



CONCURSO PÚBLICO

010. PROVA ESCRITA

2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (FISIATRIA)

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 01.** Sobre a biomecânica da coluna cervical, é correto afirmar que
- (A) a articulação atlantoaxial contribui principalmente para o movimento de inclinação lateral.
 - (B) o segmento C2C3 é o que permite a maior amplitude de movimento de flexão e extensão.
 - (C) movimentos isolados podem ocorrer apenas na articulação entre o osso occipital e a primeira vértebra cervical.
 - (D) o ligamento nucal desempenha importante papel na resistência aos esforços de tração quando a cabeça é estendida.
 - (E) quase metade do movimento rotatório (47°) ocorre no segmento C2C3.
- 02.** No paciente amputado, apresentando quadro doloroso no coto, é correto afirmar:
- (A) pode se apresentar como dor em pontada, choque, formigamento, queimação, agulhada ou câimbra na extremidade distal do membro contralateral ao amputado.
 - (B) a sensação do membro fantasma se faz acompanhar, na quase totalidade dos casos, de dor em facada ou agulhada no membro ausente.
 - (C) a maioria dos pacientes amputados com dor relata surgimento da dor na fase tardia da amputação, após 12 meses.
 - (D) a dor prolongada é decorrente da persistência neuronal anormal segmentar, do recrutamento das unidades adjacentes do sistema límbico e da ocorrência de numerosos pontos de anormalidade neuronais no sistema nervoso autonômico.
 - (E) o esquema corporal desenvolvido no córtex cerebral, como resultado de estímulos periféricos de diferentes modalidades, não se altera com a amputação, o que explica a sensação fantasma, mas não a dor fantasma.
- 03.** Na postura ereta, é verdadeiro afirmar que
- (A) o músculo flexor do quadril é continuamente solicitado.
 - (B) a atividade muscular do sóleo e gastrocnêmio oferece resistência à dorsiflexão do tornozelo.
 - (C) a linha da gravidade está localizada um pouco atrás da articulação do quadril, um pouco atrás da do joelho e duas polegadas à frente do eixo de articulação do tornozelo.
 - (D) a linha de gravidade tende a flexionar o joelho.
 - (E) o quadríceps encontra-se inativo, visto que a posição ortostática favorece sua função.
- 04.** Paciente do sexo feminino, de 25 anos, sofre queda com ferimento corto-contuso em terço proximal de antebraço esquerdo, evoluindo com parestesias, déficit de força de pinça de polegar e hipoestesia em punho e mão esquerdos. Ao procurar o Pronto-Socorro Ortopédico, é realizada sutura da ferida e solicitado eletroneuromiografia de membros superiores. É correto afirmar que
- (A) não há indicação de se realizar eletroneuromiografia, visto que a lesão é de pequena monta e a reinervação ocorrerá em quatro semanas.
 - (B) o eletrodiagnóstico resultará normal, uma vez que a degeneração walleriana demora ao menos uma semana para ocorrer e os potenciais de denervação podem levar até três semanas para surgir.
 - (C) nesse estágio é possível determinar se a lesão é incompleta (neurotme) ou completa (axoniotme).
 - (D) se pode identificar a integridade neural, em estágio muito precoce, pela presença de unidades motoras voluntárias na eletroneuromiografia.
 - (E) seria melhor solicitar o eletrodiagnóstico após dois meses, pois neste estágio somente o potencial evocado sômato-sensitivo apresenta sensibilidade suficiente para detectar lesão neurológica periférica.
- 05.** Em um paciente portador de sequela de acidente vascular encefálico (AVE), os fatores de risco que devem ser considerados na prevenção de um novo episódio são:
- (A) hipertensão arterial, hipotireoidismo, uso de cocaína, tabagismo, sedentarismo, hipercolesterolemia.
 - (B) hipercolesterolemia, tabagismo, abuso de álcool, hipertireoidismo, sedentarismo, obesidade e adicção à cocaína como fatores de risco modificáveis por alteração do comportamento.
 - (C) hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, acidente isquêmico transitório, estenose importante da artéria carótida, história anterior de tumor, antecedente de AVE como fatores de risco modificáveis pelo tratamento clínico.
 - (D) hipercolesterolemia, idade, raça, diabetes, cardiopatia congênita, estenose de veia pulmonar.
 - (E) raça, idade, gênero e história familiar como fatores de risco não modificáveis.

06. Entre as técnicas de alongamento para aumentar o comprimento muscular, é correto afirmar que

- (A) o alongamento é aplicado ao membro a ser alongado através de outro indivíduo, pela força da gravidade sobre a parte corporal envolvida ou pela força de outros membros do indivíduo, no alongamento passivo, sendo mais eficaz a aplicação de forças prolongadas de alta intensidade.
- (B) a manipulação de uma articulação enquanto o paciente está anestesiado é um procedimento de baixo risco de lesão, pois envolve alongamento passivo com forças elevadas sobre tecidos moles, que podem romper aderências para aumentar a amplitude de movimento (ADM).
- (C) as técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) para alongamento muscular inibem a contração do músculo que está sendo alongado e facilitam a contração do seu antagonista.
- (D) o alongamento balístico é uma técnica de alongamento bastante eficiente, na qual o paciente realiza movimentos longos e vigorosos em todo o arco de extensão da ADM da articulação a ser tratada.
- (E) são exemplos de alongamento passivo o alongamento manual progressivo, contração-relaxamento e alongamento com balanço no final da amplitude.

07. São contraindicações à crioterapia:

- (A) fenômeno de Raynaud, osteoartrose de tornozelo, hemoglobinúria paroxística ao frio.
- (B) artrite reumatoide, alergia ao frio, anestesia local, hiperparatireoidismo, polineuropatia diabética.
- (C) intolerância ao frio, anestesia cutânea, crioglobulinemia, insuficiência arterial.
- (D) lesão medular incompleta, crioglobulinemia, insuficiência linfática.
- (E) déficit cognitivo, insuficiência vascular periférica, anestesia em sela e dor fantasma.

