

TARO

2024

SBOT

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Especializando:

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2024.**

O objetivo é colaborar com o aprendizado.

Na próxima página há uma folha de respostas para ser preenchida.

São 120 questões de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta.

Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Guarde o caderno de testes para estudo.

Bom Teste!!!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Dr. André Luiz Passos Cardoso (GO) – Presidente

Dr. André Pedrinelli (SP) – Vice-presidente

Dr. Alfredo dos Santos Netto (SP) – Secretário-executivo

Dr. Chang Chia Po (AM) – Secretário-adjunto

Dr. Adriano Fernando Mendes Júnior (MG)

Dr. Carlos Alberto de Souza Araujo Neto (RJ)

Dr. Francisco Robson de Vasconcelos Alves (CE)

Dr. Márcio Schiefer de Sá Carvalho (RJ)

Dra. Cinthia Faraco Martinez Cebrian (SC)

Dr. Fábio Teruo Matsunaga (SP)

Dr. Mario Lenza (SP)

Dr. Rogerio Carneiro Bitar (SP)

Nome completo:

Assinatura:

Data:

Instruções:

- Informe nome, data e assine a prova.
- Preencha as respostas conforme modelo: ● ○ ○ ○ ○
- Assinale apenas uma alternativa para cada questão. Mais de uma anulará a resposta.
- Não é permitido substituir a folha de respostas.
- Não deixe a questão em branco.
- Utilize caneta esferográfica azul ou preta.

NÃO AMASSE, NÃO DOBRE E NÃO RASURE ESTA FOLHA.

	A	B	C	D
1 -	☐	☐	☐	☐
2 -	☐	☐	☐	☐
3 -	☐	☐	☐	☐
4 -	☐	☐	☐	☐
5 -	☐	☐	☐	☐
6 -	☐	☐	☐	☐
7 -	☐	☐	☐	☐
8 -	☐	☐	☐	☐
9 -	☐	☐	☐	☐
10 -	☐	☐	☐	☐
11 -	☐	☐	☐	☐
12 -	☐	☐	☐	☐
13 -	☐	☐	☐	☐
14 -	☐	☐	☐	☐
15 -	☐	☐	☐	☐
16 -	☐	☐	☐	☐
17 -	☐	☐	☐	☐
18 -	☐	☐	☐	☐
19 -	☐	☐	☐	☐
20 -	☐	☐	☐	☐
21 -	☐	☐	☐	☐
22 -	☐	☐	☐	☐
23 -	☐	☐	☐	☐
24 -	☐	☐	☐	☐
25 -	☐	☐	☐	☐
26 -	☐	☐	☐	☐
27 -	☐	☐	☐	☐
28 -	☐	☐	☐	☐
29 -	☐	☐	☐	☐
30 -	☐	☐	☐	☐

	A	B	C	D
31 -	☐	☐	☐	☐
32 -	☐	☐	☐	☐
33 -	☐	☐	☐	☐
34 -	☐	☐	☐	☐
35 -	☐	☐	☐	☐
36 -	☐	☐	☐	☐
37 -	☐	☐	☐	☐
38 -	☐	☐	☐	☐
39 -	☐	☐	☐	☐
40 -	☐	☐	☐	☐
41 -	☐	☐	☐	☐
42 -	☐	☐	☐	☐
43 -	☐	☐	☐	☐
44 -	☐	☐	☐	☐
45 -	☐	☐	☐	☐
46 -	☐	☐	☐	☐
47 -	☐	☐	☐	☐
48 -	☐	☐	☐	☐
49 -	☐	☐	☐	☐
50 -	☐	☐	☐	☐
51 -	☐	☐	☐	☐
52 -	☐	☐	☐	☐
53 -	☐	☐	☐	☐
54 -	☐	☐	☐	☐
55 -	☐	☐	☐	☐
56 -	☐	☐	☐	☐
57 -	☐	☐	☐	☐
58 -	☐	☐	☐	☐
59 -	☐	☐	☐	☐
60 -	☐	☐	☐	☐

	A	B	C	D
61 -	☐	☐	☐	☐
62 -	☐	☐	☐	☐
63 -	☐	☐	☐	☐
64 -	☐	☐	☐	☐
65 -	☐	☐	☐	☐
66 -	☐	☐	☐	☐
67 -	☐	☐	☐	☐
68 -	☐	☐	☐	☐
69 -	☐	☐	☐	☐
70 -	☐	☐	☐	☐
71 -	☐	☐	☐	☐
72 -	☐	☐	☐	☐
73 -	☐	☐	☐	☐
74 -	☐	☐	☐	☐
75 -	☐	☐	☐	☐
76 -	☐	☐	☐	☐
77 -	☐	☐	☐	☐
78 -	☐	☐	☐	☐
79 -	☐	☐	☐	☐
80 -	☐	☐	☐	☐
81 -	☐	☐	☐	☐
82 -	☐	☐	☐	☐
83 -	☐	☐	☐	☐
84 -	☐	☐	☐	☐
85 -	☐	☐	☐	☐
86 -	☐	☐	☐	☐
87 -	☐	☐	☐	☐
88 -	☐	☐	☐	☐
89 -	☐	☐	☐	☐
90 -	☐	☐	☐	☐

	A	B	C	D
91 -	☐	☐	☐	☐
92 -	☐	☐	☐	☐
93 -	☐	☐	☐	☐
94 -	☐	☐	☐	☐
95 -	☐	☐	☐	☐
96 -	☐	☐	☐	☐
97 -	☐	☐	☐	☐
98 -	☐	☐	☐	☐
99 -	☐	☐	☐	☐
100 -	☐	☐	☐	☐
101 -	☐	☐	☐	☐
102 -	☐	☐	☐	☐
103 -	☐	☐	☐	☐
104 -	☐	☐	☐	☐
105 -	☐	☐	☐	☐
106 -	☐	☐	☐	☐
107 -	☐	☐	☐	☐
108 -	☐	☐	☐	☐
109 -	☐	☐	☐	☐
110 -	☐	☐	☐	☐
111 -	☐	☐	☐	☐
112 -	☐	☐	☐	☐
113 -	☐	☐	☐	☐
114 -	☐	☐	☐	☐
115 -	☐	☐	☐	☐
116 -	☐	☐	☐	☐
117 -	☐	☐	☐	☐
118 -	☐	☐	☐	☐
119 -	☐	☐	☐	☐
120 -	☐	☐	☐	☐

1. Na artrite séptica em pacientes idosos, a taxa de mortalidade é mais elevada quando acomete o
 - A) ombro e cotovelo.
 - B) punho e mão.
 - C) quadril.
 - D) joelho.

2. A condromatose sinovial acomete mais frequentemente
 - A) mulheres, no punho e mão.
 - B) mulheres, no quadril e joelho.
 - C) homens, no punho e mão.
 - D) homens, no quadril e joelho.

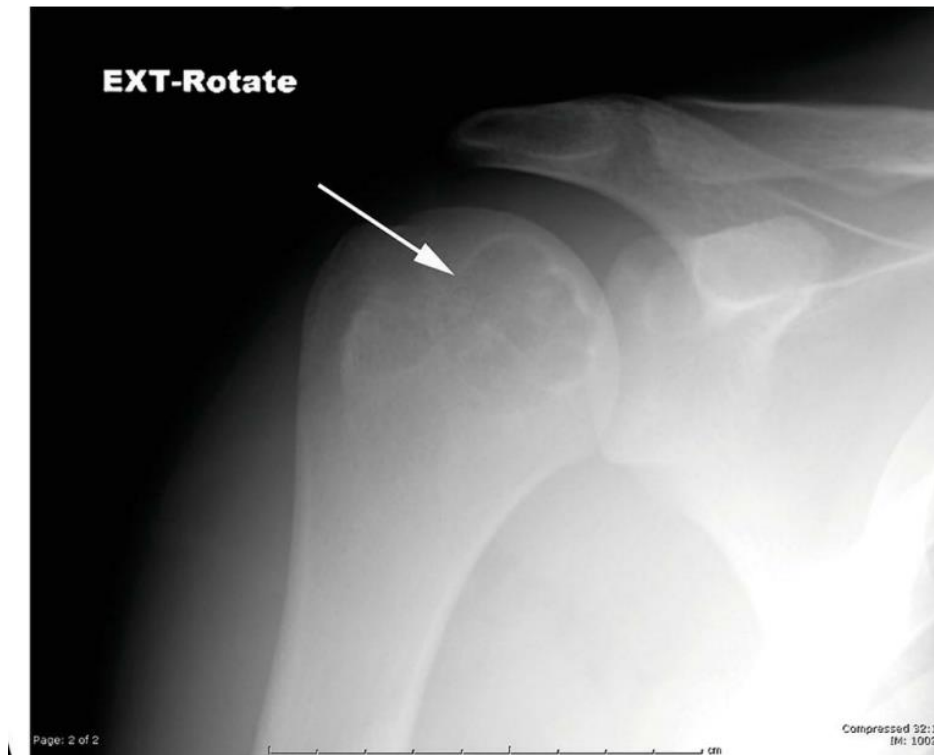
3. Na patogênese das metástases ósseas, o único sítio primário que pode disseminar para o esqueleto sem passar pelo sistema cava ou portal é
 - A) o rim.
 - B) a mama.
 - C) o pulmão.
 - D) a tireoide.

