



12 DE FEVEREIRO DE 2012

MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO ENDOSCOPISTA RESPIRATÓRIO

N.º DO CARTÃO

NOME (LETRA DE FORMA)

ASSINATURA

INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES:

1. Verifique se a prova está completa: questões de números 1 a 40.
2. A compreensão e a interpretação das questões constituem parte integrante da prova, razão pela qual os fiscais não poderão interferir.
3. Preenchimento do **Cartão-Resposta**:
 - Preencher para cada questão apenas uma resposta.
 - Preencher totalmente o espaço correspondente, conforme o modelo:
 - Usar caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta.
 - Para qualquer outra forma de preenchimento, a leitora anulará a questão.

**O CARTÃO-RESPOSTA É PERSONALIZADO.
NÃO PODE SER SUBSTITUÍDO NEM CONTER RASURAS.**

Duração total da prova: 3 horas

Anote o seu gabarito.

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.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EMBRANCO

PORTUGUÊS INSTRUMENTAL

Leia o seguinte texto, que servirá de base para as próximas 05 (cinco) questões:

O Legado da Doutora Zilda Arns

Frei Betto

Se milhares de jovens e adultos brasileiros e estrangeiros sobrevivem, hoje, às condições de extrema pobreza em que nasceram, devem isso em especial à doutora Zilda Arns. Conheci-a através de seu irmão, o cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, hoje arcebispo emérito de São Paulo. Trazia sempre nos lábios um sorriso tímido, a fala mansa, suave, e, apesar dos gestos contidos, manifestava profunda firmeza de caráter.

Na virada das décadas 1970-1980, o Brasil se redemocratizava e a sociedade civil se reorganizava. Fundada em 1983, hoje a Pastoral da Criança atua em 20 países, principalmente junto a famílias de baixa renda, onde acompanha as gestantes, os partos, o desenvolvimento das crianças de zero a 6 anos de idade.

Inspirada na metodologia de Paulo Freire – os pobres como sujeitos sociais e políticos de sua emancipação da pobreza – a Pastoral da Criança criou uma extensa rede de voluntários a partir da capacitação dos pais das crianças atendidas. O beneficiário de hoje é o agente multiplicador de amanhã, responsável por acompanhar de 10 a 15 famílias vizinhas prestes a ter bebê, orientando-as em ações básicas de saúde, vacinas, cuidados pré e pós-natais, nutrição, educação e cidadania.

Em 2004, Zilda Arns criou a Pastoral da Pessoa Idosa, hoje integrada por milhares de homens e mulheres com mais de 60 anos de idade, rejuvenescidos por descobrirem que velhice não é doença, nem ociosa espera da morte.

No Brasil, já foram atendidas pela Pastoral da Criança, em 27 anos de atuação, 1,6 milhão de crianças e 1,2 milhão de famílias pobres, em 4.063 municípios, graças à dedicação de 260 mil voluntários, dos quais 141 mil são líderes que vivem em comunidades pobres. Zilda Arns fez, sim, o milagre da multiplicação dos pães, ou seja, da vida. Aonde a Pastoral da Criança chega, no primeiro ano o índice de mortalidade infantil cai em torno de 20%.

Estima-se que, no exterior, a Pastoral da Criança já salvou a vida de ao menos 200 mil bebês. Na América Latina ela se faz presente no Paraguai, Argentina, Honduras, México, Venezuela, Bolívia, Uruguai, Peru, Panamá, República Dominicana, Colômbia, Guatemala e também no Haiti, onde sua fundadora encontrou a morte – em plena trincheira de trabalho para salvar vidas – a 12 de janeiro último, em decorrência do terremoto que arruinou aquele país do Caribe. Na África, a Pastoral atua na Guiné-Bissau, Moçambique e Guiné; e na Ásia, nas Filipinas e Timor Leste.

Trabalhei com Zilda Arns em 2003/2004, quando a Pastoral da Criança se fez parceira, de primeira hora, do Fome Zero. Ela tinha muito a nos ensinar. Crianças nascidas em situação de extrema pobreza são salvas da desnutrição e da diarreia graças a medidas simples, como a pesagem periódica de bebês, o soro caseiro e a farinha multimistura, preparada com sementes e “restos” de alimentos, como talos de verduras, cascas de frutas e ovos. O custo criança/mês é inferior a R\$ 1,7.

Graças à intensa mobilização suscitada pelo apelo de combate à desnutrição, o Fome Zero recebia inúmeras doações. Certo dia ligou um empresário de Birigui (SP), disposto a doar 100 mil pares de calçados para crianças. E, como tantos doadores, queria visibilizar o gesto em Brasília, em vez de destinar a doação diretamente aos municípios priorizados pelo programa. Logramos convencê-lo do contrário.

Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contatou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugeri que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns. Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...

No lançamento do Fome Zero, em 2003, Zilda Arns discordou de se exigir, dos beneficiários, comprovantes de gastos em alimentos, de modo a garantir que o dinheiro não se destinasse a outras compras. Oded Grajew e eu a apoiamos, concordamos que apresentar comprovantes não era relevante, valia apenas como forma de se verificar resultados. Haveria que confiar na palavra dos beneficiários.

Em março de 2004, o governo decidiu esvaziar o Fome Zero, que tinha caráter emancipatório, e introduzir o Bolsa Família, de caráter compensatório. Zilda Arns, preocupada, convocou-me a Curitiba, sede da Pastoral da Criança, para reunião com ela, José Tubino, da FAO, e dom Aloysio Penna, então arcebispo de Botucatu (SP), que representava a CNBB. Tratamos das mudanças na área social do governo, em especial da decisão de se acabar com os Comitês Gestores do Fome Zero, já implantados em cerca de 2 mil municípios, pelos quais a sociedade civil atuava junto à gestão pública.

Zilda Arns temia que o Bolsa Família priorizasse a mera transferência de renda, submetendo-se à orientação que propõe tratar a pobreza com políticas compensatórias, sem tocar nas estruturas que promovem e asseguram a desigualdade social. Acreditava que as políticas sociais do governo só teriam êxito consolidado ao combinarem políticas de transferência de renda e mudanças estruturantes, ações emergenciais e educativas, como qualificação profissional.

Em artigo que divulgou por ocasião da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em Olinda, a criadora da Pastoral da Criança alertou que a política social “não deve estar sujeita à

política econômica. É hora de mudar esse paradigma. É a política econômica que deve estar sujeita ao combate à fome e à miséria.” E manifestou claramente a sua opinião: “Erradicar os Comitês Gestores seria um grave erro, por destruir uma capilaridade popular que fortalece o empoderamento da sociedade civil; (...) por reforçar o poder de prefeitos e vereadores, que nem sempre primam pela ética e lisura no trato com os recursos públicos. O governo não deve temer a parceria da sociedade civil, representada pelos Comitês Gestores.”

Seu apelo não teve eco. Os Comitês Gestores foram erradicados e, assim, a participação da sociedade civil nas políticas sociais do governo federal. Apesar de tudo, o ministro Patrus Ananias logrou aprimorar o Bolsa Família e o índice de redução da miséria absoluta no país, conforme dados recentes do Ipea. Falta encontrar a porta de saída aos beneficiários, de modo a produzirem a própria renda.

Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.

“Estou convencida” – disse ao público que a escutava numa igreja de Porto Príncipe, pouco antes de falecer, sob os escombros de uma igreja no Haiti, em decorrência do terremoto – “de que a solução da maioria dos problemas sociais está relacionada com a redução urgente das desigualdades sociais, a eliminação da corrupção, a promoção da justiça social, o acesso à saúde e à educação de qualidade, ajuda mútua financeira e técnica entre as nações, para a preservação e restauração do meio ambiente.” E acrescentou: “Devemos nos esforçar para que nossos legisladores elaborem leis e os governos executem políticas públicas que incentivem a qualidade da educação integral das crianças e saúde, como prioridade absoluta”.

O mesmo ocorre em relação à iniciativa privada. A Pastoral não compactua com simulacros de responsabilidade social, que mais visam ao marketing do que à promoção humana, porém aceita parcerias se resguardados os princípios éticos e metodológicos que lhe definem o caráter.

Zilda Arns ensinou que, em se tratando de reduzir as causas da pobreza, deve ser a mais curta possível a distância entre intenção e ação. “A fome é ontem”, dizia Betinho, o sociólogo Herbert de Souza. E, na contramão daqueles que, cheios de bons propósitos, quase nada fazem por se enredarem no cipal das fontes financiadoras, ela primeiro agia para, em seguida, buscar os recursos.

Fez da Pastoral da Criança uma extensa e intensa rede de solidariedade. Acreditou na generosidade e na capacidade das famílias beneficiárias, transformou os pobres, de objetos da ação social, em sujeitos multiplicadores de pequenas e capilares iniciativas que produzem grandes e eficientes resultados.

Ela não repassava dinheiro às famílias atendidas, não fazia promessas, não pedia atestado de pertença religiosa ou preferência política. Seu objetivo era salvar vidas precocemente ameaçadas pela injustiça da desigualdade social que marca a nossa sociedade. Soube confiar no saber popular, na eficácia de recursos domésticos e das práticas tradicionais que dispensam compras em farmácias e supermercados. Infundiu nos beneficiários e agentes multiplicadores da Pastoral a convicção de que a emancipação da pobreza não reside apenas no poder de consumo, mas sobretudo no dever de solidariedade.

“Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe dos predadores, das ameaças e dos perigos, e mais perto de Deus, devemos cuidar de nossas crianças como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-las”, declarou Zilda Arns ao encerrar a última palestra que proferiu, junto ao povo sofrido do Haiti.

O Prêmio Nobel da Paz merecia esta mulher.

Fonte: *Sítio da Pastoral da Criança* – www.pastoraldacrianca.org.br
(Texto adaptado)

1. Com base na leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:
 - A) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que os beneficiários do Fome Zero deveriam comprovar os gastos alimentares.
 - B) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que a política social não deveria se sujeitar à política econômica.
 - C) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns defendia que o Bolsa Família priorizasse a transferência de renda, ou seja, o assistencialismo.
 - D) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns acreditava que entre a intenção e a ação de combater a pobreza deveria existir um grande espaço de reflexão teórica, a fim de primeiro buscar fontes de financiamento.
 - E) Para o autor, o trabalho de Zilda Arns tem como principal legado o repasse de dinheiro às famílias assistidas pelos programas sociais do governo.
2. A partir da leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **INCORRETA**:
 - A) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns transformou a Pastoral da Criança em uma rede de solidariedade.
 - B) Segundo o texto, Zilda Arns preferia agir antes de buscar recursos.
 - C) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns não acreditava em mudanças na estrutura social, mas em ações paliativas que, a longo prazo, surtem efeitos modificadores na realidade de pobreza existente no Brasil.
 - D) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o governo não deveria temer as parcerias formadas pela sociedade civil.
 - E) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o Poder Legislativo também tem um importante

papel a cumprir no que tange às melhorias das condições sociais das crianças.

3. Sobre os dados presentes no texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Mais da metade dos voluntários da Pastoral da Criança vivem em comunidades pobres.
- B) A ação da Pastoral da Criança, em uma dada localidade carente, faz com que os índices de mortalidade infantil caiam mais de 50%.
- C) A Pastoral da Criança, em seus anos de atuação, atendeu mais famílias pobres que crianças carentes.
- D) A Pastoral da Criança não atua fora dos territórios americano e africano.
- E) A Pastoral da Criança foi fundada por Paulo Freire.

4. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:

Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.

- A) O pronome “lhes”, utilizado em “exige-lhes”, faz referência à “Pastoral da Criança”.
- B) O pronome “o”, em “critica-o”, faz referência a “recursos”.
- C) A palavra “nos”, em “Zilda Arns nos deixa”, é uma preposição.
- D) A palavra “pelo”, em “eventos convocados pelo governo”, é um pronome demonstrativo.
- E) A palavra “esta” faz referência à “Pastoral da Criança” e é um pronome demonstrativo.

5. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:

Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contactou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugerí que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns.

Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...

- A) A palavra “se”, em “contactou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos”, tem efeito aditivo.
- B) Em “Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...”, a palavra “nem” foi utilizada com efeito condicional.
- C) A palavra “sugerí”, em “sugerí que recorresse à Pastoral da Criança”, faz referência a Roberto Guimarães.
- D) Em “Mas... a que endereços?”, a palavra “mas” tem efeito explicativo.
- E) Em “Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns”, a palavra “ficamos” se refere a Roberto Guimarães e ao próprio autor, Frei Betto.

POLÍTICA DE SAÚDE

6. A Constituição Federal assinala, no Capítulo 2, dos Direitos Sociais, artigo 6, que a saúde é um direito. O conceito de saúde, de acordo com a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, é:

- A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- B) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições mínimas ao seu pleno exercício.
- C) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
- D) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o dever das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade na busca de bem estar físico, mental, espiritual e sanitário.
- E) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de ações intersetoriais e interdepartamentais que garantam as pessoas o acesso a bens e serviços.

7. A Política Nacional do Idoso, a fim de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, deve:

- I. Estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casais, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.

- II. Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes multiprofissionais.
- III. Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmações I e III.
B) Apenas a afirmação I.
C) Apenas a afirmação II.
D) Todas as afirmações.
E) Apenas as afirmações II e III.

8. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, que atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Sobre a criação e a organização dos Conselhos de Saúde, considere as afirmações a seguir:

- I. A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n. 8.142/90.
- II. O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei.
- III. As vagas do Conselho de Saúde deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as afirmações.**
B) Somente as afirmações I e II.
C) Somente a afirmação I.
D) Somente as afirmações II e III.
E) Somente as afirmações I e III.

9. Em relação à Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria n. 648/GM/2006, afirma-se:

- I. A Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.
- II. O Ministério da Saúde, em setembro de 2006, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: (i) o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) o Pacto em Defesa da Vida e (iii) o Pacto de Gestão.