08. No movimento de abdução do ombro, os músculos, nervos e nível(is) medular(es) envolvidos são:

- (A) músculos deltoide, redondo maior, subescapular, supraespinhoso e infraespinhoso, nervos axilar, supraescapular e subescapular, raiz C5.
- (B) músculos deltoide, redondo maior, redondo menor, supraespinhoso e subescapular, nervos axilar, supraescapular e peitoral lateral, raízes C5 e C6.
- (C) músculos deltoide, grande peitoral, subescapular, supraespinhoso e redondo menor, nervos peitoral medial, supraescapular e subescapular, raiz C5.
- (D) músculos grande dorsal, deltoide, redondo maior, grande peitoral e infraespinhoso, nervos axilar, acessório e subescapular, raízes C6, C7 e C8.
- (E) músculos trapézio, deltoide, redondo maior, subescapular e infraespinhoso, nervos acessório, tóraco-dorsal e subescapular, raízes C5, C6 e C7.

09. CSD, sexo feminino, 61 anos, costureira, com queixa de dor em pé esquerdo ao descarregar peso na marcha, afastada pelo INSS com auxílio-doença desde 30.04.11, após fraturas de platô tibial e calcâneo esquerdo por queda da própria altura, sem desvio, e tratadas conservadoramente com imobilização gessada por 45 dias, tendo evoluído com celulite e tromboflebite em perna esquerda, tratadas, porém evoluindo com quadro de dor em membro inferior esquerdo. Como comorbidades, apresenta hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e depressão, em uso de levotiroxina 100 mcg/d, losartana potássica 50 mg/dia, duloxetine 120 mg/dia, carbamazepina 600 mg/dia e codeína 30 mg de 6/6h.

Ao exame físico, apresenta marcha com muletas axilares, discreto edema em pé esquerdo que apresenta 45° de flexão plantar irredutível devido à dor intensa referida pela paciente, amplitude de movimento (ADM) de joelho esquerdo de 0° (extensão) a 70° (flexão), sem cianose de extremidades. A filha relata que, há 6 meses, a paciente fizera uso de amitriptilina 75 mg/noite, clonazepam 2 mg/noite e metadona 5 mg 6/6h, ocasião em que apresentou sonolência excessiva diurna, mas que possibilitou redução completa à posição neutra de tornozelo e joelho esquerdos, sendo tais medicações suspensas após duas semanas.

Hoje, na consulta, trouxe os seguintes exames:

- I. Raio-X simples de pé e joelho esquerdos (05.12.12) com osteófitos marginais, esporão calcâneo e rarefação óssea em calcâneo.
- II. Ultrassom-doppler venoso e arterial de membro inferior esquerdo (03.02.12) normal.
- III. Eletroneuromiografia de membros inferiores (27.12.11), sugestivo de lesão de nervos fibular comum e tibial posterior esquerdos.
- IV. Tomografia computadorizada de joelho e pé esquerdos (18.10.11) com esclerose óssea de falanges proximais e dos ossos do tarso.

O diagnóstico etiológico provável da incapacidade apresentada pela paciente é:

- (A) osteoartrose de joelho e pé esquerdos + neuropraxia de nervos tibial posterior e fibular comum.
- (B) dor mista (neuropática + vascular) em pé esquerdo e sequela de síndrome do imobilismo.
- (C) síndrome complexa de dor regional em membro inferior esquerdo.
- (D) quadro depressivo associado a possível simulação da paciente (ganho secundário).
- (E) sequela de pseudoartrose de calcâneo esquerdo e de síndrome do imobilismo.

10. São parte da semiologia na avaliação da coluna lombar através de testes para avaliação de aumento da pressão intratecal:
- (A) teste de Lasègue, teste de Naffzinger, teste de Hoover e manobra de Valsalva.
 - (B) teste de Kernig, teste de força do flexor de quadril, teste de Milgram e manobra de Valsalva.
 - (C) teste de Naffzinger, teste de Hoover, teste de Lasègue e teste de Krauss-Weber.
 - (D) teste de Kernig, teste de Naffzinger, teste de Milgram e manobra de Valsalva.
 - (E) manobra de Valsalva, teste de Kernig, teste de elevação da perna estendida e teste de Milgram.
11. Quando na avaliação fisiátrica do músculo quadríceps, observa-se força muscular grau 3, isto indica que
- (A) o músculo quadríceps é capaz de se movimentar quando a gravidade é eliminada.
 - (B) existe contração perceptível do quadríceps sem haver, no entanto, movimento.
 - (C) o quadríceps é capaz de movimentar-se contra a gravidade e resistência máxima sem sinais de fadiga.
 - (D) o quadríceps é capaz de se movimentar contra algum grau de resistência.
 - (E) o músculo é capaz de se movimentar contra a gravidade, porém não contra resistência.
12. Em pacientes com osteoartrose (OA) de joelho, a prescrição de um programa de exercícios deve enfatizar
- (A) exercícios de fortalecimento isotônico, com contração máxima para otimizar ganho de resistência para a dor na fase inicial de reabilitação.
 - (B) repouso obrigatório e instituição de terapêutica adequada medicamentosa e física na fase aguda.
 - (C) exercícios de resistência muscular com atividades repetitivas de alta carga, focando no ganho de massa muscular.
 - (D) a propriocepção precocemente, objetivando proteger o paciente do risco a quedas.
 - (E) exercícios isométricos e isocinéticos através de dinamômetro isocinético com carga progressiva, em domicílio, pelo baixo risco de sobrecargas mecânicas articulares e de lesão de cartilagem.
13. São contraindicações ao uso de diatermia por ondas curtas:
- (A) artroplastia total de joelho e síndrome pós-laminectomia.
 - (B) marcapasso cardíaco e fase crônica de osteoartrose de joelhos.
 - (C) epífises de ossos longos de crianças e Mal de Parkinson.
 - (D) dispositivo intrauterino e gônadas.
 - (E) útero gravídico e cisto renal.
14. Compõem o quadro clínico de espasticidade:
- (A) hipertonia-velocidade dependente e sinal da roda dentada.
 - (B) hipertonia muscular e hiporreflexia miotática.
 - (C) sinal do canivete e aumento da resistência do músculo ao estiramento.
 - (D) hiperreflexia miotática e distribuição simétrica do tônus muscular entre agonistas e antagonistas.
 - (E) sinal de Babinski e rigidez extrapiramidal.
15. Nos cuidados ao paciente grande queimado, é correto afirmar que
- (A) o mecanismo fisiopatológico consiste na necrose por coagulação.
 - (B) o paciente considerado grande queimado apresenta lesões de 2.º grau em mais de 50% da superfície corporal do adulto.
 - (C) o paciente considerado grande queimado apresenta lesões de 2.º grau em mais de 25% da superfície corporal do adulto ou 20% da criança.
 - (D) queimaduras de 3.º grau (espessura total) envolvem epiderme até toda a espessura da derme, preservando a hipoderme, apresentando-se como um tecido pálido, sem vascularização, indolor, sem capacidade de cicatrização, necessitando de enxertias e levando a sequelas sensoriais, apócrinas e vasculares.
 - (E) é comum a encefalopatia nas crianças queimadas devido à perda de cálcio em resposta ao trauma e à desidratação.
16. Na reabilitação das doenças reumatológicas, pode-se afirmar:
- (A) a temperatura intra-articular é mais alta do que a corporal.
 - (B) o calor superficial reduz a dor nos tecidos moles, agindo sobre os receptores da dor e reduzindo o espasmo muscular, além de aumentar a extensibilidade do colágeno e aumento da collagenase, sendo indicado na inflamação aguda.
 - (C) é melhor empregar o frio nas articulações com inflamação aguda.
 - (D) o calor úmido superficial, aplicado durante três minutos, provoca a elevação de 3°C da temperatura dos tecidos moles a 5 cm de profundidade, elevando significativamente a temperatura das articulações da mão e do joelho.
 - (E) a aplicação de calor profundo pode prevenir a ocorrência de ossificação heterotópica nas articulações do ombro e quadril.