4. De acordo com a escala de MIRELS para tratamento de fratura iminente em ossos longos patológicos, a presença de lesão tumoral blástica recebe
 - A) 0 ponto.
 - B) 1 ponto.
 - C) 2 pontos.
 - D) 3 pontos.

5. Em pacientes com tuberculose óssea, o envolvimento pulmonar acontece em aproximadamente
- A) 10% dos casos.
 - B) 30% dos casos.
 - C) 50% dos casos.
 - D) 70% dos casos.
6. Na fratura do planalto tibial, KFURI e SCHATZKER propuseram dois pontos de referência anatômicos que dividissem o planalto em duas zonas, anterior e posterior, que são
- A) o limite anterior da cabeça da fíbula e o limite anterior da inserção do ligamento colateral medial.
 - B) o limite anterior da cabeça da fíbula e o limite posterior da inserção do ligamento colateral medial.
 - C) o limite posterior da cabeça da fíbula e o limite anterior da inserção do ligamento colateral medial.
 - D) o limite posterior da cabeça da fíbula e o limite posterior da inserção do ligamento colateral medial.
7. A técnica de amputação do membro inferior que envolve transecção da tíbia e da fíbula aproximadamente 1,3 cm proximal à articulação do tornozelo com excisão do maléolo lateral e medial é a descrita por
- A) BOYD.
 - B) SYME.
 - C) WAGNER.
 - D) SARMIENTO.
8. Nas lesões traumáticas do tendão patelar em atletas de alto rendimento, a lesão associada do ligamento cruzado anterior acontece em até
- A) 2,5% dos casos.
 - B) 12,5% dos casos.
 - C) 25% dos casos.
 - D) 40% dos casos.

9. O risco de lesão do ligamento cruzado anterior do joelho é maior em pacientes com espaço intercondilar
- A) largo e com inclinação sagital tibial posterior diminuída.
 - B) largo e com inclinação sagital tibial posterior aumentada.
 - C) estreito e com inclinação sagital tibial posterior diminuída.
 - D) estreito e com inclinação sagital tibial posterior aumentada.
10. Na avaliação clínica do joelho, o sinal de BASSET indica
- A) presença de cisto meniscal.
 - B) síndrome dolorosa patelofemoral.
 - C) lesão aguda do ligamento colateral tibial.
 - D) lesão aguda do ligamento patelofemoral medial.
11. Na estabilidade do joelho, o tendão do poplíteo tem maior importância na restrição
- A) do varo.
 - B) do valgo.
 - C) da rotação tibial interna.
 - D) da rotação tibial externa.
12. A plica sinovial do joelho que mais frequentemente apresenta sintomatologia clínica é a
- A) infrapatelar.
 - B) suprapatelar.
 - C) patelar lateral.
 - D) patelar medial.

13. Paciente masculino, 15 anos, com dor no ombro. Imagem de radiografia a seguir. A principal hipótese diagnóstica é



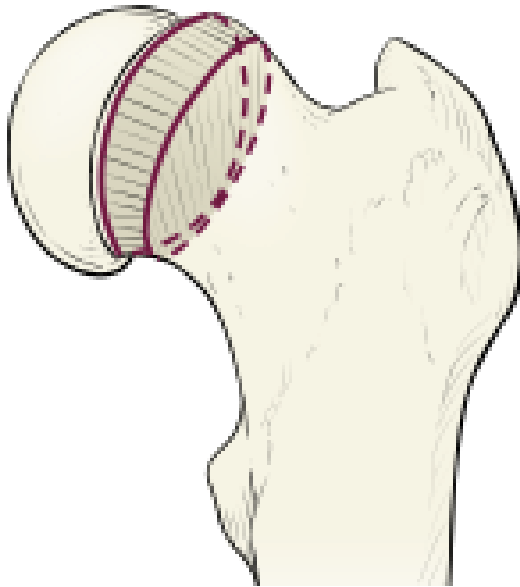
Fonte: WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. **Lovell and Winter's pediatric orthopaedics**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

- A) osteossarcoma.
- B) condroblastoma.
- C) osteoma osteoide.
- D) tumor de células gigantes.

14. Na displasia do desenvolvimento do quadril, a redução incruenta do quadril é considerada instável quando o quadril permanece reduzido apenas em

- A) adução ampla e /ou na rotação interna maior que 15 graus.
- B) adução ampla e /ou na rotação externa maior que 15 graus.
- C) abdução ampla e /ou na rotação interna maior que 15 graus.
- D) abdução ampla e /ou na rotação externa maior que 15 graus.

15. No tratamento da deformidade causada pela epifisiólise femoral proximal, a osteotomia de localização subcapital demonstrada na imagem a seguir é a de



Fonte: HERRING, J. A. **Tachdjian's pediatric orthopaedics**. 6.ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

- A) DUNN.
- B) KRAMER.
- C) IMHAUSER.
- D) SOUTHWICK.

16. No tratamento cirúrgico do paciente com mielomeningocele, o protocolo de profilaxia ao látex deve ser realizado

- A) em qualquer procedimento.
- B) em procedimentos urológicos e ortopédicos.
- C) em procedimentos com mais de duas horas de duração.
- D) se este apresentar história de hipersensibilidade ao látex.

17. No pé da criança, o último osso do tarso a se ossificar é o

- A) cuboide.
- B) navicular.
- C) primeiro cuneiforme.
- D) terceiro cuneiforme.

18. Na criança com doença de BLOUNT, o estágio de LANGENSKIÖLD representado na imagem a seguir é o



Fonte: WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. **Lovell and Winter's pediatric orthopaedics**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.

- A) III.
- B) IV.
- C) V.
- D) VI.

19. Na artrite séptica do joelho, a punção articular para auxílio no diagnóstico deve ser realizada

- A) lateralmente e ao nível do polo inferior da patela.
- B) medialmente e ao nível do polo inferior da patela.
- C) lateralmente e ao nível do polo superior da patela.
- D) medialmente e ao nível do polo superior da patela.

20. No menisco discoide, a lesão mais frequente é a do tipo

- A) radial.
- B) oblíqua.
- C) longitudinal.
- D) clivagem horizontal.

21. Na classificação de DIMEGLIO para o pé torto congênito, a presença de prega medial recebe

- A) 1 ponto.
- B) 2 pontos.
- C) 3 pontos.
- D) 4 pontos.

22. Na estabilidade da patela, o músculo vasto medial oblíquo e o ligamento patelofemoral medial atuam predominantemente com o joelho

- A) entre 0 e 20° de flexão.
- B) entre 30° e 50° de flexão.
- C) entre 70° e 90° de flexão.
- D) acima de 90° de flexão.

23. Na osteotomia da tíbia em cunha de fechamento, a área de segurança para realização de ostectomia da fíbula, com menor risco de lesão do nervo fibular, fica localizada entre

- A) 0 a 39 mm a partir da margem proximal do osso.
- B) 40 a 68 mm a partir da margem proximal do osso.
- C) 69 a 109 mm a partir da margem proximal do osso.
- D) 110 a 153 mm a partir da margem proximal do osso.

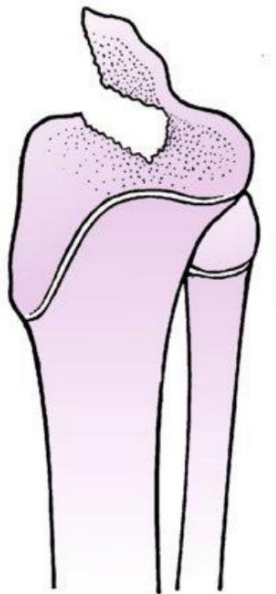
24. Na avaliação de trauma na patela, mediante a suspeita de patela bipartida, para realizar o diagnóstico diferencial é útil

- A) examinar a integridade do mecanismo extensor.
- B) solicitar radiografia contralateral, pois o achado é tipicamente bilateral e mais comumente localizado na região superolateral.
- C) solicitar radiografia contralateral, pois o achado é tipicamente bilateral e mais comumente localizado na região superomedial.
- D) solicitar tomografia computadorizada, pois o achado é tipicamente unilateral.

