

1. O nervo ulnar emite o ramo cutâneo dorsal a quantos centímetros do estiloide ulnar:

- 1) 2-3 cm proximal.
- 2) 5-6 cm proximal.
- 3) 8-9 cm proximal.
- 4) 2-3 cm distal.
- 5) 5-6 cm distal.

2. A tensão dos ligamentos colaterais nas metacarpofalângicas e interfalângicas é maior, respectivamente em:

- 1) Flexão/ flexão.
- 2) Extensão/ flexão.
- 3) Flexão/ extensão.
- 4) Extensão/ extensão.
- 5) Qualquer posição tem a mesma tensão/ flexão.

3. Nas fraturas da base volar da falange média, o percentual da superfície articular destacada volarmente que identifica a instabilidade e risco de subluxação dorsal é:

- 1) 20%.
- 2) 30%.
- 3) 40%.
- 4) 50%.
- 5) 60%.

4. O termo lesão de Stener se refere à:

- 1) Lesão do ligamento colateral radial da metacarpofalângica do polegar com interposição da fâscia do abductor curto.
- 2) Lesão do ligamento colateral ulnar da metacarpofalângica do polegar com interposição da aponeurose do adutor.
- 3) Lesão do ligamento escafolunar com abertura maior do que 2 mm na radiografia ântero-posterior do punho.
- 4) Avulsão ulnar do complexo da fibrocartilagem triangular.
- 5) Fratura avulsão da borda ulnar e volar da falange proximal do polegar.

5. Paciente do sexo feminino, 28 anos, teve ferimento corto contuso com faca na interfalângica do polegar, suturado no pronto-socorro. Manteve mobilidade normal do dedo por 03 semanas, quando, ao realizar esforço presenciou um estalido e perda da flexão da interfalângica do polegar. O diagnóstico, causa provável e tratamento são:

- 1) Ruptura do extensor longo do polegar, lesão completa pelo ferimento, tenorrafia.
- 2) Ruptura do abductor longo do polegar, não há relação com o trauma prévio, tenorrafia.
- 3) Síndrome do interósseo posterior, trauma por esforço, tratamento clínico com corticoide, órtese e reabilitação.
- 4) Lesão por tração do nervo radial, compressão muscular, Microneurolise do nervo radial no braço.
- 5) Ruptura do flexor longo do polegar, lesão parcial no trauma cortante e completa pelo esforço, provável necessidade de *pullout* ou reinserção com âncora devido à localização do corte.

6. Paciente do sexo masculino, 18 anos, vítima de trauma por bola há 01 dia. Dor no punho direito. Ao exame físico apresenta dor no tubérculo do escafoíde e tabaqueira anatômica. Radiografias do punho demonstram fratura do colo do escafoíde, com sinais de reabsorção e angulação dorsal do semilunar com ângulo escafolunar de 80 graus. Paciente se lembra de trauma antigo há cerca de 6 meses. Diante dessa pseudartrose do escafoíde, o melhor tratamento é:

- 1) Gesso axilopalmar por 3 semanas e antebráquio por mais 3 semanas, com bloqueio do polegar.
- 2) Fixação percutânea retrógrada do escafoíde.
- 3) Reconstrução do escafoíde pela técnica de Fisk-Fernandez.
- 4) Reconstrução do ligamento escafolunar e fixação com fios de Kirschner do escafoíde.
- 5) Reconstrução do escafoíde pela técnica de Matti-Russe.

7. Uma vez que a Síndrome da Dor Complexa Regional (SDCR) está presente em estágios iniciais em 40% dos pacientes no pós-operatório de cirurgia para fraturas da região distal do rádio é de suma importância diagnosticá-la e tratá-la. **NÃO** está correto afirmar sobre a SDCR:

- 1) O tratamento deve ser multidisciplinar com reabilitação intensiva, especialista em dor, analgesia efetiva, dentre outros.
- 2) Há alteração da coloração da pele, tato, sudorese, atrofia e alterações radiográficas que auxiliam o diagnóstico.
- 3) A alodinia é um sintoma comumente presente e significa dor causada por um estímulo supostamente não doloroso.
- 4) O tratamento cirúrgico deve ser indicado prontamente após o diagnóstico da SDCR tipo 1.
- 5) Alterações psicológicas, alterações inflamatórias e do sistema nervoso simpático são correlacionadas à SDCR.