- III. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as assertivas.**
B) Apenas as assertivas I e III.
C) Apenas a assertiva III.
D) Apenas as assertivas I e II.
E) Apenas a assertiva I.

10. As ações e serviços de saúde, implementadas pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por alguns mecanismos entre os quais:

- I. Transferências regulares e automáticas.
II. Remuneração por serviços produzidos.
III. Convênios.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as opções I e III.
B) Todas as opções.
C) Apenas as opções II e III.
D) Apenas as opções I e II.
E) Apenas a opção II.

ÉTICA E BIOÉTICA

11. Em relação aos princípios fundamentais do Código de Ética Médica, é **CORRETO** afirmar:

- A) A medicina pode, uma vez devidamente cadastrada na junta comercial e órgãos competentes, ser exercida como comércio.
- B) O médico não necessita denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida, pois essa não é sua função.
- C) O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizar conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra a dignidade e integridade deste.**
- D) O médico está impedido, por lei, de ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético e profissional da medicina e seu aprimoramento técnico.

- E) O trabalho do médico pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, mas somente se a finalidade for política ou religiosa.
12. Conforme o Código de Ética Médica, especificamente sobre os direitos do médico, é **CORRETO** afirmar:
- A) Cabe ao médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalha quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- B) Mesmo quando as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente, o profissional médico não pode se recusar a exercer sua profissão em instituição pública.
- C) O profissional médico não pode se recusar a realizar atos médicos em hospital público, os quais, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- D) Em sua relação de trabalho, o médico deve dedicar ao paciente o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua função, evitando, dessa maneira, que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente – salvo quando esta sobrecarga tenha sido a agendada e determinada por superior.
- E) O médico deve requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão, exceto quando isso ocorrer em instituições públicas.
13. Com relação ao Código de Ética Médica, especificamente sobre a relação com pacientes e familiares, é **CORRETO** afirmar:
- A) O médico assistente não pode deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, mesmo quando a comunicação direta possa provocar nesse paciente algum dano; em todos os casos, a comunicação deve ser feita ao seu responsável legal e, se for empregado, ao seu empregador.
- B) O profissional médico está impedido de desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.
- C) O médico não tem o direito de renunciar ao atendimento, apesar da ocorrência de fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional; antes, deve comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo-lhe todas as informações necessárias.
- D) O médico não pode abandonar o paciente, ainda que por justa causa comunicada ao paciente ou a seus familiares. No entanto, há exceção: o médico pode abandonar o paciente caso este seja portador de moléstia crônica ou incurável.
- E) Desde que seja para sua ascensão profissional, o médico pode se favorecer de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira, ou política.
14. “A palavra bioética designa um conjunto de pesquisas, de discursos e práticas, via de regra pluridisciplinares, que têm por objeto esclarecer e resolver questões éticas suscitadas pelos avanços e a aplicação das tecnociências biomédicas. (...) A rigor, a bioética não é nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma nova ética, pois sua prática e seu discurso se situam na interseção entre várias tecnociências (em particular, a medicina e a biologia, com suas múltiplas especializações); ciências humanas (sociologia, psicologia, politologia, psicanálise (...)) e disciplinas que não são propriamente ciências: a ética, para começar; o direito e, de maneira geral, a filosofia e a teologia. (...) A complexidade da bioética é, de fato, tríplice. Em primeiro lugar, está na encruzilhada entre um grande número de disciplinas. Em segundo lugar, o espaço de encontro, mais ou menos conflitivo, de ideologias, morais, religiões, filosofias. Por fim, ela é um lugar de importantes embates (*enjeux*) para uma multidão de grupos de interesses e de poderes constitutivos da sociedade civil: associação de pacientes; corpo médico; defensores dos animais; associações paramédicas; grupos ecologistas; agrobusiness; indústrias farmacêuticas e de tecnologias médicas; bioindústria em geral.” Fonte: HOTTOIS, G. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck, 2001, pp. 124-126.
- Desse modo, entende-se que:
- A) A bioética restringe-se às pesquisas científicas.
- B) A bioética é de atenção exclusiva de outros profissionais da saúde, com exceção do médico.
- C) A bioética é uma linha de pensamento que surge para justificar os deslizes éticos do profissional médico.
- D) A bioética é parte obrigatória do pensamento reflexivo do profissional médico em suas atividades diárias.
- E) A bioética nada tem a ver com o exercício da profissão do médico no seu dia a dia.
15. É certo que existe hoje a necessidade da hierarquização dos problemas e das soluções que se apresentam para que não se perca a coerência na assistência ao idoso: deve ser sempre lembrado que, à medida que o envelhecimento progride, o prognóstico passa a ocupar lugar de destaque em relação ao diagnóstico e a algumas terapêuticas indicadas. Isso torna imperativo o conhecimento do idoso e do processo que o envolve para que se possa avaliar a relação entre o risco e o benefício de certas condutas, por vezes tão agressivas a ponto de não se justificarem ao contexto em que se apresentam. Nesse sentido, pode-se afirmar:

