

12 DE FEVEREIRO DE 2012

MÉDICO NEUROLOGISTA

N.º DO CARTÃO

NOME (LETRA DE FORMA)

ASSINATURA

INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES:

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

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

Duração total da prova: 3 horas

Anote o seu gabarito.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EMBRANCO

PORTUGUÊS INSTRUMENTAL

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

O Legado da Doutora Zilda Arns

Frei Betto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Prêmio Nobel da Paz merecia esta mulher.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POLÍTICA DE SAÚDE

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

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

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

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

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

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

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

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

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

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

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

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

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

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

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

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

ÉTICA E BIOÉTICA

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

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

- E) O trabalho do médico pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, mas somente se a finalidade for política ou religiosa.
12. Conforme o Código de Ética Médica, especificamente sobre os direitos do médico, é **CORRETO** afirmar:

- A) Cabe ao médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalha quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- B) Mesmo quando as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente, o profissional médico não pode se recusar a exercer sua profissão em instituição pública.
- C) O profissional médico não pode se recusar a realizar atos médicos em hospital público, os quais, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- D) Em sua relação de trabalho, o médico deve dedicar ao paciente o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua função, evitando, dessa maneira, que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente – salvo quando esta sobrecarga tenha sido a agendada e determinada por superior.
- E) O médico deve requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão, exceto quando isso ocorrer em instituições públicas.

13. Com relação ao Código de Ética Médica, especificamente sobre a relação com pacientes e familiares, é **CORRETO** afirmar:

- A) O médico assistente não pode deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, mesmo quando a comunicação direta possa provocar nesse paciente algum dano; em todos os casos, a comunicação deve ser feita ao seu responsável legal e, se for empregado, ao seu empregador.
- B) O profissional médico está impedido de desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.
- C) O médico não tem o direito de renunciar ao atendimento, apesar da ocorrência de fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional; antes, deve comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo-lhe todas as informações necessárias.
- D) O médico não pode abandonar o paciente, ainda que por justa causa comunicada ao paciente ou a seus familiares. No entanto, há exceção: o médico

pode abandonar o paciente caso este seja portador de moléstia crônica ou incurável.

- E) Desde que seja para sua ascensão profissional, o médico pode se favorecer de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira, ou política.

14. “A palavra bioética designa um conjunto de pesquisas, de discursos e práticas, via de regra pluridisciplinares, que têm por objeto esclarecer e resolver questões éticas suscitadas pelos avanços e a aplicação das tecnociências biomédicas. (...) A rigor, a bioética não é nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma nova ética, pois sua prática e seu discurso se situam na interseção entre várias tecnociências (em particular, a medicina e a biologia, com suas múltiplas especializações); ciências humanas (sociologia, psicologia, politologia, psicanálise (...)) e disciplinas que não são propriamente ciências: a ética, para começar; o direito e, de maneira geral, a filosofia e a teologia. (...) A complexidade da bioética é, de fato, tríplice. Em primeiro lugar, está na encruzilhada entre um grande número de disciplinas. Em segundo lugar, o espaço de encontro, mais ou menos conflitivo, de ideologias, morais, religiões, filosofias. Por fim, ela é um lugar de importantes embates (*enjeux*) para uma multidão de grupos de interesses e de poderes constitutivos da sociedade civil: associação de pacientes; corpo médico; defensores dos animais; associações paramédicas; grupos ecologistas; agrobusiness; indústrias farmacêuticas e de tecnologias médicas; bioindústria em geral.” Fonte: HOTTOIS, G. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck, 2001, pp. 124-126.

Desse modo, entende-se que:

- A) A bioética restringe-se às pesquisas científicas.
- B) A bioética é de atenção exclusiva de outros profissionais da saúde, com exceção do médico.
- C) A bioética é uma linha de pensamento que surge para justificar os deslizes éticos do profissional médico.
- D) A bioética é parte obrigatória do pensamento reflexivo do profissional médico em suas atividades diárias.
- E) A bioética nada tem a ver com o exercício da profissão do médico no seu dia a dia.

15. É certo que existe hoje a necessidade da hierarquização dos problemas e das soluções que se apresentam para que não se perca a coerência na assistência ao idoso: deve ser sempre lembrado que, à medida que o envelhecimento progride, o prognóstico passa a ocupar lugar de destaque em relação ao diagnóstico e a algumas terapêuticas indicadas. Isso torna imperativo o conhecimento do idoso e do processo que o envolve para que se possa avaliar a relação entre o risco e o benefício de certas condutas, por vezes tão agressivas a ponto de não se justificarem ao contexto em que se apresentam. Nesse sentido, pode-se afirmar:

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

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Alodínia () Sensibilidade aumentada à estimulação nociva, resultante da diminuição do limiar de sensibilidade.
 II. Causalgia () Sensação anormal desagradável, seja espontânea ou não.
 III. Disestesia () Dor que surge como resultado de estimulação não nociva da pele, mas que pode provocar dor nos locais de dor referida.
 IV. 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 complacência do ventrículo esquerdo com retardo do enchimento ventricular.
 C) Redução da resistência periférica com redução da pós-carga, facilitando a ejeção ventricular.
 D) Aumento da resposta inotrópica e cronotrópica de coração às catecolaminas.
 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 predis põem 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. Paciente masculino, 60 anos de idade, sem hábitos tóxicos e história de saúde anterior, é trazido pelo familiar por apresentar, desde o dia anterior, febre não aferida, três episódios de vômitos sem náuseas e prostração. No pronto-atendimento apresentou uma convulsão tônico-clônica generalizada. O médico, ao proceder ao exame, constata sinais clínicos de irritação meníngea.