8. Paciente do sexo masculino com fratura da região diafisária do úmero direito deu entrada no pronto socorro com perda da capacidade de extensão do punho e dos dedos. Apresentava sinal do Tinel presente na região posterior do braço com irradiação para o dorso da mão. Com esses dados, podemos afirmar que o tipo da lesão do paciente, segundo a Classificação de Sunderland não é:

- 1) I.
- 2) II.
- 3) III.
- 4) IV.
- 5) V.

9. As lesões por esforço repetitivo (LER) são objetos de estudo da ortopedia, da medicina do trabalho e de grande interesse para a indústria, comércio e para a previdência social. Das patologias abaixo, qual **NÃO** tem evidência científica de ser influenciada pelos movimentos repetitivos?

- 1) Tenossinovite de De Quervain.
- 2) Dedo em gatilho.
- 3) Epicondilite lateral.
- 4) Síndrome do túnel do carpo.
- 5) Síndrome do supinador.

10. Paciente do sexo feminino, 33 anos, ao separar 2 pães de queijo congelados, permitiu que a faca lhe fizesse uma lesão cortante na região proximal da falange média do dedo indicador da mão não dominante. Ao realizar a sutura de pele o cirurgião do pronto-socorro identificou lesão tendínea e chamou um especialista em cirurgia da mão. No centro cirúrgico, foi identificada uma lesão parcial de cerca de 60% do tendão flexor profundo do dedo indicador, a 1,2 cm da sua inserção. Quanto a essa lesão, está correto se afirmar:

- 1) Deve-se realizar um pullout do flexor profundo, uma vez que a lesão se encontra a menos de 1,5 cm da inserção.
- 2) Não há necessidade de reparar o tendão, já que a lesão é menor do que 70% da área transversa do tendão.
- 3) Deve-se observar se há engatilhamento do tendão devido à ruptura parcial e se realizar a sutura, tipo Pullvertaft, apenas se houver engatilhamento.
- 4) Por se tratar de lesão de 60% e a 1,2 cm da inserção, o tratamento mais correto é realizar a sutura do tendão e se fechar a bainha flexora para evitar aderência, engatilhamento ou ruptura completa.
- 5) Para lesões isoladas do tendão flexor profundo, o melhor tratamento é a tenodese ou artrodese da interfalângica dorsal.

11. A complicação do dedo em “lumbrical plus” após enxerto ou reparo tendíneo acontece quando:

- 1) O dedo operado atinge a palma da mão e os demais dedos não realizam flexão completa.
- 2) O dedo lesado realiza flexão quando o paciente o solicita em extensão.
- 3) Ocorre extensão paradoxal das interfalângicas quando o paciente solicita o dedo em flexão.
- 4) Acontece flexão incompleta do dedo operado e os demais mantêm função normal.
- 5) Há déficit da extensão completa, ativa e passiva, por excesso de tensão da sutura ou enxerto.

12. Indique qual a opção realiza a relação correta entre as colunas, segundo a classificação internacional de malformações congênitas dos membros superiores:

Tipo

I	A Hipercrecimento
II	B Falha de formação
III	C Síndrome das bandas de constrição congênitas
IV	D Hipocrescimento
V	E Duplicação
VI	F Anomalias esqueléticas
VII	G Falha de diferenciação

- 1) I B; II G; III E; IV D; V A; VI F; VII C.
- 2) I G; II B; III E; IV D; V A; VI F; VII C.
- 3) I G; II B; III E; IV A; V D; VI F; VII C.
- 4) I B; II G; III A; IV D; V E; VI C; VII F.
- 5) I B; II G; III E; IV A; V D; VI F; VII C.