- A) Deve-se lançar mão de todos os meios diagnósticos e terapêuticos nas mais diversas ocorrências, mesmo em se tratando de pacientes idosos e terminais, independente da vontade destes – ainda que tais medidas não contribuam para a cura ou alívio do seu sofrimento.
- B) A medicina baseada em evidências não se aplica a pacientes idosos ou terminais, tanto que medidas extremas são aceitas, mesmo sem comprovação científica de sua efetividade.
- C) É desnecessária na medicina a discussão pautada na equalização dos custos com a assistência sem desvios dos preceitos éticos e morais, de modo a promover um maior controle de custos que não prive o idoso de suas necessidades.
- D) As diversas situações clínicas, que se apresentem ao paciente idoso devem ser avaliadas de maneira particular em cada caso; e, a partir dessa avaliação, realizar uma abordagem diagnóstica e terapêutica específica à situação de cada paciente. A decisão quanto ao procedimento terapêutico a ser adotado deve tomar por base também a relação custo/benefício de responsabilidade entre o médico e seu paciente ou o responsável legal deste.
- E) A vida, mesmo sem doenças, não carece de atenção, tornando pouco importante, no contexto atual, o envolvimento de indivíduos no cuidado do idoso, a partir de uma abordagem paliativa que vá proporcionar dignidade e garantir a manutenção da autoestima.

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

16. Considerando a relação médico-paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) O exame clínico, especialmente a anamnese, continua sendo o elemento principal do tripé em que se apoia a medicina. Os outros dois componentes são os exames de laboratório e os equipamentos que produzem traçados e imagens.
- B) O paciente deve submeter-se a todas as decisões médicas sem questionamento, pois essa é a base da boa relação médico-paciente.
- C) A participação ativa do paciente e de seus familiares nas decisões constitui um grande entrave na relação médico-paciente.
- D) Os fenômenos psicodinâmicos de transferência e contratransferência ocorrem somente na relação médico-paciente em psiquiatria.
- E) O médico ideal é considerado aquele especialista sem a visão de integralidade no atendimento do paciente, mas profundo conhecedor de sua especialidade.

17. Em relação aos métodos clínicos de avaliação de um paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) A posição em decúbito ventral nunca é utilizada nas manobras do exame físico.
- B) Na avaliação do paciente, conhecer as condições sanitárias da comunidade é desnecessário.
- C) São componentes de uma anamnese de um paciente: identificação, queixa principal, histórico da doença atual, interrogatório sintomático, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais bem como as condições ambientais.
- D) A anamnese deve sempre ser dirigida e objetiva. Nesse sentido, o relato livre do paciente está desaconselhado.
- E) A anamnese tem sempre a mesma estrutura em qualquer especialidade, mesmo em psiquiatria.

18. Como sintomas gerais, é **CORRETO** afirmar:

- A) Taquicardia não está relacionada a manifestações do sistema endócrino.
- B) No aparelho digestório a dor pode ser uma manifestação de problemas no estômago, intestino delgado, cólon, reto, ânus, fígado e vias biliares e pâncreas.
- C) As doenças do coração e grandes vasos não têm relação com as queixas de insônia ou sono inquieto.
- D) Incontinência fecal não se relaciona com patologias neurológicas
- E) Disfagia não está relacionada a nenhuma doença de paratireoides.

19. Assinale a alternativa que apresenta **CORRETA** relação entre a radiculopatia e a dor irradiada:

- A) Radiculopatia de L5 – dor lombar com irradiação para a nádega e face posteriolateral da coxa e perna, até a região do maléolo lateral.
- B) Radiculopatia de S1 – dor dorsal com irradiação anterior, passando pela escápula e para a área mamilar.
- C) Radiculopatia de T4 – dor lombar com irradiação para nádega e face posterior da coxa e perna até a região do calcanhar.
- D) Radiculopatia de C6 – dor dorsal na transição toracolombar, com irradiação anterior e inferior para a virilha.
- E) Radiculopatia de L1 – dor cervical com irradiação para a face lateral do braço e antebraço.

20. Considerando a possibilidade de dor irradiada e sua relação com os diagnósticos mais prováveis, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Dor epigástrica relaciona-se com apendicite.
- B) Face medial do braço relaciona-se com cálculo renal.
- C) Dor na genitália externa relaciona-se com pericardite.

