com dor súbita no braço direito após arremessar uma bola de handebol, apresenta radiografia demonstrando fratura transversa minimamente desviada que atravessa uma lesão lítica, bem delimitada, centralizada na metáfise proximal do úmero, que promove afilamento cortical sem reação periosteal. Observa-se o sinal da “folha caída”. Diante desse quadro, a conduta inicial recomendada é:

- a) realizar biópsia por agulha imediata seguido de curetagem e enxertia óssea, devido ao alto risco de transformação maligna da lesão após a fratura.
- b) tratamento conservador da fratura com imobilização, pois o estímulo da consolidação pode levar à resolução espontânea do cisto.
- c) realizar fixação cirúrgica imediata da fratura com placa e parafusos, associada à infiltração de corticoide intracisto para evitar recidiva.
- d) proceder com a ressecção em bloco do segmento metafisário e reconstrução com endoprótese.

**RASCUNHO DO GABARITO**

Específica				
01	(A)	(B)	(C)	(D)
02	(A)	(B)	(C)	(D)
03	(A)	(B)	(C)	(D)
04	(A)	(B)	(C)	(D)
05	(A)	(B)	(C)	(D)
06	(A)	(B)	(C)	(D)
07	(A)	(B)	(C)	(D)
08	(A)	(B)	(C)	(D)
09	(A)	(B)	(C)	(D)
10	(A)	(B)	(C)	(D)
11	(A)	(B)	(C)	(D)
12	(A)	(B)	(C)	(D)
13	(A)	(B)	(C)	(D)
14	(A)	(B)	(C)	(D)
15	(A)	(B)	(C)	(D)

Específica				
16	(A)	(B)	(C)	(D)
17	(A)	(B)	(C)	(D)
18	(A)	(B)	(C)	(D)
19	(A)	(B)	(C)	(D)
20	(A)	(B)	(C)	(D)
21	(A)	(B)	(C)	(D)
22	(A)	(B)	(C)	(D)
23	(A)	(B)	(C)	(D)
24	(A)	(B)	(C)	(D)
25	(A)	(B)	(C)	(D)
26	(A)	(B)	(C)	(D)
27	(A)	(B)	(C)	(D)
28	(A)	(B)	(C)	(D)
29	(A)	(B)	(C)	(D)
30	(A)	(B)	(C)	(D)