13. Segundo a classificação de Blauth para hipoplasia do polegar, a diferença entre o tipo IIIA e B é:

- 1) A estabilidade da trapeziometacárpica
- 2) A estabilidade da metacarpofalângica
- 3) A estabilidade da interfalângica
- 4) O tipo IIIA é o polegar flutuante
- 5) O tipo IIIB é a ausência do polegar

14. Sobre a paralisia obstétrica do plexo braquial, qual dos abaixo não é sinal de mau prognóstico:

- 1) Paralisia de Klumpke
- 2) Tríade de Claude-Bernard-Horner
- 3) Escápula alada
- 4) Alterações vasculares da mão
- 5) Pseudomieleningocele

15. Em um paciente com lesão do nervo ulnar, o sinal de Duchene é:

- 1) Incapacidade de desvio radial e ulnar do dedo médio com a mão em superfície plana.
- 2) Extensão dos dedos com flexão do punho aumenta a deformidade em garra.
- 3) Atitude em hiperextensão da metacarpofalângica e flexão da interfalângica proximal dos dedos anelar e mínimo.
- 4) Incapacidade de aduzir o mínimo estendido contra o anelar.
- 5) Flexão da interfalângica do polegar na pinça lateral.

16. Para se realizar o tratamento cirúrgico da Moléstia de Dupuytren é necessário se conhecer a anatomia normal e as alterações causadas pela doença. Quanto à Moléstia de Dupuytren, pode-se afirmar:

- 1) Segundo Luck, o estágio onde se encontra um tecido de colágeno firme, sem miofibroblastos, formando cordas, é o involutivo.
- 2) A corda espiral é formada a partir da banda pré-tendinosa, da banda espiral, da banda digital lateral e do ligamento de Cleland.
- 3) O ligamento de Graysson é acometido e o de Cleland poupado na Moléstia de Dupuytren porque o primeiro é mais dorsal do que o segundo.
- 4) A contratura em hiperextensão da interfalângica distal é compensatória à flexão da proximal e não por contratura do ligamento de Landsmeer.
- 5) O acometimento da fásia plantar é denominado Doença de Peyronie e da fásia peniana de Ledderhose.

17. Qual a artéria que irriga o retalho anterolateral da coxa?

- 1) Ramo descendente da artéria circunflexa lateral (ramo da femoral profunda).
- 2) Ramo ascendente da artéria circunflexa medial (ramo da femoral superficial).
- 3) Artéria tóraco-dorsal.
- 4) Artéria circunflexa medial.
- 5) Primeiro ramo genicular da artéria popliteal.

18. Leia as três afirmações abaixo e responda a seguir:

- I. O nervo acessório é um bom nervo doador para neurotizações extraplexuais
- II. A cirurgia de Oberlin ocorre com a transferência de dois fascículos do nervo ulnar para o músculo-cutâneo e é uma transferência intraplexual.
- III. Uma alternativa para ganho de flexão do cotovelo nas lesões do plexo braquial é o retalho do músculo grácil funcional.

- 1) 1 e 2 estão corretas.
- 2) 1 e 3 estão corretas.
- 3) 2 e 3 estão corretas.
- 4) Nenhuma está correta.
- 5) Todas estão corretas.

19. Esse tumor é pouco frequente e quando presente se localiza especialmente nas interfalângicas distais e na interfalângica do polegar, quase exclusivamente nas suas faces dorsais. É aderente a pele e não apresenta cápsula. Normalmente indolor, pode estar associado à osteoartrose. Pode regredir espontaneamente, fistulizar e até infectar. Qual a lesão descrita acima:

- 1) Cisto sinovial.
- 2) Cisto mucoso.
- 3) Osteocondroma.
- 4) Encondroma.
- 5) Fibroxantoma.