- D) Dor na escápula e no ombro relaciona-se com cálculo renal.
 E) Dor em flanco irradiada para a virilha relaciona-se com infarto do miocárdio.

21. Com relação à classificação dos tipos de dor, relacione a 1ª coluna com a 2ª.

- I. Alodínia () Sensibilidade aumentada à estimulação nociva, resultante da diminuição do limiar de sensibilidade.
 II. Causalgia () Sensação anormal desagradável, seja espontânea ou não.
 III. Disestesia () Dor que surge como resultado de estimulação não nociva da pele, mas que pode provocar dor nos locais de dor referida.
 IV. Hiperalgisia () Síndrome dolorosa queimante, que persiste após lesão nervosa traumática, associada à disfunção vasomotora, sudomotora e alterações tróficas tardias.

Marque a alternativa com a sequência **CORRETA**:

- A) IV, I, III, II
 B) II, I, III, IV
 C) III, IV, II, I
 D) I, II, III, IV
 E) IV, III, I, II

22. Assinale a alternativa que indica **CORRETAMENTE** um dos mecanismos que contribuem para a redução do débito cardíaco no paciente idoso:

- A) Aumento da resposta de elevação da frequência cardíaca ao esforço ou qualquer outro estímulo.
 B) Redução da resistência periférica com redução da pós-carga, facilitando a ejeção ventricular.
 C) Aumento da resposta inotrópica e cronotrópica de coração às catecolaminas.
 D) Redução da complacência do ventrículo esquerdo com retardo do enchimento ventricular.
 E) Aumento da complacência do ventrículo esquerdo com retardo do enchimento ventricular.

23. Assinale a alternativa que indica **CORRETAMENTE** a fisiopatologia do descontrole da temperatura (hipertermia) no idoso:

- A) Elevação do limiar central de temperatura.
 B) Elevação da capacidade de percepção do calor.
 C) Elevação da resposta vasodilatadora ao calor.
 D) Elevação da sudorese.
 E) Elevação da reserva cardiovascular.

24. Marque a alternativa que indica **CORRETAMENTE** um dos mecanismos que predispõem pacientes idosos à hipotensão ortostática:

- A) Existe um aumento na capacidade de reter sal.
 B) Existe uma diminuição da sensibilidade dos barorreceptores.
 C) Existe um aumento do enchimento ventricular.
 D) Existem altos níveis de renina, aldosterona, principalmente ao assumir a posição supina.
 E) Existe um aumento da resposta de elevação da frequência cardíaca com a queda da pressão arterial.

25. Quanto aos achados laboratoriais no paciente idoso, é **CORRETO** afirmar:

- A) Os níveis séricos do ferro aumentam com a idade, porém os depósitos de ferro diminuem progressivamente, principalmente no sexo feminino.
 B) O envelhecimento se caracteriza por perda da reserva funcional renal com queda da filtração glomerular.
 C) O envelhecimento, por si só, altera profundamente os testes que avaliam a coagulação sanguínea, quando se considera principalmente o tempo de coagulação.
 D) A albumina plasmática aumenta com o envelhecimento, de modo que os pacientes idosos apresentam níveis de albumina de até 19 g/dL.
 E) Os níveis de ácido úrico reduzem linearmente com a idade. No homem idoso, eles se equiparam aos níveis mais inferiores das mulheres não idosas.

26. É indicação da traqueostomia de emergência:

- A) Obstrução respiratória baixa.
 B) Insuficiência respiratória por enfisema pulmonar.
 C) Obstrução respiratória alta.
 D) Traumatismo cranioencefálico.
 E) Síndrome da angústia respiratória do adulto.

27. Uma boa conduta em relação à traqueostomia para ventilação mecânica prolongada seria:

- A) Executá-la no trigésimo dia em virtude das lesões traqueais serem de baixa incidência.
 B) Fazer a incisão ou ressecção do primeiro anel traqueal para criar o estoma.
 C) Executá-la em torno do sétimo dia.
 D) Manter a pressão do balonete traqueal em torno de 30 mm de mercúrio.
 E) Dar preferência à cricotireoidostomia por ser mais fácil, mais rápida e mais segura.

28. Paciente masculino, 65 anos, tabagista de 40 cigarros/dia até 5 anos atrás, apresenta tosse crônica e úmida. O médico do Programa de Saúde da Família que o acompanha faz diagnóstico de bronquite crônica e enfisema. A radiografia de rotina mostrou

sinais de enfisema e nódulo com 20 mm no lobo superior direito. A tomografia computadorizada do tórax indicou nódulo periférico, a 3 mm da pleura visceral, sem calcificações com bordas ligeiramente serrilhadas sinais de enfisema pulmonar bilateral. O paciente se apresenta ansioso, preocupado com possibilidade de câncer de pulmão.