25. No tratamento cirúrgico da instabilidade lateral crônica do tornozelo, a técnica de CHRISMAN-SNOOK utiliza como reforço o

- A) tendão fibular curto.
- B) tendão fibular longo.
- C) tendão semitendíneo.
- D) tecido ligamentar e retinacular remanescente.

26. De acordo com a classificação de MEYERS E MCKEEVER para fraturas da espinha tibial em crianças, a figura a seguir representa o tipo



Fonte: WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. **Rockwood and Wilkins' Fractures in Children**. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.

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

27. Na artroscopia do tornozelo, o portal anteromedial deve ser confeccionado antes do portal anterolateral

- A) devido à facilidade técnica.
- B) para evitar a sinovite lateral.
- C) porque há menos estruturas em risco.
- D) para melhor visualização da articulação tibiotalar.

28. O teste de PILLINGS, ou teste de compressão lateral da perna, avalia

- A) o ligamento deltoide.
- B) o ligamento fibulocalcaneano.
- C) o ligamento fibulotalar anterior.
- D) a sindesmose tibiofibular distal.

29. No trauma raquimedular, a síndrome incompleta mais comum é a

- A) medular central.
- B) medular anterior.
- C) do cone medular.
- D) medular posterior.

30. Na escoliose idiopática do adolescente de ápice torácico, a convexidade da curva ocorre mais frequentemente no lado

- A) direito, com a cifose torácica diminuída.
- B) direito, com a cifose torácica acentuada.
- C) esquerdo, com a cifose torácica diminuída.
- D) esquerdo, com a cifose torácica acentuada.

31. Em crianças com SCIWORA por trauma de baixa energia em região cervical, na maioria dos casos

- A) há indicação de imobilização.
- B) há indicação de descompressão cirúrgica.
- C) há indicação de descompressão e artrodese.
- D) não há necessidade de imobilização e cirurgia.

32. Nas lesões occipitocervicais, para não haver sinal de instabilidade pela mensuração de HARRIS, a soma dos espaços básion/atlas e básion/odontoide tem de estar abaixo de
- A) 12 mm.
 - B) 14 mm.
 - C) 16 mm.
 - D) 18 mm.
33. A osteomielite da coluna, em relação a todos os casos de infecção óssea, corresponde a
- A) 3 a 5% dos casos.
 - B) 6 a 8% dos casos.
 - C) 10 a 12% dos casos.
 - D) 13 a 15% dos casos.
34. A pseudoartrose congênita da clavícula ocorre mais comumente em pacientes do sexo
- A) feminino, no lado direito.
 - B) masculino, no lado direito.
 - C) feminino, no lado esquerdo.
 - D) masculino, no lado esquerdo.
35. Na luxação congênita da cabeça do rádio, o desvio mais comum é para
- A) anterior, e a cabeça do rádio geralmente é de tamanho normal.
 - B) anterior, e a cabeça do rádio geralmente é de tamanho menor que o normal.
 - C) posterior, e a cabeça do rádio geralmente é de tamanho normal.
 - D) posterior, e a cabeça do rádio geralmente é de tamanho menor que o normal.
36. Na fratura do côndilo lateral da criança, de acordo com a classificação de SONG, o estágio que tem risco indeterminado de desvio é o
- A) 1.
 - B) 2.
 - C) 3.
 - D) 4.

37. Na instabilidade anterior do ombro, o principal fator para recorrência das luxações é a
- A) idade.
 - B) hiperfrouxidão ligamentar.
 - C) participação em esportes de colisão.
 - D) participação em esportes de arremesso.
38. No tratamento cirúrgico das luxações do cotovelo, o *drop sign* no pós-operatório imediato requer
- A) observação.
 - B) o reparo do ligamento colateral medial.
 - C) a reconstrução do ligamento colateral lateral ulnar.
 - D) a reconstrução do ligamento colateral lateral radial.
39. Na rigidez do cotovelo decorrente de queimadura, a localização mais comum de ossificação heterotópica é a região
- A) anterolateral.
 - B) anteromedial.
 - C) posterolateral.
 - D) posteromedial.
40. Na semiologia do cotovelo, o teste de GARDNER, ou teste da cadeira, é realizado com o cotovelo e o punho, respectivamente, em
- A) flexão e flexão.
 - B) flexão e extensão.
 - C) extensão e flexão.
 - D) extensão e extensão.
41. Na tendinopatia calcária do ombro, a porcentagem de bilateralidade concomitante é de
- A) 10%.
 - B) 30%.
 - C) 50%.
 - D) 70%.

42. Em um paciente portador de doença reumática que irá ser submetido a uma artroplastia eletiva de quadril ou joelho, o medicamento que deverá ser suspenso antes da cirurgia é

- A) a leflunomida.
- B) o metotrexato.
- C) a adalimumabe.
- D) a hidroxicloroquina.

43. Nas lesões do sistema musculoesquelético por projétil de arma de fogo, a indicação de retirada do projétil, pelo risco de intoxicação por chumbo, ocorre quando este está localizado

- A) intra-articular.
- B) intramuscular.
- C) intraósseo na diáfise de ossos longos.
- D) intraósseo na metáfise de ossos longos.

44. Na Síndrome Complexa de Dor Regional, a alodínea se caracteriza por

- A) aumento da sensibilidade à estimulação.
- B) dor exagerada a um estímulo habitualmente doloroso.
- C) dor devido a um estímulo que normalmente não provoca dor.
- D) reação exagerada aos estímulos algícos intensos ou repetitivos aplicados em regiões hipoestésicas.

45. Nas infecções pós-operatórias com material de osteossíntese, as alterações de osteólise são visíveis usualmente

- A) entre 2 e 7 dias de pós-operatório e com 30 a 50% de perda óssea.
- B) entre 2 e 7 dias de pós-operatório e com 55 a 70% de perda óssea.
- C) entre 10 e 21 dias de pós-operatório e com 30 a 50% de perda óssea.
- D) entre 10 e 21 dias de pós-operatório e com 55 a 70% de perda óssea.

46. Paciente de 29 anos, sexo feminino, com hérnia foraminal C4-C5 com estenose foraminal associada e sem compressão central. Os sintomas e/ou achados de exame físico que podemos encontrar são

- A) dificuldade de marcha e sinal de HOFFMAN positivo.
- B) parestesia em dedo médio e fraqueza do tríceps.
- C) parestesias em ombro e alteração de reflexo tricipital.
- D) fraqueza muscular do deltoide e alteração de reflexo bicipital.

47. No tratamento da osteoporose, o medicamento que aumenta a formação de massa óssea, e o seu tempo máximo de uso recomendado é

- A) a teriparatida, 12 meses.
- B) a teriparatida, 24 meses.
- C) ácido zoledrônico, 36 meses.
- D) ácido zoledrônico, 60 meses.

48. Nas fraturas de sacro, conforme a classificação de DENIS, as fraturas e as lesões neurológicas, respectivamente, ocorrem mais frequentemente nas zonas

- A) I e II.
- B) I e III.
- C) II e III.
- D) ambas na zona II.

49. A causa mais comum de escoliose dolorosa em adolescentes é

- A) espondilodiscite.
- B) neurofibromatose.
- C) osteoma osteoide.
- D) dismetria de membros inferiores.

50. No tratamento da coxa vara do desenvolvimento, a osteotomia valgizante de BORDEN é realizada na região

- A) subcapital.
- B) basocervical.
- C) mediocervical.
- D) intertrocantérica.

51. No tratamento do pé equinovaro em pacientes com paralisia cerebral, o alongamento do tendão tibial posterior associado com a transferência do hemitendão tibial anterior é o procedimento de

- A) HOFFER.
- B) RANCHO.
- C) TURCO.
- D) GREEN.

52. Em pacientes com doença de OLLIER, condrossarcoma secundário é mais comum na

- A) coluna e fêmur proximal.
- B) coluna e cintura escapular.
- C) pelve e fêmur proximal.
- D) pelve e cintura escapular.