17. São consequências da síndrome do imobilismo:

- (A) déficits de concentração, aumento dos níveis séricos de paratormônio, balanço positivo de potássio, balanço negativo de sódio e hipotensão ortostática.
- (B) disfagia, aumento do anabolismo proteico, balanço positivo de cálcio, úlceras de pressão, contraturas artrogênicas, diminuição de dopamina e de serotonina e depressão.
- (C) incontinência urinária, praxias, hipocalcemia, hiperparatireoidismo, hipotrofia muscular, inapetência e balanço negativo de fósforo.
- (D) balanço negativo de nitrogênio, osteoporose, atrofia muscular, contraturas miogênicas, gastroparesia, litíase renal e intolerância à glicose.
- (E) retenção urinária, infecção urinária, confusão mental, diminuição dos níveis de hormônio de crescimento, hipoglicemia e risco de fraturas aumentado.

18. Encontram-se entre os objetivos da adequação de cadeira de rodas para os pacientes sentadores crônicos:

- (A) diminuir a fadiga e garantir independência funcional para o próprio paciente poder mover sua cadeira de rodas.
- (B) adaptar *tilt* prevenindo risco de tombamento anterior e postura cifótica, e distribuir a pressão em região isquiática, diminuindo o risco de úlceras.
- (C) manter alinhamento corporal levemente posteriorizado e corrigir padrões reflexos anormais através da elaboração de encostos digitais para aumentar estabilidade do tronco.
- (D) segurança e estabilidade através da adaptação de cintos abdominal e pélvico e ângulo agudo entre encosto e assento, principalmente para os pacientes sem equilíbrio de tronco, evitando-se tombamento posterior.
- (E) prevenir deformidades e contraturas, buscando o posicionamento de maior economia de energia e aumentar o tempo de tolerância na postura sentada.

19. DWE, 13 anos, portador de seqüela de meningite bacteriana aos 12 dias de vida, apresentando marcha com padrão adutor de coxas e semiflexão de joelhos direito(D) + esquerdo(E) e equino de pés. Ao exame físico, foi observado: espasticidade grau II de Asworth em adutores de coxa, flexores de quadril bilateral e isquiotibiais, Thomas +, teste de abdução brusca: 60° (D+E), ângulo poplíteo: 34° D e 31° E, teste de Galleazzi + e teste de Silversköld +. Quais são as melhores indicações para a realização de análise de marcha com foco em tratamento multiprofissional reabilitativo visando otimização da marcha?

- (A) Planejamento de bloqueio neuroquímico com fenol e toxina botulínica e pré-operatório de intervenções cirúrgicas.
- (B) Avaliar uso de órteses para membros inferiores e auxiliares de marcha.
- (C) Direcionar bloqueio com toxina botulínica e indicação de tiras derrotativas para membros inferiores.
- (D) Avaliação pós-operatória e indicação de cadeira de rodas.
- (E) Planejamento pré-operatório e indicação de fisioterapia.

20. Correlacione adequadamente as neuropatologias da linguagem e seus déficits.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Afasia de Wernicke | a. Fala telegráfica, não fluente, e dificuldade para escrita. |
| II. Afasia de condução | b. Déficit da repetição de fonemas ou palavras. |
| III. Afasia de Broca | c. Dificuldade narrativa, mas preservação da capacidade de repetição. |
| IV. Afasia nominativa | d. Não reconhecimento do próprio discurso, apresentando prosódia e fluência normal. |
| V. Afasia transcortical | e. Dificuldade em nomear objetos. |

Assinale a alternativa correta.

- (A) I-e; II-c; III-b; IV-d; V-a.
- (B) I-c; II-a; III-b; IV-e; V-d.
- (C) I-b; II-e; III-c; IV-a; V-d.
- (D) I-d; II-b; III-a; IV-e; V-c.
- (E) I-a; II-d; III-c; IV-b; V-e.