Dado esse contexto, qual é a conduta sugerida?

- I. PET CT.
- II. Punção do nódulo por guiada por tomografia computadorizada.
- III. Videotoroscopia e ressecção do nódulo.
- IV. Lobectomia em caso de positividade para malignidade no exame por congelamento.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as opções I e II.
- B) Apenas as opções I, III e IV.
- C) Apenas as opções II e IV.
- D) Todas as opções.**
- E) Apenas as opções III e IV.

29. O câncer de pulmão, do tipo não pequenas células, é diagnosticado, na maioria das vezes, em estágio avançado da doença, que não permite o seu melhor tratamento, a cirurgia. O sintoma ou sinal mais frequente nos seus portadores é:

- A) Hemoptise.
- B) Dor torácica.
- C) Febre.
- D) Dispneia.
- E) Tosse.**

30. Paciente com 75 anos de idade, tabagista com consumo de 20 cigarros/dia desde os 18 anos, é diagnosticado como doença pulmonar obstrutiva crônica. Provas de função pulmonar mostram capacidade vital de 60%, FEV1 de 62%. Não apresenta alterações cardiológicas significativas. Após episódio de hemoptise foi ao médico, que solicitou alguns exames: a radiografia de tórax mostra massa com 55 mm no lobo inferior direito; a tomografia computadorizada confirma esse achado e demonstra nódulos traqueobrônquicos ou paratraqueais baixos (4R) com 11 mm de diâmetro; e broncoscopia apresenta lesão vegetante do brônquio do lobo inferior direito e entrada do lobo médio.

A(s) conduta(s) mais adequada(s) nesse caso é(são):

- I. PET CT.
- II. Mediastinoscopia.
- III. Bilobectomia média e inferior direita.
- IV. Estadiamento completo.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as opções I e III.
- B) Apenas as opções III e IV.

- C) Apenas as opções II e IV.
- D) Apenas as opções I, III e IV.
- E) Todas as opções.**

31. São contraindicações para a ressecção pulmonar no câncer de pulmão, do tipo não pequenas células:

- I. Derrame pleural maligno.
- II. Fístula traqueoesofágica.
- III. Derrame pericárdico maligno.
- IV. Paralisia do nervo laringico recorrente.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as opções.**
- B) Apenas as opções I e II.
- C) Apenas as opções I, III e IV.
- D) Apenas as opções II e IV.
- E) Apenas as opções II e III.

32. Embora tenha havido decréscimo da sua incidência, o empiema pleural ainda é responsável por elevado índice de mortalidade e morbidade. O seu tratamento é baseado nas fases do empiema pleural e na presença ou não de fístula broncopleural. Sobre essa doença, avalie as alternativas abaixo e marque a **CORRETA**:

- A) Na fase aguda ou exudativa, o melhor tratamento é a pleurostomia aberta.
- B) Pode haver indicação para videotoroscopia em qualquer fase do empiema pleural.**
- C) Na fase crônica ou estágio III, o melhor tratamento é a toracostomia com drenagem pleural fechada.
- D) Na fase fibrinopurulenta, não há indicação para videotoroscopia.
- E) Na fase crônica ou estágio III, não há indicação para decorticação pulmonar.

33. Os tumores do mediastino, constituídos por cistos ou massas, podem ocorrer em qualquer idade. Classificam-se como sintomáticos, oligossintomáticos ou mesmo assintomáticos. Geralmente são descobertos em radiografia de tórax efetuada por outro motivo. A sua localização anatômica permite raciocínio sobre a origem do tumor, orientando, portanto, a investigação diagnóstica e servindo de base para a conduta terapêutica.

Sobre a origem desses tumores, é **CORRETO** afirmar:

- A) Os tumores de origem nervosa nunca podem ter origem no mediastino médio.
- B) Os tumores de glândula tireóide sempre têm sua origem no pescoço.
- C) Os tumores dos gânglios linfáticos podem ter sua origem em qualquer compartimento do mediastino.**
- D) Os cistos broncogênicos são predominantemente da periferia pulmonar, extrapleurar.

