



12 DE FEVEREIRO DE 2012

## CLÍNICA MÉDICA INTENSIVISTA

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](http://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; agro-business; 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:

- 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.
- F) O paciente deve submeter-se a todas as decisões médicas sem questionamento, pois essa é a base da boa relação médico-paciente.
- G) A participação ativa do paciente e de seus familiares nas decisões constitui um grande entrave na relação médico-paciente.
- H) Os fenômenos psicodinâmicos de transferência e contratransferência ocorrem somente na relação médico-paciente em psiquiatria.
- I) 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:

- Radiculopatia de L5 – dor lombar com irradiação para a nádega e face posterolateral da coxa e perna, até a região do maléolo lateral.
- J) Radiculopatia de S1 – dor dorsal com irradiação anterior, passando pela escápula e para a área mamilar.
- K) Radiculopatia de T4 – dor lombar com irradiação para nádega e face posterior da coxa e perna até a região do calcanhar.
- L) Radiculopatia de C6 – dor dorsal na transição toracolombar, com irradiação anterior e inferior para a virilha.
- M) 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:

- Dor epigástrica relaciona-se com apendicite.
- N) Face medial do braço relaciona-se com cálculo renal.
- O) Dor na genitália externa relaciona-se com pericardite.



- P) Dor na escápula e no ombro relaciona-se com cálculo renal.  
 Q) 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. Hiperálgia ( ) 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. De acordo com as atuais diretrizes sobre a terapia precoce de ressuscitação hemodinâmica dirigida por metas na abordagem do paciente com sepse grave e choque séptico, quais são os objetivos terapêuticos na fase aguda?

- A) PAM > 75 mmHg, SvcO<sub>2</sub> > 65%, diurese > 0,5 ml/Kg/h.  
 B) PAM > 65 mmHg, SvcO<sub>2</sub> > 65%, diurese > 1 ml/Kg/h.  
 C) PAM > 65 mmHg, SvcO<sub>2</sub> > 70%, diurese > 0,5 ml/Kg/h.  
 D) PAM > 75 mmHg, SvcO<sub>2</sub> > 65%, diurese > 0,5 ml/Kg/h.  
 E) PAM > 75 mmHg, SvcO<sub>2</sub> > 70%, diurese > 1 ml/Kg/h.

27. Mulher 63 anos, tabagista, não hipertensa, apresenta-se na UTI com febre e tosse produtiva há 2 dias. Exame acusa PA 100/60 mmHg, FC 106 bpm, FR 30 mrpm e T 38,7°C. Ritmo cardíaco regular sem sopro e ausculta pulmonar com roncos e estertores crepitantes em base direita. Abdome flácido, indolor, sem visceromegalia e membros inferiores com edema 1+/IV. Conceitualmente, qual a melhor definição para esse quadro?