21. São características do quadro clínico na Distrofia Muscular de Duchenne:
- (A) hiperlordose, escoliose e marcha ceifante.
 - (B) marcha anserina e insuficiência cardíaca.
 - (C) sinal de Gowers, quedas frequentes e perda da capacidade de marcha após 16 anos.
 - (D) pseudo-hipertrofia das panturrilhas e escápulas aladas.
 - (E) miotonia e paresias.
22. AFL, 51 anos, sexo masculino, pintor, vítima de queda de abacateiro em 13.07.12, com traumatismo raquimedular com fratura de vértebra L2, submetido a artrodese lombar T12-L3 em 15.07.12, evoluindo com quadro de paraplegia crural L1 incompleta Frankel C, infecção urinária e úlcera de pressão sacral grau II, que reside com a esposa e dois filhos de 12 e 16 anos em sobrado com três cômodos e um banheiro pequeno com chuveiro em box (1,5 m x 1 m) e escadaria de 5 degraus na entrada da casa, sendo seu quarto no andar superior. Relata que sua rua é relativamente íngreme (em declive). Quais as medidas de acessibilidade imediatas necessárias para transpor as barreiras arquitetônicas descritas?
- (A) Adquirir cama hospitalar em função da úlcera de pressão sacral.
 - (B) Adquirir cadeira de banho para higiene corporal e utilizá-la para permitir mobilidade no interior da casa.
 - (C) Providenciar rampa no lugar da escadaria na entrada da casa e elevador no interior.
 - (D) Instalar sistema adequado de corrimões, retirar o box do chuveiro e reformar as portas com largura mínima de 50 cm.
 - (E) Instalar portas com largura mínima de 90 cm, retirar o box do chuveiro e aquisição de cadeira de banho.
23. No esvaziamento radical cervical por sarcoma em que ocorre lesão do nervo espinhal acessório, é correto afirmar:
- (A) no tratamento da escápula alada, são necessárias quimioterapia e cirurgia.
 - (B) a escápula roda para cima, e a abdução é limitada a 30°-45°.
 - (C) está indicado o uso de colar cervical.
 - (D) o fortalecimento do deltoide, do supraespinhal e infraspinhal deve ser evitado, pois aumenta a dor.
 - (E) a contração do músculo supraespinhoso agrava a protração do ombro.
24. AFG, 63 anos, sexo feminino, comerciante autônoma, há 10 anos com queixa de gonalgia bilateral, protomecânica, agravada ao subir escadas e aos grandes deslocamentos, já tendo realizado 30 sessões de fisioterapia (com gelo e ondas curtas), em uso de diclofenaco de sódio 50 mg 4/4h, alendronato de sódio 70 mg/semana e carbonato de cálcio 500 mg/dia, sem melhora satisfatória. Relata HAS, há 7 anos, e 02 quedas da própria altura nos últimos 20 dias, sem maiores consequências, e há 15 dias dor em queimação em face anterior da coxa D e tumoração em fossa poplítea D. Ao exame físico em BEG, marcha antálgica à D, peso = 73 kg, altura = 1,52 m, genu valgo bilateral mais acentuado à D, cisto de Baker à D, edema +/4+ em joelho D com aumento de temperatura local e dor à palpação de face medial, arco de movimento de joelho D limitado a 110° de flexão, hipotrofia de vasto médio-obliquo e adutores de coxa bilateral, força muscular G IV de quadríceps à D, bandas tensas e pontos-gatilho miofasciais latentes em quadríceps, adutores de coxa, ileopsoas e gastrocnêmios à D, glúteos e paravertebrais bilateral. R-X de joelhos mostra importante redução do espaço articular e esclerose do osso subcondral de côndilo medial femoral D e osteófitos marginais em platô tibial bilateral. Densitometria óssea mostra coluna com T (L2-L4) = -2,4 DP e T fêmur (colo) = -2,6 DP.
- A conduta terapêutica adequada é de
- (A) associar paracetamol e diacereína, manter fisioterapia substituindo gelo por infravermelho, recomendar perda de peso, orientar uso de bengala e tensor tipo joelheira.
 - (B) limitar uso de AINH, associar medicação adjuvante psicotrópica antidepressiva ou miorrelaxante, além de opioide fraco de resgate e sulfato de glicosamina e de condroitina, substituir ondas curtas por ultrassom e TENS (eventualmente FES em quadríceps) e enfatizar alongamento e reforço muscular, recomendar dieta para perda de peso e orientações de proteção articular (evitar escadas e uso de bengala).
 - (C) associar inibidores de apetite e ranitidina, orientando repouso por 02 semanas, uso de bengala e joelheira, solicitar provas reumatológicas, provavelmente por se tratar na verdade de doença reumatoide em franca atividade.
 - (D) substituir alendronato por etidronato de sódio, limitar uso de AINH a 50 mg 6/6 h, infiltrar joelho D com corticoide devido à inflamação e aplicar apenas FES em quadríceps, recomendar redução de peso.
 - (E) aplicar viscosuplementação, com ácido hialurônico por 7 semanas, associada a caminhadas de 15 minutos no plano, diariamente, e, na falha desse tratamento, indicar artroplastia total de joelho D.
25. O tratamento preventivo da trombose venosa profunda pode incluir:
- (A) ultrassom e anticoagulantes.
 - (B) meias compressivas e ultrassom.
 - (C) elevação de membros inferiores e warfarina.
 - (D) anti-inflamatórios não hormonais e anticoagulantes.
 - (E) drenagem linfática e micro-ondas.

26. Órteses são dispositivos usados para
- (A) impedir o aparecimento e manter a correção de deformidades.
 - (B) corrigir deformidades e estabilizar dor.
 - (C) substituir a ausência ou parte de um membro.
 - (D) auxiliar a marcha.
 - (E) tratamento da dor e amputação.

27. Assinale a alternativa que associa corretamente as opções de suporte de estabilização da coluna vertebral nos pacientes com câncer em reabilitação e suas principais características.

I. Órteses de Jewitt, Knight e Taylor	a. Estabilização da coluna cervical.
II. Colar de Filadelfia	b. Imobilização da coluna cervical.
III. Órtese esterno-occipital- -mandibular	c. Estabilização da região toracolombar.
IV. Suporte de anel de tração	d. Estabilização da coluna limitada aos segmentos cervicais superiores.
V. Colete corporal	e. Estabilização da região torácica.

- (A) I-b, II-e, III-d, IV-a, V-c.
- (B) I-c, II-d, III-a, IV-b, V-e.
- (C) I-a, II-b, III-c, IV-d, V-e.
- (D) I-e, II-c, III-b, IV-a, V-d.
- (E) I-d, II-a, III-e, IV-c, V-b.