53. A displasia osteofibrosa (doença de CAMPANACCI) é diagnóstico diferencial de

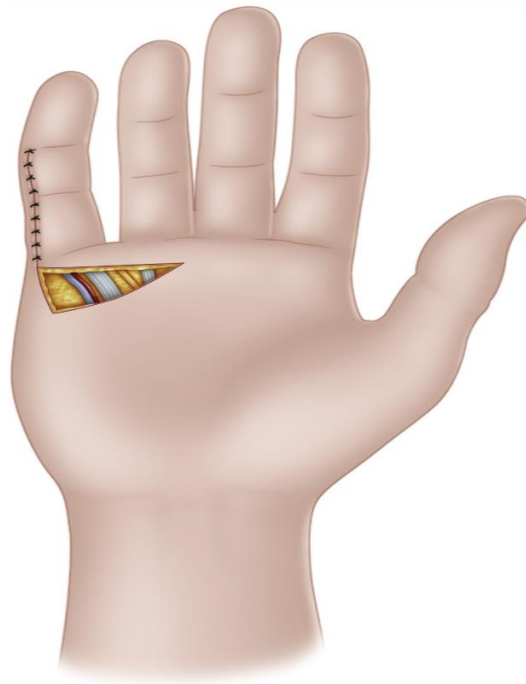
- A) adamantinoma.
- B) osteossarcoma.
- C) sarcoma de EWING.
- D) tumor de células gigantes.

54. Na luxação traumática do quadril em crianças, o desvio mais comum é

- A) anterior, sendo que em crianças menores de 5 anos, está associada a traumas de alta energia.
- B) anterior, sendo que em crianças menores de 5 anos, está associada a traumas de baixa energia.
- C) posterior, sendo que em crianças menores de 5 anos, está associada a traumas de alta energia.
- D) posterior, sendo que em crianças menores de 5 anos, está associada a traumas de baixa energia.

55. Nas fraturas fisárias, as linhas de PARK e HARRIS são sinais radiográficos de
- A) presença de barra óssea precoce na fise.
 - B) bom prognóstico com ausência de distúrbio do crescimento.
 - C) estímulo de hipercrecimento anormal da fise, por hiperemia local.
 - D) distúrbio de crescimento da fise, e resultam de retardo temporário do ritmo de crescimento normal.
56. Nas fraturas de MONTEGGIA do tipo II de BADO em crianças, após a redução incruenta devemos manter o cotovelo imobilizado em
- A) extensão.
 - B) flexão de 45 graus.
 - C) flexão de 90 graus.
 - D) flexão de 110 graus.
57. A osteocondrose de FREIBERG acomete com maior frequência a cabeça do
- A) primeiro metatarso.
 - B) segundo metatarso.
 - C) terceiro metatarso.
 - D) quarto metatarso.
58. Nas ponderações mais utilizadas de ressonância magnética, a água tem
- A) alto sinal em T1, e alto sinal em T2.
 - B) alto sinal em T1, e baixo sinal em T2.
 - C) baixo sinal em T1, e alto sinal em T2.
 - D) baixo sinal em T1, e baixo sinal em T2.

59. A técnica cirúrgica de retalho para o tratamento da contratura de DUPUYTREN demonstrada a seguir foi descrita por



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics** 14. ed. Philadelphia Elsevier, 2021.

- A) SCOOG.
- B) McCASH.
- C) HUESTON.
- D) JACOBSEN.

60. Na síndrome do canal de GUYON, a atitude em garra da mão é descrita como sinal de

- A) DUCHENE.
- B) BENEDICT.
- C) PITRES-TESTUT.
- D) ANDRE-THOMAS.

61. A estrutura anatômica que comumente está interposta e impede a redução da luxação dorsal da articulação metacarpofalangeana do polegar é
- A) a placa volar.
 - B) a cápsula articular.
 - C) o tendão flexor do polegar.
 - D) o tendão extensor do polegar.
62. A pseudartrose do escafoide associada à necrose do polo proximal, segundo à classificação de HERBERT, é descrita como tipo
- A) D3.
 - B) D4.
 - C) D5.
 - D) D6.
63. Segundo a classificação artroscópica de PALMER para as lesões traumáticas da fibrocartilagem, a fratura marginal da fossa sigmoidea é descrita como classe
- A) IA.
 - B) IB.
 - C) IC.
 - D) ID.
64. Na compressão do nervo ulnar ao nível do cotovelo, tratada cirurgicamente com descompressão isolada, a necessidade de cirurgia de revisão é maior em pacientes
- A) com mais de 50 anos de idade e operados com sintomas leves.
 - B) com mais de 50 anos de idade e operados com sintomas graves.
 - C) com menos de 50 anos de idade e operados com sintomas leves.
 - D) com menos de 50 anos de idade e operados com sintomas graves.

65. Em crianças menores de 12 anos, o sobrecrecimento ósseo é mais comum após amputação diafisária

- A) da tíbia.
- B) do rádio.
- C) do fêmur.
- D) do úmero.

66. Na artroplastia total anatômica do ombro, a fim de evitar soltura e desgaste precoce do componente glenoidal, seu raio de curvatura deve ser

- A) igual ao do componente cefálico da prótese.
- B) maior que o do componente cefálico da prótese.
- C) menor que o do componente cefálico da prótese.
- D) menor ou igual que o do componente cefálico da prótese.

67. No tratamento conservador da fratura da clavícula, é fator de risco para a ocorrência de pseudoartrose

- A) sexo masculino.
- B) trauma de alta energia.
- C) encurtamento maior que 1,5 cm.
- D) contato entre os fragmentos menor que 50%.

68. Na fratura do colo da escápula observada no ombro flutuante, o fragmento glenoidal sofre desvio

- A) distal e em varo.
- B) distal e em valgo.
- C) proximal e em varo.
- D) proximal e em valgo.

69. Na fratura dos ossos do antebraço, a síndrome compartimental
- A) ocorre em 10% dos casos.
 - B) é mais comum no sexo feminino.
 - C) exige descompressão de todos os compartimentos do antebraço.
 - D) exige descompressão tanto do túnel do carpo como do *lacertus fibrosus*.
70. Na tríade terrível do cotovelo, a lesão do ligamento colateral lateral ocorre mais frequentemente
- A) em sua inserção distal.
 - B) intrassubstancialmente.
 - C) em sua inserção proximal.
 - D) em ambas as inserções, proximal e distal.
71. Na fratura do colo radial da criança associada à redução espontânea de luxação traumática do cotovelo, a epífise proximal do rádio desloca-se mais frequentemente em direção
- A) lateral.
 - B) medial.
 - C) anterior.
 - D) posterior.
72. A ruptura do tendão tibial anterior ao nível do retináculo extensor inferior é mais comum em indivíduos
- A) acima de 45 anos de idade, com trauma indireto.
 - B) abaixo de 45 anos de idade, com trauma indireto.
 - C) acima de 45 anos de idade, de forma espontânea.
 - D) abaixo de 45 anos de idade, de forma espontânea.

73. Na artrose de quadril, a categorização radiográfica de DORR, o formato femoral *stovepipe* ("chaminé") e *champagne flute* ("taça de champanhe") correspondem, respectivamente aos tipos

- A) C e A.
- B) C e B.
- C) A e C.
- D) A e B.

74. Na fratura do quadril do idoso, o risco de segunda fratura em dois anos após a primeira é cerca de

- A) 10% nos homens, e em mais de 70% dos casos é do mesmo tipo de fratura da primeira.
- B) 10% nos homens, e em menos de 50% dos casos é do mesmo tipo de fratura da primeira.
- C) 5% nos homens, e em mais de 70% dos casos é do mesmo tipo de fratura da primeira.
- D) 5% nos homens, e em menos de 50% dos casos é do mesmo tipo de fratura da primeira.

75. O padrão mais comum de lesão proximal do fêmur associado à fratura da diáfise é a fratura

- A) subcapital.
- B) transcervical.
- C) basocervical sem desvio.
- D) basocervical com desvio.

76. Na propedêutica do quadril e com base na figura abaixo, o teste realizado e a estrutura avaliada são respectivamente



Fonte: BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. **Exame físico em ortopedia**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.

- A) OBER, trato iliotibial.
- B) OBER, músculo glúteo médio.
- C) PHELPS, trato iliotibial.
- D) PHELPS, músculo glúteo médio.

77. Na artroscopia do quadril, a confecção do portal anterior transpassa os músculos

- A) sartório e reto femoral.
- B) sartório e piriforme
- C) glúteo médio e mínimo.
- D) glúteo médio e reto femoral.

78. Na biomecânica do quadril normal, a força realizada pelos abdutores deve ser aproximadamente

- A) 1,5 vez o peso corporal e a carga sobre a cabeça femoral na elevação da perna estendida é similar à carga na fase de apoio da marcha.
- B) 2,5 vezes o peso corporal e a carga sobre a cabeça femoral na elevação da perna estendida é similar à carga na fase de apoio da marcha.
- C) 1,5 vez o peso corporal e a carga sobre a cabeça femoral na elevação da perna estendida é aproximadamente 50% da carga na fase de apoio da marcha.
- D) 2,5 vezes o peso corporal e a carga sobre a cabeça femoral na elevação da perna estendida é aproximadamente 50% da carga na fase de apoio da marcha.