- A) Síndrome da resposta inflamatória sistêmica.  
 B) Pneumonia.  
 C) Sepses pulmonar.  
 D) Sepses pulmonar grave.  
 E) Choque séptico de foco pulmonar.
28. H.A.S., homem de 62 anos com controle irregular da pressão arterial relata que sofre fadiga e dispnéia há 2 anos. Nega coronariopatia, DM, etilismo ou tabagismo. Epidemiologia para Chagas negativa. Deu entrada na emergência com queixa de dispnéia em repouso há 3 dias. Ao exame estava dispneico 2+/IV cianose discreta, estase jugular moderada. PA = 100/84 mmHg, pulso 114 bpm, afebril, peso 82 Kg, altura 1,60 cm. O ritmo cardíaco mostrou-se bastante irregular SS 2+/IV em foco mitral com irradiação para axila. Estertores finos em bases pulmonares, fígado a 3 cm do rebordo costal direito e doloroso e edema 2+/IV de MMII. É manejado na emergência com ICC descompensada e internado na enfermaria. No 3º dia de internação, já mais estável, apresentou dispnéia, cianose e PCR responsiva às manobras de reanimação permanecendo em ventilação mecânica com noradrenalina sendo encaminhado à UTI. Dado esse contexto, quais das hipóteses abaixo são mais adequadas como diagnóstico diferencial dessa intercorrência neste paciente:
- A) TEP, AVC ou tamponamento cardíaco.  
 B) AVC, sepses ou TEP.  
 C) Sepses, pneumotórax ou IAM.  
 D) TEP, IAM ou arritmia.  
 E) HSA, TEP ou IAM.
29. Considerando o caso de um paciente com síndrome de abstinência alcoólica com hipertensão, febre, diaforese, tremores e agitação, responda: qual a melhor opção terapêutica inicial?
- A) Carbamazepina.  
 B) Barbitúrico.  
 C) Disulfiran.  
 D) Metoprolol.  
 E) Benzodiazepínico.
30. Paciente de 58 anos está internada na UTI há 9 dias por síndrome consuntiva, anemia e massa em região lombar. Evoluiu nas primeiras 24 horas com queda do nível de consciência e necessidade de diálise, sendo intubada e colocada em ventilação mecânica. Quatro dias após, apresentou vários picos febris na vigência de ceftriaxona e azitromicina associados à piora do infiltrado pulmonar em base direita, do leucograma e da relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. Dado esse contexto: qual a conduta mais apropriada?
- A) Solicitar novas culturas e, se positivas, adequar antibióticos.  
 B) Iniciar imediatamente carbapenêmico, vancomicina e cobertura para fungos.  
 C) Antibiótico apropriado.  
 D) Se não há relato de piora do escarro purulento pela cânula, não se podem fechar os critérios diagnósticos de pneumonia associada à ventilação mecânica. Porém, deve-se trocar o antibiótico após coleta de culturas.  
 E) Deve-se ampliar o espectro do antibiótico.
31. Com relação ao estado hiperosmolar hiperglicêmico não cetótico, é **CORRETO** afirmar:
- A) No exame físico encontram-se desidratação profunda, acentuada hiperglicemia, hipotensão arterial, taquicardia e alteração do nível de consciência.  
 B) É mais comum em adolescentes e com DM tipo 1.  
 C) Estão notavelmente presentes os sintomas de náuseas, vômitos, dor abdominal e respiração de Kussmaul.  
 D) É frequentemente desencadeado por estresse físico.  
 E) É fundamental a reposição precoce de potássio e magnésio na fase aguda.
32. São medidas universalmente aceitas para profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica, **EXCETO**:
- A) Cabeceira elevada.  
 B) Descontaminação seletiva do trato digestivo.  
 C) Higiene das mãos.  
 D) Uso racional de antibióticos.  
 E) Uso ventilação não invasiva, se possível.
33. Paciente JJW, 70 anos, masculino, há 12 horas em observação no PA (pronto-atendimento) por febre de 39°C (graus Celcius) e com evidência de quadro infeccioso com foco presumível pulmonar (conforme passagem de plantão e descrição no prontuário), além de mal-estar não especificado. Em reavaliação, pela manhã, e após uso de sintomáticos para febre durante à noite, os dados foram: FC (frequência cardíaca) 90 bpm (batimentos por minuto), ritmo irregular; FR (frequência respiratória) 18 ipm (incursões por minuto); temperatura 38,5°C; hemograma anexado ao prontuário apresentando hemoglobina de 6,6 g/dL (gramas por decilitros), 2.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> (por milímetros cúbicos) e 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>; glicemia capilar 110 mg/dL (miligramas por decilitro). Notava-se também que o paciente oscilava entre sonolência e obnubilação (lento para respostas por estímulo verbal ou tátil), diurese aferida em recipiente apresentando em torno de 10mL/h (mililitros por hora), e presença de tosse com eventual eliminação de secreção espessa com raias de sangue. A pressão arterial de controle variou entre 90 e 98 mmHg (milímetros de mercúrio) de sistólica, e 54 a 56mmHg de diastólica. Apresenta histórico progressivo: fibrilação atrial, hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular e tabagismo (3 cigarros palha por dia há aproximadamente 50 anos).  
 O quadro descrito para o J.J.W. é de:

- A) Choque cardiogênico.  
 B) Choque séptico.  
 C) **Sepse grave.**  
 D) SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica).  
 E) Sepsis.
34. Em qual dos cenários abaixo, observados na UTI, é mais provável ocorrer tromboembolismo venoso?
- A) Obesa em ventilação mecânica com enoxiparina 40 mg subcutâneo ao dia.  
 B) PO de cirurgia cardíaca em caminhoneiro tabagista e diabético.  
 C) Jovem usuária de anticoncepcional após viagem de 3 horas em classe econômica internada por redução do nível de consciência.  
 D) Idosa no PO de cirurgia de quadril com heparina não fracionada 5.000 UI 12/12 horas.  
 E) **Lúpica com história prévia de TVP internada por neoplasia de mama.**
35. Paciente de 58 anos, com PO imediato de colecistectomia, sem intercorrências, sem doença pulmonar, chega à UTI intubada. Considerando esse quadro, responda: quais os parâmetros iniciais da ventilação mecânica?
- A) Volume corrente 10-12 mL/Kg; FiO<sub>2</sub> 0.5; PEEP 3-5 cmH<sub>2</sub>O.  
 B) Volume corrente 10-12 mL/Kg; FiO<sub>2</sub> 1; PEEP 7-10 cmH<sub>2</sub>O.  
 C) Volume corrente 6-8 mL/Kg; FiO<sub>2</sub> 0.4; PEEP 3-5 cmH<sub>2</sub>O.  
 D) **Volume corrente ≤ 6 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 30 cmH<sub>2</sub>O.**  
 E) Volume corrente 7 mL/Kg; FiO<sub>2</sub> 0.6; PEEP 7-10 cmH<sub>2</sub>O.
36. A mesma paciente da questão anterior (questão 35) evolui com dificuldade de desmame da ventilação mecânica, febre persistente no 3º PO, secreção purulenta no tubo orotraqueal, infiltrado pulmonar difuso bilateral e relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 136. Dado esse quadro, qual a estratégia protetora de ventilação mecânica sugerida no momento?
- A) Volume corrente ≤ 10 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 30 cmH<sub>2</sub>O.  
 B) **Volume corrente ≤ 6 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 30 cmH<sub>2</sub>O.**  
 C) Volume corrente ≤ 8 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 35 cmH<sub>2</sub>O.  
 D) Volume corrente ≤ 12 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 30 cmH<sub>2</sub>O.  
 E) Volume corrente ≤ 6 mL/Kg, mantendo a pressão de platô ≤ 35 cmH<sub>2</sub>O.
37. Homem de 58 anos com fibrilação atrial crônica apresentou quadro súbito de hemiparesia desproporcionada com predomínio fasciobraquial há 5 horas e 30 minutos. A TAC de crânio apresentou-se normal. Em relação à terapêutica padrão indicada para esse paciente assinale a alternativa **CORRETA**:
- A) Trombólise imediata, suporte hemodinâmico com PAM em torno de 100 mmHg.  
 B) AAS e clopidogrel, proteção de via aérea, suporte ventilatório e metabólico.  
 C) Manitol, suporte hemodinâmico invasivo com controle da pressão intracraniana.  
 D) Anticoagulação na fase aguda por se tratar de um AVE cardioembólico.  
 E) **AAS, suporte de via aérea, ventilatório, hemodinâmico e metabólico.**
38. É(são) fator(es) de risco para o *Delirium* na UTI, **EXCETO**:
- A) Deficiências auditivas e/ou visuais.  
 B) História prévia de AVE.  
 C) Etilismo.  
 D) Hipoxemia.  
 E) **Retirada diurna da sedação.**
39. Paciente de 42 anos, agricultor, previamente hígido é internado na UTI inconsciente com história de vômitos e diarreia. Em exame apresenta grande quantidade de secreção pulmonar, sialorreia e miose bilateral. Dado esse contexto, qual o tratamento mais apropriado para a condição clínica mais provável?
- A) Flumazenil.  
 B) Naloxone.  
 C) Plasma fresco.  
 D) **Atropina.**  
 E) Hidrocortisona.
40. Mulher de 56 anos desenvolve fibrilação atrial na UTI evoluindo com instabilidade hemodinâmica. Qual a conduta mais adequada para esse caso?
- A) Amiodarona.  
 B) Noradrenalina.  
 C) **Cardioversão.**  
 D) Desfibrilação.  
 E) Metoprolol.

EMBRANCO