28. Nas atividades de vida diária (AVDs), são áreas de desempenho ocupacional:

- (A) expressão sexual, tônus muscular, comunicação funcional, vestuário, higiene oral.
- (B) socialização, vestuário, ir ao banheiro, coordenação fina, práxis, alimentação.
- (C) alimentação, arrumar-se, rotina dos medicamentos, resistência, sequenciação.
- (D) ir ao banheiro, vestir-se, controle postural, resolução de problemas.
- (E) mobilidade funcional, vestuário, alimentação, socialização, rotina de medicamentos.

29. Na amputação transfemoral, é correto afirmar que

- (A) as amputações com nível menor do que 5 cm distais ao pequeno trocânter são consideradas e tratadas como desarticulações de quadril.
- (B) o comprimento ideal para a protetização é de 5 cm.
- (C) a maioria dos pacientes com amputações nesse nível tem leve incremento de gasto energético em relação à população não amputada.
- (D) é extremamente importante manter o membro residual o mais próximo possível da articulação preservada.
- (E) na maioria das vezes a causa é traumática.

30. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de osteoartrite, pode-se citar:

- (A) deficiência estrogênica, baixa densidade óssea, etnia caucasiana, obesidade.
- (B) deficiência estrogênica, idade avançada, obesidade, *diabetes mellitus*, hiper mobilidade ligamentar.
- (C) hipotrofia muscular, traumatismo e estresse articular repetitivo, estresse psicológico, herança genética.
- (D) hiper mobilidade ligamentar, genética nas formas nodais, traumatismo e estresse articular repetitivo, fibromialgia.
- (E) obesidade, hipotrofia muscular, baixa densidade óssea, idade avançada, traumatismo articular repetitivo.

31. Assinale a alternativa que contém uma proposição correta sobre a espasticidade.

- (A) Presença de hipotonia muscular elástica e hiperreflexia.
- (B) A espasticidade na maioria das vezes necessita de tratamento, pois ela prejudica totalmente a função motora.
- (C) O uso de órteses, mantendo o músculo alongado, piora a espasticidade.
- (D) A resistência do músculo espástico é inversamente proporcional à velocidade de seu estiramento, e o fortalecimento de um músculo parético-espástico deve ser predominantemente isométrico, para evitar a hiperativação do reflexo miotático.
- (E) A espasticidade se observa em lesões do sistema nervoso central.

32. Quais os constituintes da unidade motora?
- (A) Célula do corno posterior da medula, axônio motor, nervos terminais, junções neuromusculares e fibras musculares inervadas por essa célula.
 - (B) Célula do corno anterior da medula, axônio motor, nervos terminais, placa mioneural e fibras musculares inervadas por essa célula.
 - (C) Célula do corno anterior da medula, axônio motor, gânglios sensitivos, junções neuromusculares e fibras musculares inervadas por essa célula.
 - (D) Célula do corno posterior da medula, axônio motor, nervos terminais, placa mioneural e fibras musculares inervadas por essa célula.
 - (E) Célula da placa de Hexe (lâmina de Hexed), axônio motor, nervos terminais, junções neuromusculares e fibras musculares inervadas por essa célula.
33. Assinale a afirmativa verdadeira para o diagnóstico da síndrome fibromiálgica ?
- (A) Pode se acompanhar de distúrbio do sono, cefaleia e síndrome disabsortiva intestinal.
 - (B) Queixa de dores generalizadas pelo corpo e dispneia.
 - (C) Presença de mais de 11 dos 18 pontos anatomicamente definidos denominados *trigger-points*.
 - (D) Queixa de dores generalizadas relacionadas com esforços repetitivos.
 - (E) É diagnóstico de exclusão.
34. Na etiologia e tratamento das lesões por esforços repetitivos/doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho (LER/DORT), estão associadas:
- (A) predisposição genética, lesões por movimentos repetitivos e não valorização do trabalho, sendo necessário acompanhamento psicológico de toda a equipe de trabalho do setor.
 - (B) mecanização e informatização do trabalho, baixa escolaridade e ausência de ginástica laboral, devendo-se implantar programas de educação escolar.
 - (C) lesões músculoesqueléticas crônicas ou agudas, lesões compressivas, inflamatórias, descondicionamento físico e fadiga muscular, que necessitam de programas de atendimento multidisciplinar.
 - (D) miastenia gravis, trombofilia, posturas prolongadas em pé ou sentado e coagulopatias, sendo indicados elevação de membros inferiores e uso de meias compressivas.
 - (E) posturas inadequadas e movimentos repetitivos envolvendo microtraumatismos, vibração e temperaturas inadequadas que devem ser tratadas através da remoção do local de trabalho.
35. São áreas de alívio nos encaixes das próteses nas amputações abaixo do joelho:
- (A) côndilo femoral medial, região medial dos côndilos tibiais, tuberosidade tibial, cabeça do perônio, extremidade distal da tíbia e patela.
 - (B) côndilo femoral lateral, região lateral dos côndilos tibiais, cabeça do perônio, região anterior da tíbia, extremidade distal da tíbia e do perônio e patela.
 - (C) côndilo femoral lateral, região medial dos côndilos tibiais, tuberosidade tibial, cabeça do perônio, região anterior da tíbia e patela.
 - (D) côndilo femoral lateral, região medial dos côndilos tibiais, tuberosidade tibial, região anterior da tíbia, cabeça do perônio e extremidade distal da tíbia e do perônio.
 - (E) côndilo femoral medial, região medial e lateral dos côndilos tibiais, tuberosidade tibial, região anterior da tíbia, cabeça do perônio, extremidade distal da tíbia e do perônio.
36. Qual das seguintes afirmativas é verdadeira com relação ao músculo quadríceps?
- (A) É o principal músculo extensor do joelho e é inervado pelas raízes L2, L3 e L4.
 - (B) É o principal músculo extensor do quadril e é inervado pelo nervo obturador.
 - (C) É o principal músculo extensor do joelho e é inervado pelas raízes L1 e L2.
 - (D) Ele é responsável pela extensão do joelho e extensão do quadril.
 - (E) É o principal extensor do joelho e quadril e atua em todas as fases da marcha.