- E) Para o diagnóstico de timoma, é preciso que a massa mediastinal esteja acompanhada de sintomas de miastenia *gravis*.
34. Paciente com 65 anos de idade, tabagista, apresenta tosse crônica e dispneia ao realizar médios esforços. Não está em acompanhamento médico adequado. Apresentou dor súbita, de forte intensidade, no hemitórax esquerdo com irradiação para a fossa supraescapular esquerda, sensação de sufocação e dispneia. Exame físico mostrou paciente ansioso, ligeiramente cianótico, diminuição da expansibilidade, principalmente à esquerda, discreto abafamento de bulhas, timpanismo no hemitórax esquerdo e diminuição acentuada do murmúrio vesicular à esquerda. Para esse caso, o diagnóstico mais provável é:
- A) Infarto agudo do miocárdio.
 B) *Angina Pectoris*.
 C) Derrame pleural agudo.
 D) Síndrome de Boerhave.
 E) Pneumotórax espontâneo secundário.
35. O melhor conjunto de condutas para o paciente da questão anterior seria:
- A) Dosagem de enzimas; eletrocardiograma; cateterismo cardíaco.
 B) Radiografia do tórax; toracocentese e biópsia pleural; análise laboratorial do líquido pleural.
 C) Radiografia contrastada do esôfago, do estômago e do duodeno; esofagoscopia; toracotomia esquerda.
 D) Radiografia do tórax; toracotomia com drenagem pleural fechada; tomografia computadorizada; videotoracoscopia com ressecção de *blebs*; videotoracoscopia para pleurodese.
 E) Radiografia do tórax; toracocentese definitiva.
36. Em relação à parede torácica e ao trauma físico no idoso, pode-se afirmar que:
- A) A doença pulmonar subjacente não tem impacto na morbidade e mortalidade no idoso, vítima de trauma torácico fechado.
 B) Pacientes idosos, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoporose, uso de corticosteroide, podem ter fratura(s) de costela(s) ocasionada(s) por tosse, especialmente se for tosse intensa.
 C) A toracostomia com drenagem pleural fechada, diferente do paciente jovem ou adulto, não tem indicação no manejo do trauma torácico do idoso.
 D) Hemotórax coagulado ou hemotórax retido são sempre indicações de toracotomia.
 E) A despeito do avanço tecnológico e instrumental, a videotoracoscopia/cirurgia torácica videoassistida não tem lugar no manejo do trauma torácico no idoso.
37. Paciente masculino com 82 anos de idade, tabagista há muito tempo, apresenta, há um mês, dor insidiosa no hemitórax esquerdo, bem como dispneia progressiva. Radiografia do tórax evidenciou derrame pleural em 2/3 do hemitórax esquerdo. Nesse caso, a melhor conduta incluiria:
- A) Toracocentese como medida terapêutica definitiva (com retirada do máximo de líquido possível), pois o paciente já é muito idoso.
 B) Toracocentese (com retirada do máximo de líquido possível), biópsia pleural e pleurodese imediata no mesmo ato cirúrgico para economizar tempo.
 C) Toracostomia com drenagem pleural fechada.
 D) Toracocentese de repetição.
 E) Toracocentese (com retirada do máximo de líquido possível), biópsia pleural e aguarda exame patológico para decidir conduta.
38. As indicações de ressecção no tratamento do enfisema bolhoso são:
- I. Bolha isolada ocupa 30-50% do hemitórax com compressão do pulmão subjacente comprovada.
 II. Crescimento progressivo através dos anos.
 III. Dispneia.
 IV. Rotura da bolha.
- Está(ão) **CORRETA(S)**:
- A) Somente as opções I, III, IV.
 B) Somente as opções II e III.
 C) Somente as opções III e IV.
 D) Somente as opções II e IV.
 E) Todas as opções.
39. A broncoscopia na forma de fibrobroncoscopia ou videobroncoscopia, ao contrário da endoscopia digestiva, é subindicada em virtude do desconhecimento das suas indicações. Pode ser considerado(a) como indicação para broncoscopia e biópsia transbrônquica guiada por intensificador de imagem:
- A) O enfisema bolhoso.
 B) O derrame pleural volumoso.
 C) O nódulo justapleural com 10 mm de diâmetro.
 D) A condensação/ massa pulmonar.
 E) A hemoptise maciça.
40. Os tumores neurogênicos do mediastino são responsáveis por 15-20% de todos os tumores ou massa do mediastino. Classificam-se como assintomáticos ou sintomáticos, muito agressivos pelo alto grau de malignidade com alto grau de recidiva ou benigno sem recidiva. Podem estar presentes na infância e mesmo nos pacientes idosos. Em relação a esse grupo de tumores, afirma-se **CORRETAMENTE**:

- A) Os ganglioneuromas se originam das bainhas dos nervos intercostais, sendo responsáveis por dor no trajeto do nervo intercostal ao qual pertencem.
- B) Nos tumores em ampulheta, isto é, com componente torácico e no canal medular, é aconselhável fazer a ressecção em dois tempos.
- C) Os schwannomas se originam da bainha nervosa.**
- D) O diagnóstico de neuroblastoma pode ser feito pela dosagem de ácido vanilmandélico e homovanilmandélico no sangue.
- E) O neuroblastoma ocorre preferencialmente entre 50-60 anos e é altamente sensível à radioterapia, podendo ser esta o tratamento de escolha.