79. Nas fraturas do acetábulo, a transversa corresponde a

- A) 5 a 19% dos casos, sendo do tipo elementar de LETOURNEL.
- B) 5 a 19% dos casos, sendo do tipo associada de LETOURNEL.
- C) 23 a 35% dos casos, sendo do tipo elementar de LETOURNEL.
- D) 23 a 35% dos casos, sendo do tipo associada de LETOURNEL.

80. A complicação mais temida relacionada à confecção inicial de bota gessada e tração excessiva durante a confecção da spica gessada para fratura de fêmur diafisária na criança é

- A) o desvio angular em valgo.
- B) a síndrome compartimental.
- C) o alongamento maior que 3 cm.
- D) o ferimento por compressão no maléolo lateral.

81. A fratura periprotética de quadril tipo B2 de VANCOUVER corresponde à fratura

- A) ao nível da haste femoral, com prótese estável e bom estoque ósseo.
- B) ao nível da haste femoral, com prótese instável e bom estoque ósseo.
- C) abaixo do nível da haste femoral, com prótese estável e bom estoque ósseo.
- D) ao nível da haste femoral, com prótese estável e estoque ósseo comprometido.

82. A fratura da tuberosidade da tíbia é mais frequentemente descrita em
- A) meninos, de 9 a 12 anos.
 - B) meninas, de 9 a 12 anos.
 - C) meninos, de 13 a 16 anos.
 - D) meninas, de 13 a 16 anos.
83. A fratura do tornozelo infantil tipo TILLAUX é classificada por SALTER-HARRIS como tipo
- A) II, e localização anterolateral.
 - B) III, e localização anterolateral.
 - C) III, e localização anteromedial.
 - D) IV, e localização anteromedial.
84. A incidência *serendipity*, para investigação de fratura luxação esternoclavicular, é realizada com inclinação
- A) craniocaudal, lateral ao esterno.
 - B) caudocranial, lateral ao esterno.
 - C) craniocaudal, centrada no esterno.
 - D) caudocranial, centrada no esterno.
85. No tratamento cirúrgico da fratura da diáfise do úmero, a técnica de EGLSEDER consiste no emprego auxiliar de
- A) pinos de Shanz.
 - B) placa de minimicro.
 - C) suturas não absorvíveis.
 - D) placa de reconstrução 3,5 mm.

86. Na propedêutica da lesão distal do bíceps, o teste do gancho, tem posição do cotovelo e direção de palpação, respectivamente
- A) flexão e supinação ativas, lateral para medial.
 - B) flexão e supinação ativas, medial para lateral.
 - C) flexão e supinação passivas, lateral para medial.
 - D) flexão e supinação passivas, medial para lateral.
87. Na osteossíntese intramedular para fratura proximal da tíbia, a angulação e o desvio mais comuns no fragmento proximal são, respectivamente
- A) varo e anterior.
 - B) varo e posterior.
 - C) valgo e anterior.
 - D) valgo e posterior.
88. O escore de determinação de risco de não união (*NURD*) numa fratura tem como atributo de maior pontuação a história de
- A) fratura exposta.
 - B) sexo masculino.
 - C) retalho cirúrgico.
 - D) síndrome do compartimento.
89. A fratura da tuberosidade do calcâneo que necessita rápida redução e fixação devido a elevado risco de lesão de partes moles é do tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.

90. O tumor ósseo maligno mais comum na mão é o

- A) fibrossarcoma.
- B) osteossarcoma.
- C) condrossarcoma.
- D) sarcoma de EWING.

91. Segundo KAPLAN, GRICKEL e EATON, é fator associado ao sucesso do tratamento não-cirúrgico da síndrome do túnel do carpo

- A) idade menor que 50 anos.
- B) sintomas com duração há 12 meses.
- C) tenossinovite estenosante associada.
- D) teste de PHALEN positivo com 20 segundos.

92. A tríade da mulher atleta compreende anorexia associada à

- A) hipermenorreia e alta densidade óssea.
- B) hipermenorreia e baixa densidade óssea.
- C) oligomenorreia ou amenorreia e alta densidade óssea.
- D) oligomenorreia ou amenorreia e baixa densidade óssea.

93. Em relação à deformidade de MADELUNG, o ligamento que se encontra espessado nessa doença foi descrito por

- A) SALTER.
- B) BOWELS.
- C) LANGER.
- D) VICKERS.

94. Na semiologia da mão, o sinal de BENEDICTION ocorre na paralisia do nervo

- A) ulnar.
- B) radial.
- C) interósseo anterior.
- D) interósseo posterior.

95. Em relação à embriologia do membro superior, zona de atividade polarizante (ZPA) é responsável pelo crescimento do eixo

- A) apical - central.
- B) dorsal - ventral.
- C) proximal - distal.
- D) anterior - posterior.

96. Na lesão fechada do nervo periférico, segundo a classificação SUNDERLAND, a lesão da fibra nervosa corresponde ao grau

- A) II.
- B) III.
- C) IV.
- D) V.

97. A complicação mais comum do tratamento cirúrgico do hálux valgo é

- A) rigidez.
- B) recidiva.
- C) hipercorreção.
- D) necrose avascular.

98. Na estenose lateral lombar, de acordo com LEE, o recesso lateral corresponde à zona

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

99. A curva de escoliose que surge após os 40 anos de idade, em uma coluna previamente sem deformidade, é conhecida como escoliose

- A) de novo.
- B) metabólica.
- C) neuromuscular.
- D) idiopática do adulto.

100. Na biomecânica da coluna, mais de 60% da lordose lombar é decorrente dos discos de

- A) L1-L2 e L2-L3
- B) L2-L3 e L3-L4.
- C) L3-L4 e L4-L5.
- D) L4-L5 e L5-S1.

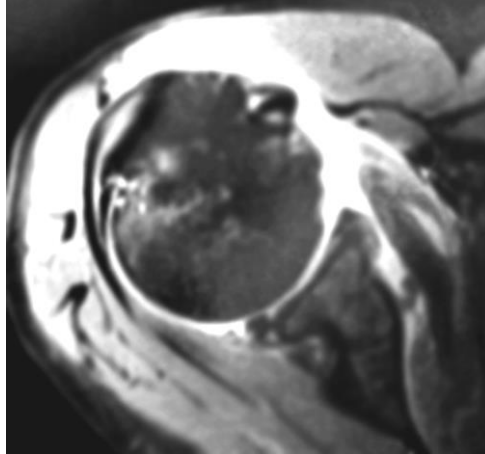
101. Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, apresenta história de dor no joelho esquerdo há 1 mês. Nega febre ou emagrecimento. Não apresenta lesões na pele ou sinais flogísticos locais. Foram realizados exames de imagem que evidenciaram lesão óssea tumoral na região metafisária distal do fêmur de limites imprecisos, com reação periosteal lamelar fina tipo raios de sol. Foi submetido a biópsia que evidenciou presença de tumor ósseo maligno produtor de matriz osteoide. A sequência de tratamento para o caso é

- A) amputação transfemoral, seguida de quimioterapia pós-operatória.
- B) cirurgia oncológica, seguida de quimioterapia pós-operatória.
- C) quimioterapia pré-operatória, seguida por cirurgia oncológica, seguida de quimioterapia pós-operatória.
- D) quimioterapia pré-operatória, seguida por cirurgia oncológica, seguida de quimioterapia e radioterapia pós-operatória.

102. Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, apresenta história de dor crônica e limitação funcional progressiva no joelho direito sem melhora significativa com tratamento conservador. Exames de imagem demonstram osteoartrite predominantemente do compartimento medial do joelho, sem comprometimento significativo do compartimento lateral e anterior, com varo assimétrico inferior a dez graus no membro inferior direito. Radiografia de perfil indica presença de osteófito posterior. A conduta de escolha para o caso é

- A) artroplastia total.
- B) artroplastia unicompartmental medial.
- C) osteotomia tibial valgizante de cunha de abertura medial.
- D) osteotomia femoral valgizante de cunha de fechamento medial.