37. GMW, 69 anos, sexo feminino, aposentada, com queixa de incapacidade para marcha há 03 meses, além de gonalgia esquerda (E) e artralgia em pé direito (D). Tem como antecedentes hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, ansiedade e depressão, além de histórico de múltiplos focos de osteomielite crônica em fêmur direito, quadril direito, úmero esquerdo, punho direito, tratados entre 1957 e 1979, e seqüela de fratura de úmero proximal esquerdo por queda em 2005, clipagem de aneurisma cerebral em 2000, seqüela de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo em 2000 e 2009 e internação por tromboembolismo pulmonar em 2011. Em uso de Marevan, Diovan HCT, anlodipina, alendronato de sódio, carbonato de cálcio, Citalopram e bromazepam. Ao exame físico, apresenta importante limitação à marcha com bengala com apoio do membro superior direito, dismetria de membros inferiores, crepitação patelar bilateral e importante diminuição de mobilidade patelar bilateral. Amplitude movimento (ADM) de quadril D: 10° com postura tendendo à adução e flexão, ADM de joelho D: extensão= 0°, flexão = 100°, ADM de joelho E: extensão=0°, flexão= 95°. Edema +/- em tornozelo D, sem instabilidades. Peso= 69 kg, altura = 1,54 m. Raio-X de bacia, de joelhos e de ombro esquerdo evidenciam importante redução do espaço articular acetabular, com impactação óssea e deformidades no fêmur direito, deformidade da cabeça umeral E e redução do espaço articular do ombro E, e redução importante do espaço articular de compartimento medial de joelhos, com osteófitos exuberantes. Escanograma de membros inferiores mostra dismetria de 7,5 cm a favor de membro inferior esquerdo.

Quais seriam as medidas de intervenção fisiatrica que você indicaria para otimizar a marcha nessa paciente?

- (A) Prescrição de anti-inflamatório, opioides fortes, hidroginástica e encaminhar à Ortopedia para procedimento cirúrgico de quadril direito.
- (B) Prescrição de opioide fraco com titulação até analgesia, compensação de salto para membro inferior direito, e prescrição de andador e fisioterapia motora.
- (C) Prescrição de corticosteroide + tramadol, tutor longo com compensação de salto para membro inferior direito, acupuntura e suspensão de citalopram e bromazepam, prescrição de cadeira de rodas.
- (D) Infiltração com ácido hialurônico, prescrição de bengala de 4 pontos, meias de compressão para membros inferiores e RPG.
- (E) Prescrição de fisioterapia analgésica, gelo e tutor curto para membro inferior esquerdo, suspender benzodiazepínico e encaminhar à Nutrição e Endocrinologia para verificar elegibilidade para baroplastia.

38. Nas paralisias do nervo radial por neuropraxia, qual recurso fisioterapêutico está indicado?

- (A) Iontoforese com corrente farádica.
- (B) Prótese para membro superior.
- (C) Eletroestimulação com corrente diatérmica.
- (D) Eletroestimulação com corrente galvânica.
- (E) Eletroestimulação com disdiadococinesia.

39. Em relação à reabilitação do paciente hemiparético, assinale a alternativa correta.

- (A) Em casa, os familiares devem realizar exercícios de fortalecimento do hemicorpo parético.
- (B) A estimulação elétrica funcional é a terapia de eleição nos casos de ombro sub-luxado.
- (C) A prevenção da sub-luxação do ombro hemiparético pode ser feita com cinesioterapia tradicional.
- (D) Meias elásticas não devem ser usadas na fase aguda de trombose venosa profunda.
- (E) A Medida de Independência Funcional (FIM) deve ser preenchida pelo fisiatra durante a consulta médica.

40. Paciente de 59 anos apresenta um quadro clínico compatível com acidente vascular cerebral isquêmico revelando, ao exame, uma hemiplegia à esquerda. Um fisioterapeuta, não qualificado tecnicamente, resolve atender esse paciente deixando prescrito no prontuário, como sua orientação principal para a equipe multidisciplinar, realizar uma rigorosa mobilização desse paciente no leito, em dois decúbitos, no período de 2 em 2 horas. Após 30 dias de internação, complicados por quadro de pneumonia nosocomial - que demandou intubação orotraqueal e ventilação mecânica - e infecções urinárias, você, como fisiatra chamado para acompanhar o caso, observou uma piora no padrão postural e no tônus do paciente. Revisando o prontuário e com a equipe de enfermagem, conclui que os posicionamentos orientados não eram realizados nos tempos preconizados e nem de forma adequada.

Como critério fundamental nesse perfil de atendimento, a posição que mais tende a exacerbar o tônus extensor em paciente hemiplégico, demandando cuidados profiláticos de orientação postural, é:

- (A) decúbito lateral direito.
- (B) decúbito lateral esquerdo.
- (C) postura em prono.
- (D) decúbito ventral.
- (E) decúbito dorsal.

CONHECIMENTOS GERAIS

41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se

- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- (B) à integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento.
- (C) à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- (D) à introdução no sistema, da possibilidade de formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e à participação na sua produção.
- (E) à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

42. Segundo a Lei Orgânica do Município de São Paulo,

- (A) não cabe ao município a participação no controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos.
- (B) o município deve fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial.
- (C) o município responsabiliza-se pela assistência integral à saúde seguindo, rigorosa e estritamente, as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde na orientação programática e alocação de recursos.
- (D) o município deve submeter-se à coordenação da Secretaria Nacional de Defesa antidrogas (Senad) para administrar os serviços de saúde mental abrangidos pelo Sistema Único de Saúde.
- (E) a implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência será uma atribuição do Conselho Municipal de Saúde, órgão apenas deliberativo, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde, hospitais universitários e empresários dos serviços privados de saúde.

43. Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre as quais pode-se citar:

- (A) dedicar-se exclusivamente à execução de ações, deixando a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, de qualquer ordem, para órgãos do executivo federal.
- (B) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
- (C) adotar uma política de acesso restrito às populações periféricas dos grandes centros, de baixa renda, para reduzir a demanda nos serviços de alta complexidade.
- (D) oferecer baixa resolutividade, com a consequente redução nos custos, mas suficiente para dar conta da maioria dos agravos à saúde sem recorrer a procedimentos de alta complexidade.
- (E) implantar programas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades de saúde dos usuários antecipadamente definidas por análises do Ministério da Saúde.

44. Em determinada comunidade, observa-se, ao longo dos últimos cinco anos, que é constante um grande número de casos de hanseníase e tuberculose e, por outro lado, que têm ocorrido, anualmente, muitos casos novos dessas doenças.