20. Em relação à síndrome do túnel do carpo:

- I. Algumas doenças sistêmicas podem estar associadas, tais como: diabetes mellitus, alterações hormonais da gravidez e da menopausa, gota, amiloidose, mieloma múltiplo, artrite reumatóide.
- II. É mais frequente em mulheres entre a quarta e a sexta décadas, mas pode ser entrada em homens e em todas as faixas etárias.
- III. A eletroneuromiografia é o exame complementar considerado padrão ouro.
- IV. Na cirurgia aberta, a incisão na borda ulnar do túnel do carpo tem como objetivo evitar a lesão do ramo motor.

Quais estão corretas:

- 1) I e II.
- 2) II e IV.
- 3) I, II e III.
- 4) II, III e IV.
- 5) Todas estão corretas.

21. Sobre as alterações da mão reumatóide, está correto:

- 1) As alterações do punho e mão reumatóide começam pela síndrome da cabeça da ulna.
- 2) O desvio radial dos dedos ocorre pela tração exercida pelos lumbricais.
- 3) A artroplastia com prótese de Swanson é melhor indicada nas fases quando ainda não há luxação das metacarpofalângica.
- 4) Quando houver acometimento da metacarpofalângica e da interfalângica proximal, deve-se realizar artrodese da primeira e artroplastia da segunda.
- 5) A sinovectomia, volar ou dorsal do punho, é um procedimento secundário que deve aguardar a necessidade de se realizar algum outro procedimento primário para artrite reumatóide.

22. Paciente masculino, destro, administrador de empresas, praticante de escalada, veio ao consultório do cirurgião da mão reclamando que não consegue mais realizar flexão completa do dedo anelar direito e que quando tenta realizá-la sente que algo salta para voar na falange proximal. Pela história, deve-se tratar de:

- 1) Lesão do flexor superficial.
- 2) Lesão da tira central.
- 3) Lesão do lumbrical.
- 4) Lesão do flexor profundo.
- 5) Lesão da polia A2.

23. Sobre a fratura de Bennet, está correto:

- 1) Fratura articular completa, geralmente sem desvio, não necessita de tratamento cirúrgico.
- 2) Deve ser sempre operada, dado que o abductor curto e extensor longo do polegar promovem grande desvio.
- 3) Fratura comum na idade pediátrica deve-se ter atenção à redução da fise.
- 4) A manobra de redução inclui tração, extensão, pronação e compressão da base do metacarpo.
- 5) Redução aberta e fixação interna não são possíveis pelo diminuto fragmento preso ao ligamento oblíquo posterior.

24. A tungíase é uma dermatozoonose caracterizada por:

- 1) Lesões vesiculosas das palmas e plantas.
- 2) Pápula amarelada com ponto escuro central.
- 3) Nódulo ou pápula, superfície dura, hiperkeratótica.
- 4) Pápulas planas, levemente elevadas, da cor da pele, levemente amareladas.
- 5) Mácula eritematosa sobre a qual se instala uma pústula, que rompe e seca formando uma crosta.

25. Sobre a artrose da articulação carpometacárpica do polegar, está correto:

- 1) É a articulação mais acometida pela artrose nas mãos.
- 2) É mais comum em homens, com proporção de 3:1.
- 3) Pela suspensoplastia de Thompson, utiliza-se uma tira do abductor longo do polegar, mantendo-se sua inserção íntegra na reconstrução ligamentar.
- 4) Com a piora da deformidade acontece uma abdução fixa do primeiro metacarpo.
- 5) Pela classificação de Eaton e Littler, o tipo III apresenta grande diminuição do espaço entre o trapézio e primeiro metacarpo, com osteófito menor do que 2 mm.

26. Qual o patógeno mais comumente encontrado na artrite séptica do adulto jovem?

- 1) *Staphylococcus aureus*.
- 2) *Staphylococcus epidermidis*.
- 3) *Streptococcus do grupo B*.
- 4) *Haemophilus influenzae*.
- 5) *Neisseria gonorrhoeae*.