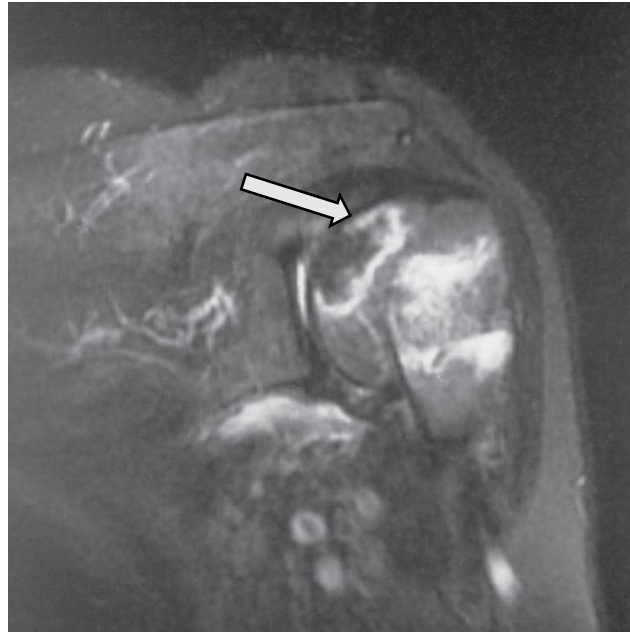
103. Paciente do sexo masculino, 49 anos, destro, sem dores prévias no ombro direito, vítima de queda de cavalo há dois dias com apoio sobre o membro superior direito, e desde então tem dor intensa e não consegue colocar a mão nas costas – sic. Radiografias no atendimento descartaram fratura. O exame abaixo foi solicitado para elucidar o quadro. O diagnóstico e a conduta mais apropriada são



Fonte: MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. **Ortopedia e Traumatologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

- A) lesão do infraespinal; tratamento clínico com reabilitação física.
- B) lesão do infraespinal; tratamento cirúrgico com reparo da lesão.
- C) lesão do subescapular; tratamento cirúrgico com reparo da lesão.
- D) lesão do subescapular; tratamento clínico com reabilitação física.

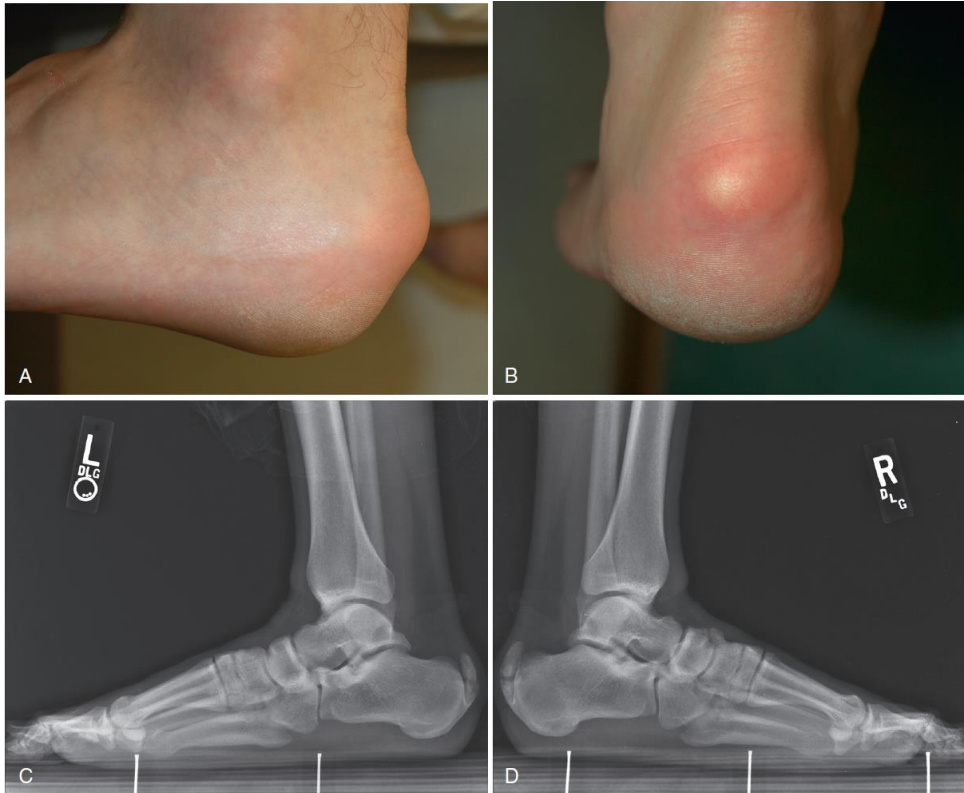
104. Paciente do sexo feminino, 70 anos, vítima de queda ao solo e trauma no ombro esquerdo. Diagnosticada com fratura do terço proximal do úmero, conduzida em tratamento clínico. No quarto mês de seguimento estava assintomática, em boa evolução no ganho de movimentos, mas iniciou quadro de dor intensa refratária ao uso de analgésicos simples. O exame abaixo foi solicitado para elucidar o quadro, e explicitou a alteração destacada pela seta. O provável diagnóstico da paciente é



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) osteomielite.
- B) pseudartrose.
- C) osteonecrose.
- D) consolidação viciosa.

105. Paciente com 54 anos, corredor de maratona, apresentando dor intensa na região posterior do calcâneo esquerdo, hiperemia e aumento de volume local há 15 dias (vide foto). Nega dor no calcâneo direito. Apresenta também no exame físico uma contratura dos músculos gastrocnêmio-sóleo. O paciente refere não haver melhora com a medicação analgésica e anti-inflamatória. Conforme o quadro clínico e os exames de imagem abaixo, a principal hipótese diagnóstica e a conduta correta são, respectivamente,



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) síndrome de HAGLUND; infiltração com corticoide.
- B) síndrome de HAGLUND; infiltração com plasma rico em plaquetas.
- C) tendinopatia insercional crônica do calcâneo; ressecção cirúrgica do esporão e da bursa.
- D) tendinopatia insercional crônica do calcâneo; conservador, fisioterapia e mudança de calçados por 6 meses.

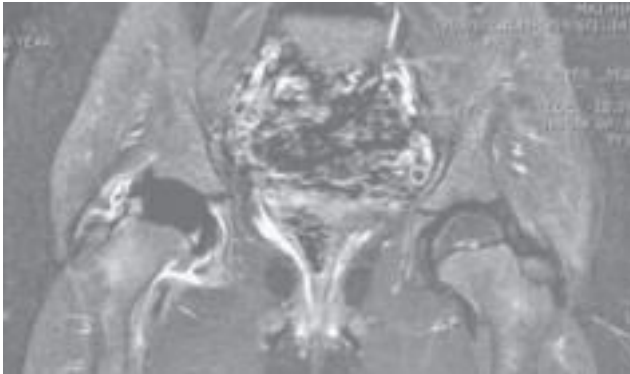
106. Paciente, 45 anos, vítima de queda de três metros de altura, deu entrada no pronto atendimento apresentando dor, deformidade aparente em varo do tornozelo e edema acentuado. Após exame físico, as radiografias mostraram uma fratura do pilão tibial 43 C3 associada à fratura cominutiva do 1/3 distal da fíbula. O paciente foi levado ao centro cirúrgico e a opção mais adequada na urgência é

- A) tratamento definitivo com redução fechada e fixação percutânea da fratura do pilão tibial com placas bloqueadas.
- B) tratamento estagiado com fixação com placa em ponte na fíbula e fixador externo transarticular.
- C) tratamento estagiado com ligamentotaxia e fixador externo transarticular.
- D) tratamento definitivo com fixador externo circular tipo ILIZAROV.

107. Uma criança do sexo feminino, com desenvolvimento normal, esta semana conseguiu pela primeira vez deambular com apoio de um braço. É possível observar em sua radiografia atual do membro inferior, ossificação

- A) da tuberosidade anterior da tíbia.
- B) da epífise proximal da fíbula.
- C) da epífise distal da tíbia.
- D) do navicular.