Com base nessa informação, pode-se dizer que, provavelmente, nessa comunidade,

- (A) essas doenças têm altas prevalências e altas incidências.
- (B) essas doenças apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de incidência.
- (C) a esperança de vida, em razão dessas doenças, está muito reduzida.
- (D) o coeficiente de mortalidade, para ambas as doenças, deve ser muito baixo.
- (E) a taxa de morbidade, para cada uma dessas doenças, só poderá ser calculada se estiverem disponíveis os respectivos números de óbitos.

45. Endemia é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, e

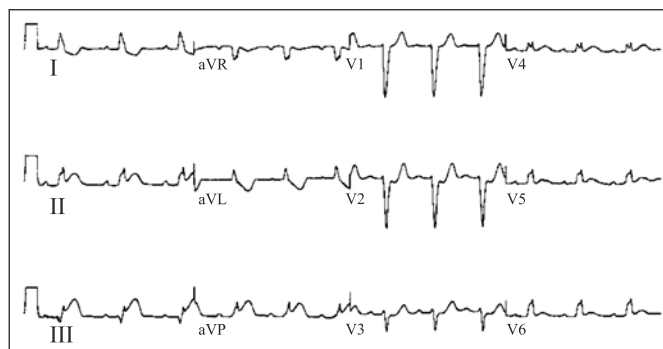
- (A) que mantém a incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas.
- (B) cuja prevalência é sempre muito baixa.
- (C) que é sempre multicausal, não podendo ser atribuída a um único fator.
- (D) para a qual as medidas de quimioprofilaxia são sempre inócuas.
- (E) cuja previsibilidade dispensa procedimentos de vigilância em saúde.

46. A Proporção de Idosos na População, que é o percentual de pessoas com 60 ou mais anos de idade, na população total, em determinado espaço geográfico e no período considerado,
- permite estimar o índice de Swaroop-Uemura.
 - é essencial para a construção da curva de Nelson Moraes.
 - indica a participação relativa de idosos na população geral.
 - é resultado da razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
 - mede, em termos absolutos, o contingente populacional potencialmente inativo.
47. Para o fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do seu território, a secretaria municipal de saúde deve buscar parcerias
- apenas com órgãos governamentais federais.
 - apenas com o setor privado.
 - apenas com instituições filantrópicas.
 - apenas com instituições governamentais e filantrópicas.
 - com instituições governamentais, não governamentais e com o setor privado.
48. As doenças constantes do Anexo I, da Portaria MS104/11 (Lista de Notificação Compulsória – LNC), referente a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, devem ser notificadas e registradas
- nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 6 (seis) horas a partir da confirmação do caso.
 - apenas na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
 - apenas na Secretaria Municipal de Saúde.
 - no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 - apenas na Secretaria Estadual de Saúde.
49. Pelo Calendário Nacional de Vacinação, deve-se oferecer a imunização contra a hepatite B (recombinante), para grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior como, entre outros, bombeiros, policiais militares e
- gestantes em qualquer fase da gestação.
 - gestantes unicamente no terceiro trimestre da gestação.
 - gestantes após o primeiro trimestre da gestação.
 - apenas às mulheres que estiverem na segunda gestação.
 - apenas às gestantes com sorologia positiva para o HIV.

50. No capítulo do sigilo profissional, no Código de Ética Médica, diz-se que é vedado ao médico revelar conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, contudo essa proibição deixará de existir
- se o fato for de conhecimento público.
 - com o falecimento do paciente.
 - quando o médico depuser como testemunha.
 - quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
 - em investigação de suspeita de crime quando a revelação possa expor o paciente a processo penal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 51 a 53.

Homem, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, diabético e dislipidêmico, em uso de atenolol, AAS, metformina, glibenclamida e sinvastatina, chega ao pronto-atendimento com queixa de dor retroesternal há, pelo menos, 2 horas, acompanhada de sudorese intensa, dispneia e náuseas. O exame físico da admissão revela o paciente em regular estado geral, taquipneico leve, palidez cutaneomucosa e sudoreico. PA = 160 x 90 mmHg, FC = 50 bpm, SO₂ = 96% em ar ambiente. O exame físico revela ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma realizado no momento da admissão encontra-se ilustrado a seguir.

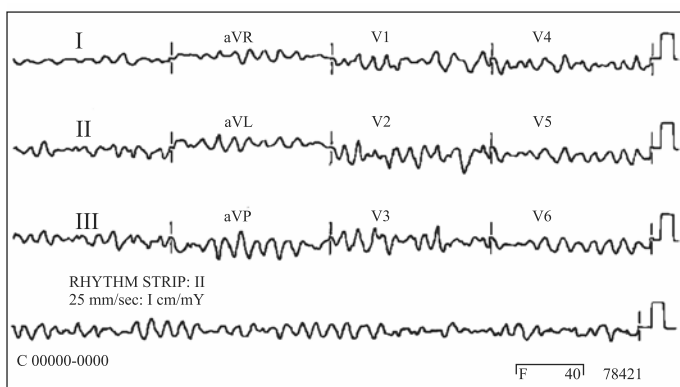


(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que
- a presença de QRS com duração acima do limite superior da normalidade e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo impedem, pelos achados eletrocardiográficos, a definição de isquemia miocárdica verdadeira nesse caso.
 - o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
 - há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
 - o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo não impede a verificação de isquemia nesse caso, e há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede anterior.
 - o infradesnívelamento do segmento ST em V2 e V3 reforça a hipótese de oclusão da artéria coronária interventricular anterior.

52. Em relação à abordagem terapêutica do paciente em questão, é correto afirmar que
- (A) os níveis pressóricos da admissão contraindicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
 - (B) há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
 - (C) o tratamento deve ser realizado com heparinização plena e antiagregação plaquetária, aguardando-se 24 horas sem a utilização de metformina, para a realização do cateterismo cardíaco, pelo risco de acidose láctica.
 - (D) a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
 - (E) não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O₂ encontra-se acima de 90%.

53. Enquanto eram tomadas as medidas iniciais, o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, tornando-se arresposivo. O aparelho de eletrocardiograma ainda se encontrava conectado ao paciente e foi realizado o registro a seguir.