27. Qual o sarcoma secundário mais comumente induzido por radioterapia:

- 1) Doença de Paget.
- 2) Fibrossarcoma.
- 3) Osteossarcoma.
- 4) Histiocitoma fibroso maligno.
- 5) Condrossarcoma.

28. Paciente do sexo feminino, 74 anos de idade, com história de queda ao solo em casa e dor na região do quadril direito. À radiografia da Bacia apresentou fratura transtrocanteriana do fêmur, com fratura do trocanter menor e traço transverso no trocanter maior. Essa fratura é classificada por Tronzo como grau:

- 1) II.
- 2) III A.
- 3) III B.
- 4) IV.
- 5) V.

29. Para a mesma paciente do enunciado acima, com 74 anos, com a fratura transtrocanteriana descrita acima, o melhor tratamento seria:

- 1) Prótese total do quadril.
- 2) Prótese parcial do tipo Thompson.
- 3) Fixação com pinos de Garden.
- 4) Fixação *in situ* com parafusos canulados.
- 5) Haste intramedular céfalo-diafisária.

30. Paciente de 12 anos de idade, chega ao consultório com dor no quadril direito e claudicação há cerca de 3 semanas. Traz radiografia da bacia feita no pronto-socorro, que segundo o plantonista estava normal. O médico assistente do consultório encontra dor para mobilidade do quadril, Sinal de Drennan positivo. Na radiografia, encontra um ângulo de Southwick alterado em cerca de 45 graus no Lawenstein. Qual a provável doença que está acometendo o paciente?

- 1) Displasia do desenvolvimento do quadril de diagnóstico tardio.
- 2) Epifisiolise.
- 3) Doença de Legg-Calvé-Perthes.
- 4) Fratura da cabeça do fêmur.
- 5) Displasia epifisária Múltipla.

31. Na síndrome do estalido do quadril, a banda fascial tensa que produz o estalido no trocanter maior é:

- 1) O glúteo médio.
- 2) Adutor magno.
- 3) Borda posterior espessa do trato iliotibial.
- 4) Os rotadores externos curtos, principalmente o piriforme.
- 5) O reto femoral.

32. Sobre a osteonecrose da cabeça femoral, pode-se afirmar:

- 1) Abuso de álcool, osteodistrofia renal e diabetes mellitus são fatores de risco.
- 2) Desde o início da doença há alterações radiográficas inequívocas.
- 3) O sinal do crescente é patognomônico da doença.
- 4) Sarcoma de Ewing faz parte dos diagnósticos diferenciais.
- 5) No tipo 3 de Ficat e Arlet a captação na cintilografia está diminuída.

33. Sobre as pseudartroses está correto afirmar:

- 1) A pseudartrose oligotrófica é um tipo de pseudartrose avascular.
- 2) O uso abusivo de álcool está envolvido na ocorrência de pseudartrose, mas o de tabaco não tem comprovação científica.
- 3) A pseudartrose congênita da tíbia, em crianças tem evolução benigna e deve-se aguardar a consolidação em uso de aparelho gessado.
- 4) As pseudartroses hipertróficas são melhores tratadas com aumento da estabilidade.
- 5) O uso do fixador externo de Ilizarov deve ser evitado nas pseudartroses avasculares devido à piora da vascularização com diversos furos no osso.

34. Paciente do sexo masculino, 83 anos de idade, dá entrada no Pronto Socorro Central, vítima de queda ao solo em casa. Após avaliação é diagnosticado com trauma crânio encefálico leve e fratura fechada no colo do fêmur. Permanece internado com a fratura em tração cutânea, sem fixação cirúrgica. No terceiro dia, evolui com dispnéia súbita, taquicardia sinusal e dor pleurítica. Qual o diagnóstico dessa complicação?

- 1) Embolia pulmonar.
- 2) Embolia gordurosa.
- 3) Arritmia Cardíaca.
- 4) Acidente vascular encefálico.
- 5) Coagulação intravascular difusa.