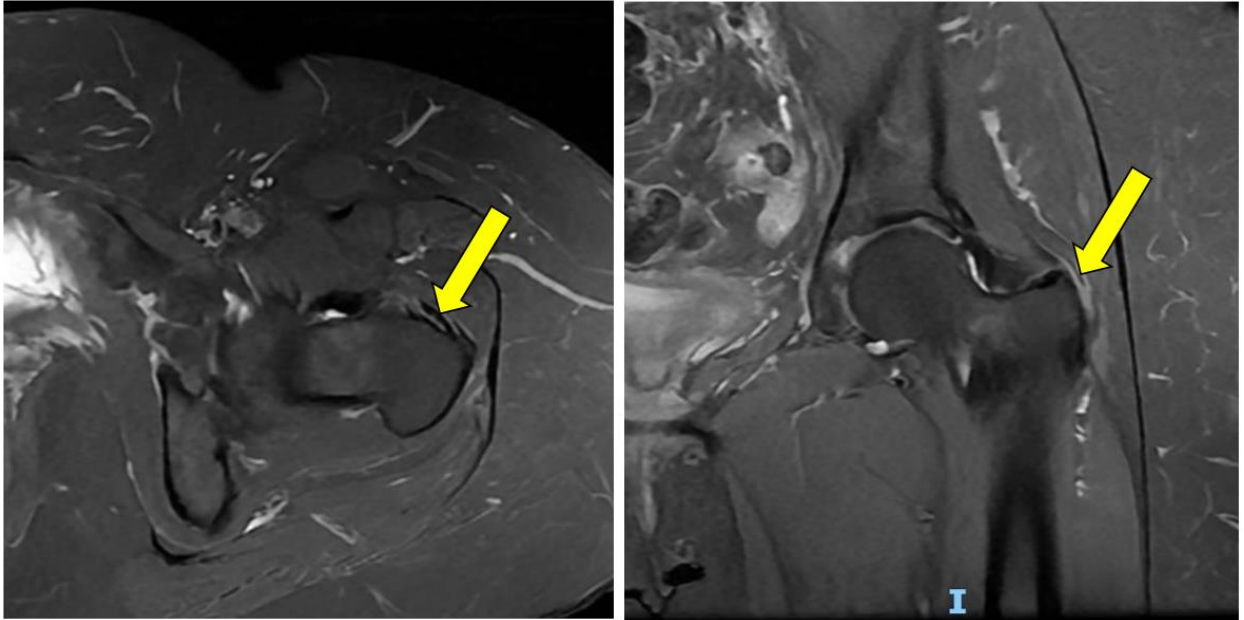
- 108 Paciente do sexo feminino, oito anos, com dor e claudicação no quadril direito há dois meses, com piora na última semana. O exame a seguir é mais compatível com o diagnóstico de



Fonte: HERRING, J. A. **Tachdjian's pediatric orthopaedics**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

- A) LEGG- CALVÉ-PERTHES.
B) displasia epifisária múltipla.
C) epifisiólise femoral proximal.
D) osteomielite de fêmur proximal.
109. Paciente do sexo masculino, de 14 anos de idade, com desenvolvimento normal, estava jogando tênis e apresentou fratura da tuberosidade da tíbia, o mecanismo de trauma mais provável foi
- A) flexão forçada do joelho.
B) extensão forçada do joelho.
C) movimento rotacional do joelho.
D) trauma direto na região anterior do joelho.

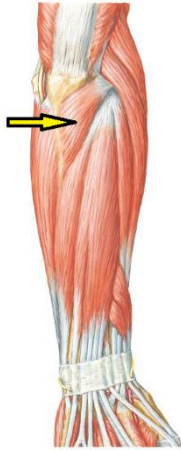
110. Paciente do sexo feminino, 64 anos, relata dor no quadril esquerdo há 1 ano, de início insidioso e progressivo, com piora na última semana. Refere dor intensa à palpação da região lateral do quadril, particularmente sobre o grande trocanter. A paciente apresenta dor exacerbada nos testes de rotação externa contra resistência e de abdução contra resistência. O diagnóstico mais provável é



Fonte: Arquivo CET.

- A) osteoartrite do quadril.
- B) impacto femoroacetabular.
- C) fratura por estresse do fêmur proximal.
- D) síndrome dolorosa do grande trocanter.

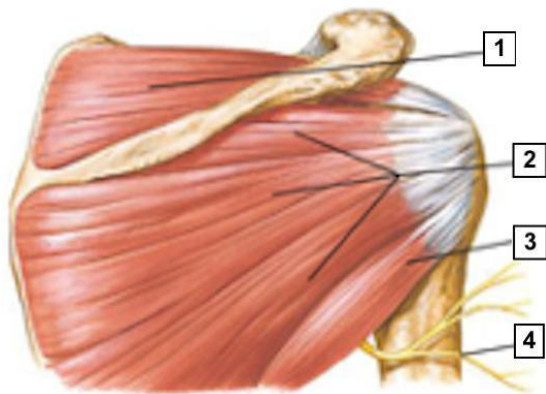
111. A estrutura assinalada é o músculo



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) ancôneo.
- B) supinador.
- C) pronador redondo.
- D) pronador quadrado.

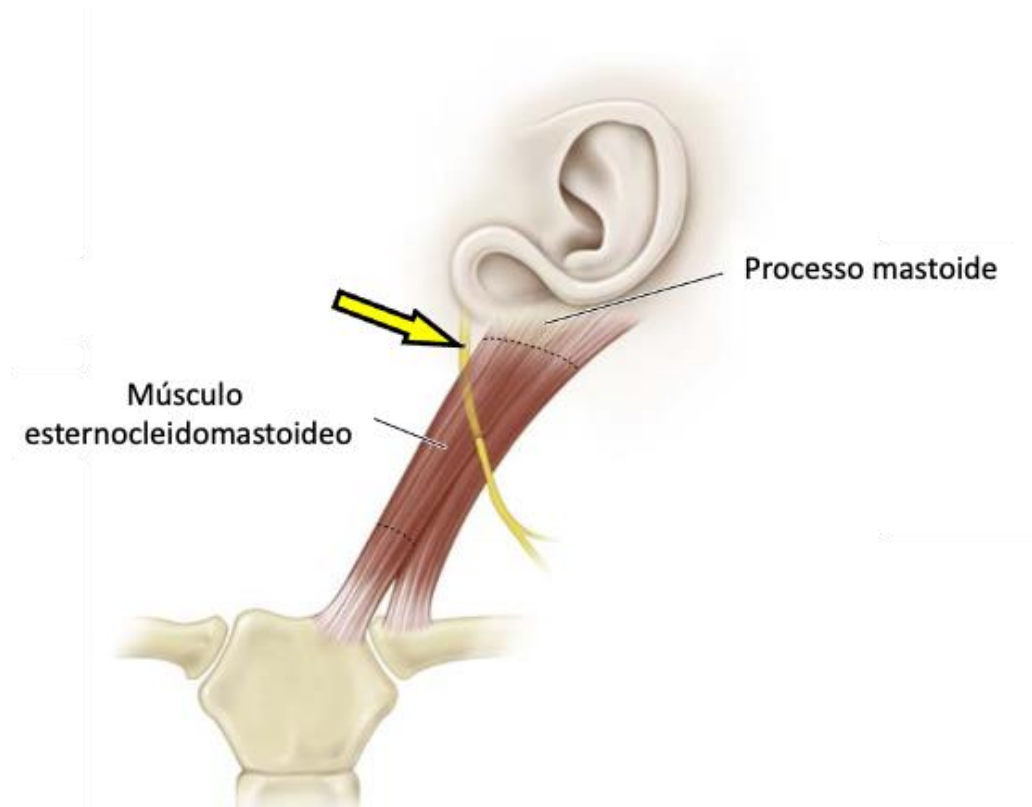
112. As estruturas assinaladas pelos números 1 e 3 são, respectivamente, os músculos



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) supraespinal e infraespinal.
- B) infraespinal e redondo maior.
- C) supraespinal e redondo menor.
- D) subescapular e redondo menor.

113. A estrutura assinalada é o nervo



Fonte: HERRING, J. A. **Tachdjian's pediatric orthopaedics**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

- A) troclear.
- B) trigêmeo.
- C) acessório.
- D) hipoglosso.

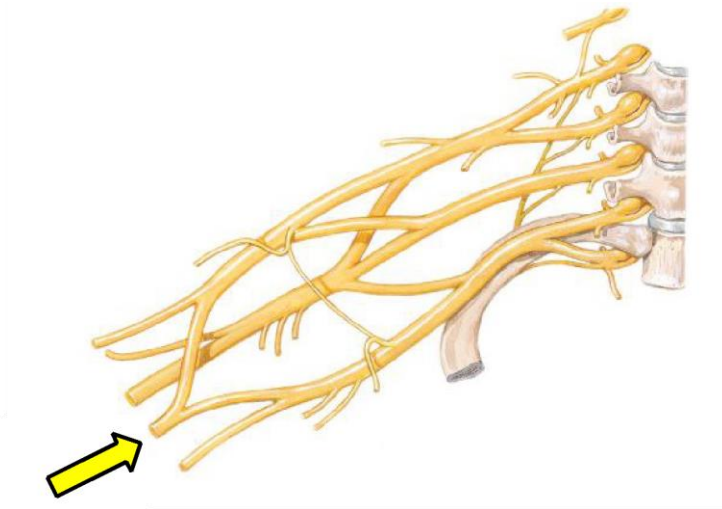
114. Na imagem de ressonância magnética do joelho, a estrutura assinalada é o ligamento



Fonte: Arquivo CET.

- A) de WRISBERG.
- B) cruzado anterior.
- C) menisco femoral.
- D) cruzado posterior.