A conduta que deve ser prontamente adotada é:

- (A) realizar intubação orotraqueal, ventilação invasiva e encaminhar o paciente imediatamente à hemodinâmica.
- (B) iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, iniciando-se pela intubação orotraqueal e, a seguir, massagem cardíaca.
- (C) realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) realizar desfibrilação não sincronizada. Caso o desfibrilador não esteja próximo, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando por compressões torácicas.
- (E) aplicar amiodarona intravenosa em bolus, seguida de adrenalina 1 mg e compressões torácicas.

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispneia intensa e chiado no peito, cerca de 10 minutos após a realização de exame com contraste iodado. Foi levada ao pronto-atendimento, apresentando dificuldade para enxergar e rouquidão. Ao exame físico, notou-se edema facial e estridor laríngeo. A pressão arterial era de 80 x 40 mmHg.

O fármaco e a melhor via de administração deverão ser, respectivamente:

- (A) adrenalina / intravenosa.
- (B) adrenalina / intramuscular.
- (C) corticoide / intravenoso.
- (D) corticoide / inalatório.
- (E) anti-histamínico / via oral.

55. Homem, 56 anos, etilista crônico – cerca de 5 garrafas de cerveja ao dia – encontra-se internado por broncopneumonia aspirativa, recebendo terapia antimicrobiana parenteral. No terceiro dia de internação, começou a enxergar baratas nas paredes do quarto, a apresentar agitação psicomotora e tremor intenso de extremidades.

O tratamento de eleição deverá ser feito com

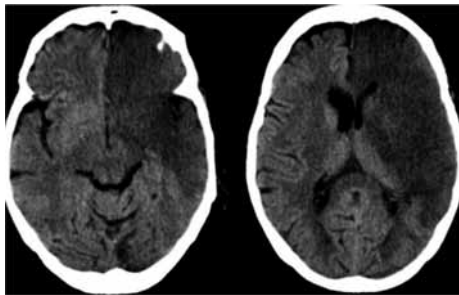
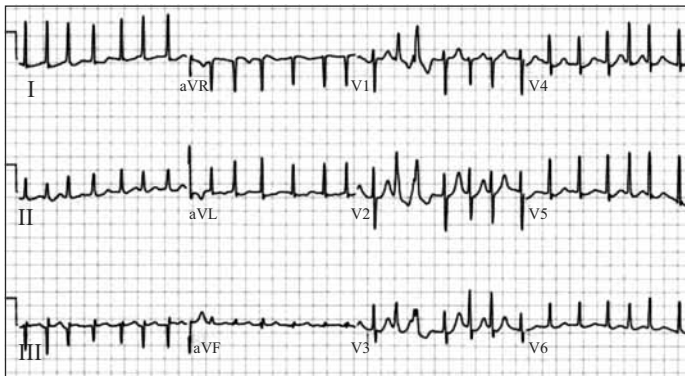
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

56. Paciente jovem, do sexo feminino, foi internada por quadro de polidipsia, poliúria, adinamia e sonolência há, pelo menos, 5 dias. Nos últimos dois dias, ficou muito prostrada e apresentou alguns episódios de náuseas e vômitos. À admissão, a paciente encontrava-se sonolenta, hálito cetótico, respiração de Kussmaul e desidratada. Dextro = 480 mg/dL, corpos cetônicos na urina 4+/4, pH = 7,18 e bicarbonato = 12.

São complicações potenciais e esperadas do tratamento dessa paciente:

- (A) hiperglicemia, oligúria e amaurose.
- (B) neuropatia, infecção e hiperglicemia.
- (C) hipercalcemia, alcalose metabólica e hipoglicemia.
- (D) hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral.
- (E) amaurose, infecção e neuropatia.

57. Mulher, 63 anos, foi admitida no pronto-atendimento após ser encontrada pelos familiares, caída, em casa. Ao exame físico, apresentava rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 11), ausculta cardíaca irregular e desvio conjugado do olhar para a esquerda. O eletrocardiograma e a tomografia computadorizada de crânio encontram-se ilustrados a seguir.



Das medidas apresentadas, assinale aquela que pode ser deletéria ao caso em questão e, portanto, deverá ser evitada inicialmente, mesmo diante de uma indicação precisa.

- (A) Correção dos níveis de glicemia.
- (B) Uso de manitol.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Controle da pressão arterial, se PAS > 200 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg.
- (E) Controle de hipertermia.

58. Paciente jovem do sexo masculino procurou atendimento médico devido ao aparecimento de lesões com aspecto de verrugas em região de glândula e prepúcio. As lesões eram confluentes e assumiam aspecto semelhante a uma couve-flor.

O agente etiológico provavelmente envolvido no caso em questão é o

- (A) *Haemophilus ducreyi*.
- (B) HIV.
- (C) vírus do molusco (Poxvírus).
- (D) *Treponema pallidum*.
- (E) vírus HPV (Papiloma vírus).

59. Em relação ao tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que

- (A) apesar de controversa, a terapia trombolítica pode ser realizada, na presença de indicações precisas, como instabilidade hemodinâmica, até 14 dias após o início dos sintomas.
- (B) a passagem do filtro de veia cava deve ser feita de rotina nos pacientes idosos, associada ao uso do anticoagulante oral.
- (C) após o início do uso da varfarina, deve-se manter o uso da heparina até que se atinja um INR entre 4,0 e 5,0.
- (D) o uso da heparina não fracionada é vantajoso em relação à heparina de baixo peso molecular, devido à maior previsibilidade das dosagens e menor ocorrência de efeitos colaterais.
- (E) o achado eletrocardiográfico mais frequente é a sobrecarga de câmaras direitas.

60. Paciente com 24 anos de idade foi levado ao pronto-atendimento após tentativa de suicídio, apresentando miose, sialorreia intensa, confusão mental, ansiedade e poliúria com certa incontinência urinária. Os acompanhantes referem que o paciente trabalha com lavoura e ingeriu grande quantidade de um líquido que acreditam ser inseticida. Além das medidas de suporte e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, recomenda-se a administração de

- (A) clorpromazina.
- (B) fisostigmina.
- (C) dantrolene.
- (D) naloxone.
- (E) pralidoxima.