35. Em pacientes com escoliose idiopática do adolescente, Risser 0 e 1, com curva de cerca de 18 graus, qual o melhor tratamento?

- 1) Cirúrgico com artrodese com material de terceira geração.
- 2) Observação com retorno a cada 3 meses para reavaliação. Em caso de aumento da curva de 5 graus em 6 meses, inicia-se o uso de colete.
- 3) Uso colete 23 horas por dia, em caso de piora de 10 graus em 01 ano, indicar tratamento cirúrgico.
- 4) Cirúrgico com amarrilho de Luke.
- 5) Cirúrgico pela técnica de Vepter.

36. Qual dos sinais abaixo representa indica choque neurogênico?

- 1) Hipotensão.
- 2) Bradicardia.
- 3) Extremidades frias.
- 4) Diminuição do volume urinário.
- 5) Diferença de pressão entre os membros superiores.

37. Qual o nome da técnica cirúrgica para o tratamento da osteomielite crônica baseada na limpeza seguida de enxertia óssea com a ferida aberta?

- 1) Papineau.
- 2) Willians.
- 3) McFarlane.
- 4) Fernandez.
- 5) Júpiter.

38. As lesões do tendão calcâneo são comuns no consultório e no pronto-socorro. As cirurgias para essa afecção são cada vez mais comuns. Para se entender a lesão é necessário conhecer a anatomia. Qual a maior fonte de irrigação do tendão e o ponto de irrigação menos abundante?

- 1) Ramo da tibial posterior, na êntese distal.
- 2) Ramo da fibular, transição miotendínea.
- 3) Ramo da tibial anterior, 8-10 cm da inserção distal.
- 4) Nutrido pela musculatura, 1-3 cm da inserção distal.
- 5) Mesotendão, 2-6 cm da inserção distal.

39. A consolidação viciosa das fraturas supracondilneas do fêmur acontece, geralmente, em:

- 1) Varo.
- 2) Valgo.
- 3) Antecurvato.
- 4) Retrocurvato.
- 5) Rotação medial.

40. Na fratura exposta, o *mangled extremity severity score* (M.E.S.S.) utiliza como parâmetro de avaliação:

- 1) Isquemia, idade, lesão do nervo tibial e energia do trauma.
- 2) Isquemia, idade, choque e energia do trauma.
- 3) Condições de partes moles, isquemia, energia do trauma e choque.
- 4) Idade, lesão do nervo tibial, choque e energia do trauma.
- 5) Escala de coma de Glasgow, idade, energia do trauma e perda de pele.

41. Paciente diabético vem ao pronto-socorro de ortopedia, encaminhado pela unidade de saúde, dado que sua úlcera plantar não fecha a cerca de 6 meses apesar de diversas tentativas de tratamento. Apresenta exposição tendínea na região da cabeça do terceiro metatarso, sem exposição óssea contudo. Segundo Brodsky o paciente apresenta uma úlcera grau:

- 1) 0.
- 2) I.
- 3) II.
- 4) III.
- 5) IV.

42. Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, chega ao consultório com dor de forte intensidade no ombro direito, após queda de bicicleta há cerca de 2 semanas. Passou pelo pronto-socorro, contudo não havia lesões osteo-articulares agudas. Mantém impotência funcional, apesar de melhor da dor. Ao exame, apresenta perda da elevação ativa completa do ombro, com elevação passiva normal e indolor. Jobe positivo para perda de força. Patte e Gerber negativo. Traz ressonância magnética com diagnóstico de A e o tratamento provável é B. Sendo que A e B são melhor representados por:

- 1) Bursite subacromial, infiltração com corticóide.
- 2) Síndrome do impacto, fisioterapia.
- 3) Fratura do tubérculo maior, tratamento cirúrgico, com redução aberta e fixação interna.
- 4) Tendinite calcárea, repouso, fisioterapia, analgesia.
- 5) Ruptura do manguito rotador, reparo artroscópico da lesão.

