



12 DE FEVEREIRO DE 2012

MÉDICO CLÍNICO GERAL PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

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? 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...

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 pancreas.
- 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. Dona Tereza, 72 anos, acompanhada pela equipe de atenção domiciliar por fazer uso de oxigênio domiciliar, mostrou ao seu médico os exames realizados na semana anterior. Seu médico afirmou que ela estava pré-diabética. Os prováveis resultados que levaram a esse diagnóstico são:
- A) O teste de tolerância oral à glicose, após 2 horas de sobrecarga com 75 g de glicose, entre 140 mg/dL e 199 mg/dL e o valor da hemoglobina glicada entre 6,5 e 7,5%.
B) A hemoglobina glicada com valor entre 5,7 e 6,4; e o valor da glicemia de jejum entre 126 mg/dL e 140 mg/dL.
C) O valor da glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL e o teste de tolerância oral à glicose, após 2 horas de sobrecarga com 75 g de glicose, entre 140 mg/dL e 199 mg/dL.
D) O valor da glicemia de jejum entre 126 mg/dL e 140 mg/dL, e o teste de tolerância oral à glicose, após 2 horas de sobrecarga com 75g de glicose, entre 200 mg/dL e 250 mg/dL.
E) O teste de tolerância oral à glicose, após 2 horas de sobrecarga com 75 g de glicose, entre 100 mg/dL e 140 mg/dL, e o valor da glicemia de jejum entre 140 mg/dL e 199 mg/dL.
27. A respeito da internação de uma pessoa diabética, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Na presença de glicemias acima de 1000 mg/dL devemos quantificar a cetonemia para afastar a possibilidade de cetoacidose diabética.
- B) Durante a internação eletiva de curta duração, os agentes orais não devem ser mantidos em paciente com DM tipo 2 bem controlado.
- C) Alguns autores realizam inicialmente a aplicação de bolus de insulina EV antes de iniciar a infusão contínua para reduzir o efeito da glicotoxicidade nas hiperglicemias acima de 300 mg/dL, utilizando uma fórmula padrão (glicemia \geq 300/100 = dose de insulina).
- D) A hiperglicemia, mais do que a hipoglicemia, no idoso, deve ser evitada pelo risco de desencadear quadros de delírio comuns neste paciente durante a internação hospitalar.
- E) Na alta hospitalar, independente do valor da hemoglobina glicada, o paciente deve receber insulino terapia nas doses aplicadas durante a internação, não sendo recomendado o retorno aos medicamentos utilizados anteriormente.

28. Com relação à tromboembolia pulmonar, avalie as assertivas a seguir:

- I. A tromboembolia pulmonar maciça corresponde à obstrução da circulação arterial que leva a uma redução da perfusão arterial pulmonar superior a 50%, enquanto a TEP submaciça corresponde à obstrução que leva a uma diminuição da perfusão arterial pulmonar inferior a 50%.
- II. As principais manifestações clínicas presentes nos episódios agudos submaciços de TEP são taquipneia (FR no adulto $>$ 20 ciclos/min), dispneia, dor torácica pleurítica, taquicardia, apreensão, tosse e hemoptise.
- III. O diagnóstico diferencial inclui IAM, aneurisma de aorta torácica, pericardite aguda, tamponamento cardíaco, pneumotórax, pneumomediastino, tumores torácicos, exsudatos, fratura de arcos costais, neuralgia intercostal, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, asma aguda, exacerbação de DPOC, pneumonias, tuberculose pleuropulmonar e bronquiectasias.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

29. Em relação à insuficiência cardíaca (IC), assinale a afirmativa **CORRETA**:

- A) A IC crônica é dividida em quatro classes, de acordo com a intensidade dos sintomas, que são: classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas; classe II - sintomas ao repouso; classe III - sintomas desencadeados por

grandes esforços; classe IV - sintomas com moderado esforço.

- B) Por não se tratar de doença pulmonar, os pacientes com IC não devem receber vacina contra *Influenza* e *Pneumococcus* anualmente.
- C) São contraindicações para o uso de betabloqueador: potássio sérico $>$ 3 mEq/l, estenose de artéria renal, hipotensão arterial sistêmica sintomática, estenose aórtica.
- D) Devido ao maior risco de tromboembolismo, somente os pacientes com IC classes III e IV devem receber profilaxia com heparina subcutânea durante a hospitalização.
- E) O eletrocardiograma normal tem um valor preditivo negativo superior a 90% para excluir disfunção sistólica e torna o diagnóstico de IC improvável.