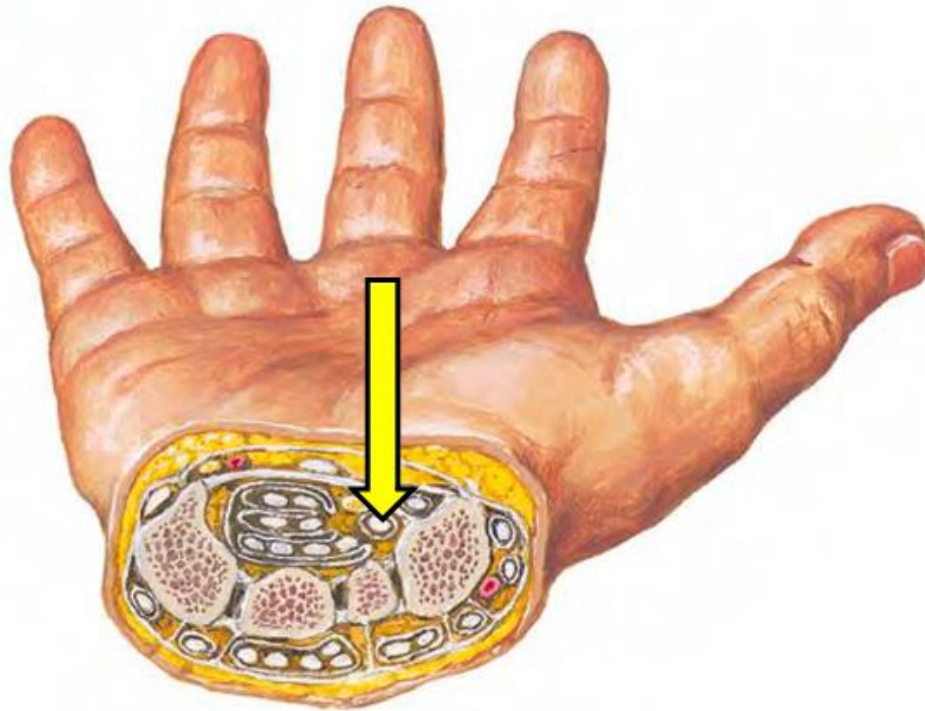
115. O nervo assinalado é o



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) ulnar.
- B) axilar.
- C) radial.
- D) mediano.

116. Na imagem da secção transversal do punho, o tendão assinalado é o flexor



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) radial do carpo.
- B) longo do polegar.
- C) profundo do indicador.
- D) profundo do quinto dedo.

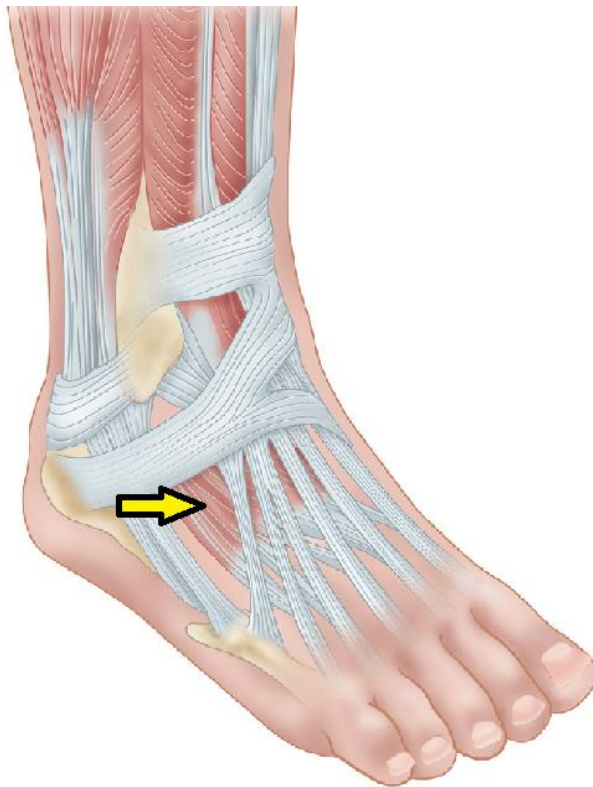
117. A estrutura assinalada corresponde ao ramo sensitivo do nervo



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) adutor do hálux.
- B) fibular profundo.
- C) abdutor do hálux.
- D) fibular superficial.

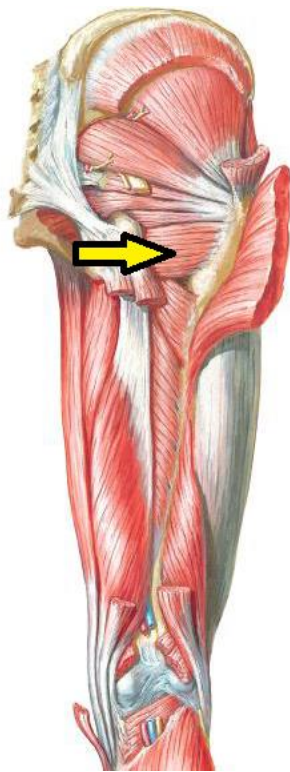
118. A estrutura assinalada é o músculo



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) lumbrical.
- B) quadrado dorsal.
- C) interósseo dorsal.
- D) extensor curto dos dedos.

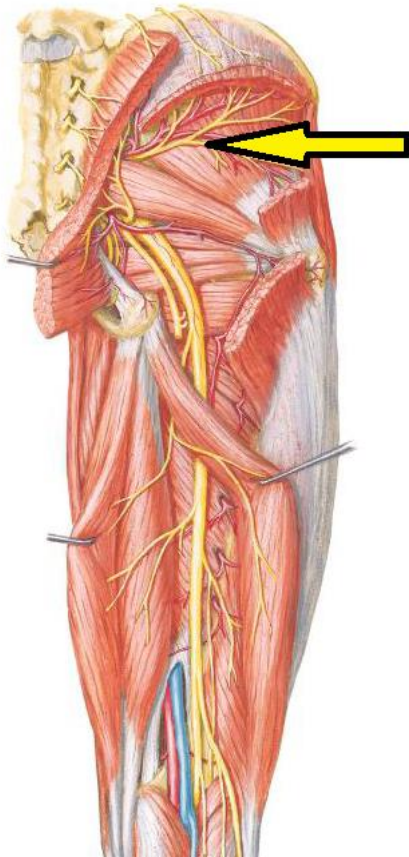
119. A seta indica o tendão do músculo



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) piriforme.
- B) glúteo médio.
- C) gêmeo superior.
- D) quadrado femoral.

120. O nervo assinalado é o



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) ilioinguinal.
- B) obturatório.
- C) glúteo superior.
- D) cutâneo femoral posterior.

Nº da Questão	Bibliografia	Capítulo
1	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	14.3
2	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	28
3	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	3.6
4	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	3.7
5	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	23
6	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.43
7	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	14
8	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	59
9	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
10	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	9.1
11	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
12	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	51
13	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	13
14	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	13
15	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	15
16	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	32
17	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	19
18	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	26
19	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	22

20	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	30
21	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	19
22	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	47
23	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	9
24	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	54
25	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	90
26	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	27
27	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	50
28	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	10.1
29	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	41
30	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	44
31	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	20
32	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	41
33	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	42
34	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	12
35	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	21
36	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	16
37	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	34
38	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	39

39	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	46
40	LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica . 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.	8
41	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	46
42	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	9
43	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.6
44	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	17.5
45	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	28
46	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	38
47	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	4
48	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	49
49	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	44
50	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	16
51	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	31
52	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	13
53	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	25
54	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	36
55	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	12.1
56	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	29
57	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	32
58	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	9.2

59	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	75
60	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	7.4.5
61	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.15
62	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.20
63	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	69
64	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	77
65	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	18
66	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	12
67	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	33
68	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	32
69	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	41
70	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	39
71	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	10
72	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	83
73	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	3
74	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	52
75	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	2.40
76	BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. Exame físico em ortopedia . 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.	10
77	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	51

78	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	3
79	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	50
80	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	24
81	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	58
82	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	33
83	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	29
84	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	19
85	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	57
86	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	48
87	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	54
88	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	29
89	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	89
90	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	27
91	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	77
92	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	52
93	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	12
94	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	7.2
95	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	1
96	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	7.8.1

97	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	7.8.1
98	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	4.8
99	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	39
100	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	39
101	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	27
102	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	9.8
103	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	5.2
104	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	2
105	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	19
106	TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults . 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.	63
107	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	1
108	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	14
109	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	30
110	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	6
111	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
112	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
113	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	8
114	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
115	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
116	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
117	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	82

118	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	1
119	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	8
120	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	8