43. Paciente de 62 anos de idade, vem ao consultório com parestesia da mão bilateral sem melhora há cerca de 2 anos. Iniciou claudicação na mesma época, também com piora progressiva. Ao exame, apresenta Durkan, Phalen e Tinel negativos, contudo apresenta hiperreflexia do tríceps e sinal de Hoffman positivo. Ao exame dos membros inferiores, apresenta hiperreflexia patelar e sinal de Babinski presente. O quadro provável da paciente é:

- 1) Hérnia de disco lombar com ciatalgia.
- 2) Síndrome do túnel do carpo bilateral.
- 3) Polineuropatia diabética.
- 4) Hérnia de disco cervical, com mielopatia.
- 5) Ataxia de Friederich.

44. A Classificação AO de Muller utiliza quadrado de Heim para definir os segmentos diafisários e articulares. Os lados do quadrado de Heim têm o mesmo comprimento que:

- 1) A parte mais larga da epífise.
- 2) A parte mais larga da metáfise.
- 3) A parte mais larga da transição metaepifisária.
- 4) A parte mais curta da epífise.
- 5) A parte mais longa da epífise.

45. Qual dos seguintes testes **NÃO** é positivo frente a uma lesão do LCA com LCP íntegro:

- 1) Lachman.
- 2) Gaveta anterior em posição neutra.
- 3) Gaveta anterior em rotação externa.
- 4) Gaveta anterior em rotação interna.
- 5) *Pivot Shift*.

46. Qual o nervo mais frequentemente lesado na luxação glenoumeral?

- 1) Axilar.
- 2) Radial.
- 3) Supraescapular.
- 4) Mediano.
- 5) Musculocutâneo.

47. Na fratura o planalto tibial, a partir de qual grau de Shatzker existe dissociação metadiafisária?

- 1) II.
- 2) III.
- 3) IV.
- 4) V.
- 5) VI.

48. Com o aumento da participação feminina no esporte, ocorreu um aumento na queixa de dor patelofemoral nas mulheres. A descrição correta do grau II da condromalácia patelar é:

- 1) Amolecimento localizado com alteração da coloração da cartilagem.
- 2) Superfície irregular com área de fibrilação ou fissura.
- 3) Fibrilação definida com áreas de fissura até o osso subcondral.
- 4) Exposição e erosão do osso subcondral.
- 5) Microfraturas do osso subcondral.

49. Sobre a ruptura de tendão do bíceps, o local mais acometido e o local onde a ausência de reparo cirúrgico deixa maior seqüela são:

- 1) Cabeça longa e cabeça curta.
- 2) Cabeça curta e cabeça longa.
- 3) Distal e cabeça longa.
- 4) Distal e cabeça curta.
- 5) Cabeça longa e distal.

50. Sobre as fraturas de calcâneo tipo IV de sanders, está correto:

- 1) A radiografia simples é suficiente para visualizá-las.
- 2) O tratamento deve ser realizado com redução fechada e fixação percutânea.
- 3) Corresponde à fratura tipo língua.
- 4) Tem como fatores de risco após o tratamento com redução aberta e fixação interna: tabagismo, fraturas expostas, alto índice de massa corpórea e fechamento em apenas uma camada.
- 5) Não se deve realizar a artrodese primária.

CIRURGIA DA MÃO			
QUESTÃO	RESP	QUESTÃO	RESP
1	2	26	5
2	3	27	3
3	3	28	3
4	2	29	5
5	5	30	2
6	3	31	3
7	4	32	3
8	1	33	4
9	2	34	1
10	4	35	2
11	3	36	2
12	5	37	1
13	1	38	5
14	1	39	1
15	3	40	2
16	4	41	4
17	1	42	5
18	5	43	4
19	2	44	1
20	5	45	4
21	1	46	1
22	5	47	4
23	4	48	2
24	2	49	5
25	3	50	4