30. As afirmativas a seguir versam sobre a nutrição enteral. Avalie-as.

- I. Para a posição gástrica, a medida da sonda deve ser definida pela distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifoide (aproximadamente 60 cm).
- II. Para a posição jejunal, a medida da sonda deve ser definida pela distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, deste até o apêndice xifoide (aproximadamente 60 cm) e acrescentados 10 a 15 cm, de acordo com o porte físico do paciente.
- III. A principal característica para a seleção de sondas enterais é a sua composição, como o poliuretano ou o silicone, os quais diminuem a irritação local e o risco de broncoaspiração, além de proporcionarem maior conforto ao paciente.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

31. Dona Elisa, 70 anos, apresenta-se com pressão arterial de 160/106 mmHg. Afirma que nunca teve PA elevada e que não faz tratamento continuamente. Em relação à hipertensão arterial sistêmica no idoso, é **CORRETO** afirmar:

- A) Quando o tratamento medicamentoso for necessário, a dose inicial deve ser mais baixa e o incremento de doses, ou a associação de novos medicamentos, deve ser feito com mais cuidado.
- B) O tratamento da hipertensão no idoso não reduz a incidência de déficit cognitivo e demência.
- C) O tratamento de hipertensos com idade acima de 79 anos por meio da associação de diuréticos de alça e vasodilatadores reduziu o desenvolvimento de AVE e das taxas de insuficiência cardíaca.
- D) O tratamento não medicamentoso é recomendado para os idosos, mas não há evidência de que a redução de sal na dieta seja benéfica.

- E) O objetivo do tratamento é a redução gradual da PA para valores abaixo de 120/80 mmHg. Em pacientes com valores muito elevados de PA sistólica, podem ser mantidos inicialmente níveis de até 130 mmHg.
- 32. Em relação ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, assinale a afirmativa CORRETA:**
- A) Os bloqueadores do canal de cálcio tem como mecanismo de ação a diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.
- B) Os inibidores da enzima conversores da angiotensina são eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos, em pacientes com insuficiência cardíaca, com infarto agudo do miocárdio, em especial quando apresentam baixa fração de ejeção.**
- C) Como monoterapia, os diuréticos apresentam efeito hipotensor discreto a longo prazo, devendo, portanto, ser associados a outros anti-hipertensivos, mas podem induzir ao aparecimento de tolerância.
- D) Os betabloqueadores atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com consequente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica.
- E) Os vasodilatadores diretos apresentam ação anti-hipertensiva na redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares.

33. Sobre o manejo do atendimento a pessoas com tuberculose, avalie as assertivas a seguir:

- I. O tratamento indicado para todos os casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), bem como para todos os casos de recidiva e retorno após abandono é isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol por dois meses, seguido de quatro meses de administração de rifampicina e isoniazida.
- II. A busca ativa, busca passiva e ações educativas devem ser realizadas para o controle da TB.
- III. O teste anti-HIV deve ser oferecido a todos os pacientes com TB.
- IV. Pacientes com suspeita de TB na radiografia de tórax e sem expectoração espontânea devem ser submetidos à indução de escarro.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

34. Sr. José, 78 anos, tabagista, 5 maços por ano, apresenta tosse produtiva há 5 dias, com dispneia progressiva e dor torácica, inapetência, febre não aferida há 2 dias. No exame físico, apresentou murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax esquerdo e roncos difusos. Diante do quadro apresentado, assinale a alternativa **CORRETA:**

- A) As pessoas provenientes de asilos e/ou de casas de saúde, os que receberam antibióticos por via endovenosa, os que passaram por quimioterapia e/ou tratamento de escaras nos 30 dias anteriores à doença; e/ou os que estejam em tratamento em clínicas de diálise, constituem atualmente um grupo especial que está incluído nas PACs.
- B) O diagnóstico de PAC baseia-se na presença de sintomas de doença aguda do trato respiratório inferior, e/ou achados focais no exame físico do tórax, e/ou manifestações sistêmicas.
- C) A taxa de mortalidade hospitalar mostra uma tendência decrescente, o que aponta para diversas hipóteses, tais como o envelhecimento da população.
- D) A classificação em padrões radiológicos (lobar, broncopneumônico e intersticial) é patognomônica para a predição do agente causal da PAC.
- E) A hemocultura deve ser reservada para a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave e no caso de pacientes internados não respondedores à terapêutica instituída.**

35. A presença da família é de suma importância para o acompanhamento e cuidado prestado à pessoa idosa. O médico, com relação à postura da família, deve observar:

- I. A autonomia: cada integrante da família tem que ser uma pessoa ímpar, que sente, pensa e age.
- II. A forma de expressão dos sentimentos, pois as famílias sempre apresentam seus conflitos de forma clara, verbalmente.
- III. A comunicação familiar: a forma com que se dá a comunicação é muitas vezes mais importante do que seu conteúdo.
- IV. A capacidade de lidar com perdas e a flexibilidade.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

36. José, 80 anos, compareceu à consulta médica por apresentar, há 3 horas, lesões eritematosas, pruriginosas de aproximadamente 2 cm com aspecto anêmico central, presente em tronco, membros e face. O idoso nega episódio anterior semelhante. É hipertenso, sem outras comorbidades, sob medicação de Hidroclorotiazida 25 mg e AAS 100 mg há mais de

- 5 anos. Diante do quadro apresentado, qual o provável diagnóstico?
- A) Rosácea.
 - B) Urticária aguda.**
 - C) Angioedema.
 - D) Prurigo estrófulo.
 - E) Urticária crônica.
37. Antônia, 89 anos, aposentada, apresenta-se com estatura de 154 cm e peso de 66,5 kg. Segundo os pontos de corte do IMC estabelecido para o idoso, qual afirmativa representa o estado nutricional da Sra Antônia?
- A) Com obesidade, já que seu IMC está superior a 25.
 - B) Com sobrepeso, já que seu IMC está superior a 25.
 - C) Com obesidade, já que seu IMC está superior a 27.
 - D) Dentro da normalidade, já que seu IMC está entre 25 e 30.
 - E) Com sobrepeso, já que seu IMC está superior a 27.**
38. Em relação à infecção do trato urinário (ITU) no idoso, assinale a afirmativa **CORRETA**.
- A) Bacteriúria assintomática deve ser tratada com antibióticos em qualquer situação.
 - B) As pielonefrites devem ser tratadas por períodos de 5 dias.
 - C) O tratamento com estrógeno vaginal em mulheres na menopausa não tem mostrado nenhuma eficácia na prevenção das recorrências das infecções.
 - D) As cistites bacterianas, em mulheres e em homens, podem ser tratadas por curto período de 3 dias.
 - E) A hidratação e o estímulo às micções frequentes contribuem para o tratamento e prevenção das ITUs.**
39. Em relação à cefaleia, assinale a afirmativa **CORRETA**:
- A) Cerca de 16% das cefaleias são ocasionadas por doenças graves, que necessitam de atendimento ambulatorial imediato.
 - B) A cefaleia tensional, subtipo episódico, afeta até 10% das pessoas de tempos em tempos e ao longo da vida.
 - C) A cefaleia em salvas (*cluster headache*) é caracterizada por dor unilateral, sendo predominantemente retro-orbital ou temporal, de intensidade fraca.
- D) O diagnóstico de enxaqueca e cefaleia tensional em idosos é um desafio, tendo em vista que o início dos sintomas depois dos 50 anos não é frequente e pode representar uma cefaleia de origem secundária.**
- E) As enxaquecas ou migrâneas são mais frequentes em homens do que em mulheres, numa proporção de 3/1, iniciando a partir da sexta década de vida.
40. Joaquim, 61 anos, compareceu à consulta médica, pois há 2 dias sofreu uma picada na coxa e, há aproximadamente 2 horas, apresenta lesão de 2,5 cm com base eritematosa com endurecimento local, centro com área isquêmica mesclada com área violácea e dor em queimação. Associado ao quadro, apresenta cefaleia e *rash*. No exame laboratorial não há presença de hemólise. A respeito desse caso, qual a melhor conduta no caso de acidente loxoscélico moderado?
- A) Notificar o caso, analgesia, anti-inflamatório local e retorno para reavaliação em 5 dias.
 - B) Não notificar o caso, analgesia, soro antiloxoscélico e encaminhar para acompanhamento no ambulatório de envenenamento.
 - C) Notificar o caso, aplicar soro antiloxoscélico, analgesia e uso de corticoide via oral por 5 dias.**
 - D) Não notificar o caso, analgesia, soro antiloxoscélico e retorno para reavaliação em 7 dias.
 - E) Notificar o caso, analgesia, soro antiloxoscélico e retorno para reavaliação em 7 dias.