São sinais clínicos de irritação meníngea:

- A) Rigidez de nuca, sinal de Lasègue e sinal de Kernig.
 B) Rigidez de nuca, sinal de Kernig e sinal de Lhermitte.
 C) Rigidez de nuca, sinal de Kernig e sinal de Brudzinski.
 D) Rigidez de nuca, sinal de Brudzinski e sinal de Gowers.
 E) Rigidez de nuca, sinal de Babinski e sinal de Brudzinski.

27. Paciente feminina, 60 anos de idade, sem hábitos tóxicos e com histórico de cefaleia há cinco anos com evolução por crises de duração de 2 horas, as quais se repetem de 6 em 6 meses, em períodos de até 3 meses diariamente. A dor sempre aparece com as mesmas características e quase sempre no mesmo

horário, 2 horas após deitar. A paciente consulta no pronto-atendimento por crises de dor de início súbito, intenso, insuportável, lancinante, na região orbitária à esquerda. Apresenta também vários sintomas ipsilaterais à dor: congestão conjuntival, lacrimejamento intenso, obstrução e congestão nasal. O médico observa que a paciente está lúcida, orientada e inquieta, e constata uma síndrome de Claude Bernard-Horner à esquerda e ausência de sinais de irritação meníngea. Nesse caso, o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são:

- A) Aneurisma cerebral retroorbitário roto. Encaminhar para angiografia cerebral urgente.
- B) Migrânea sem aura. Indicar repouso, quarto obscuro e aplicar diclofenaco 75 mg intramuscular.
- C) Cefaleia em salvas. Administrar oxigênio por máscara nasal a 7 L/min e sumatriptano spray nasal 20 mg.**
- D) Migrânea com aura. Indicar repouso, quarto obscuro, aplicar metoclopramida 10 mg endovenosa e diclofenaco 75 mg intramuscular.
- E) Cefaleia tipo tensional. Aliviar a dor com lbutuprofeno 600 mg via oral e encaminhar para tomografia cerebral urgente.

28. Paciente masculino, 55 anos de idade, com histórico de cefaleia desde a adolescência e sem outras doenças. Nos últimos seis meses, sofreu três crises por mês, de moderada intensidade e pulsátil, acompanhadas de enjoo e sem vômitos. As crises duram entre um a dois dias, com fonofobia e fotofobia, geralmente no hemicrânio direito. O paciente sabe que vai apresentar a crise, pois ela inicia com dor leve periorbitária que logo se intensifica e se irradia para o hemicrânio ipsilateral. Há três meses, queixa-se de distímia, insônia sem anedonia e de ter ideias suicidas. Exame clínico e neurológico apresentam-se normais.

Com base nesse caso, assinale a alternativa **CORRETA** segundo a história clínica:

- A) Cumpre com os critérios diagnósticos de migrânea com aura. Para tratamento das crises indicam-se antieméticos associados a anti-inflamatório não hormonal (AINH), ergotamínico ou triptano, via oral. O profilático inicial de eleição indicado seria amitriptilina 12.5 a 25 mg, via oral.
- B) Cumpre com os critérios diagnósticos de migrânea sem aura. Para tratamento das crises indicam-se antieméticos associados a anti-inflamatório não hormonal (AINH), ergotamínico ou triptano, via oral. O profilático inicial de eleição indicado seria amitriptilina 50-75 mg, via oral.
- C) Cumpre com os critérios diagnósticos de migrânea com aura. Para tratamento das crises indicam-se antieméticos associados a anti-inflamatório não hormonal (AINH), ergotamínico ou triptano, via oral. Não há critérios para usar medicações profiláticas, pois só apresenta três crises por mês de intensidade moderada.
- D) Cumpre com os critérios diagnósticos de migrânea sem aura. Para tratamento das crises indicam-se**

antieméticos associados a anti-inflamatório não hormonal (AINH), ergotamínico ou triptano, via oral. O profilático inicial de eleição indicado seria amitriptilina 12.5 a 25 mg, via oral.

- E) Não cumpre critérios diagnósticos de migrânea. É um paciente homem com depressão maior e sem sinais neurológicos. O tratamento indicado seria à base de fluoxetina 20 mg via oral por seis meses.

29. O diagnóstico da síndrome parkinsoniana ou parkinsonismo é baseado principalmente na presença dos sintomas e sinais clínicos cardinais, dos quais destacam-se:

- A) Tremor durante os movimentos voluntários, bradicinesia, rigidez espástica e instabilidade postural.
- B) Tremor em repouso, espasmos musculares, bradicinesia e rigidez plástica.
- C) Tremor em repouso, rigidez, bradicinesia e ataxia da marcha.
- D) Tremor em repouso, instabilidade postural, rigidez matutina e dificuldade para iniciar movimentos.
- E) Tremor em repouso, bradicinesia, rigidez plástica e instabilidade postural.**

30. No idoso o tremor essencial e a síndrome parkinsoniana são distúrbios do movimento de apresentação frequente. A síndrome parkinsoniana tem inúmeras causas, genéticas ou adquiridas. No grupo de causas adquiridas ou secundárias, de parkinsonismo no idoso, destacam-se as drogas que bloqueiam os receptores dopaminérgicos, como os antiveriginosos (bloqueadores dos canais do cálcio) e os neurolépticos. Entre elas destacam-se:

- A) Metoclopramida, cinarizina, haloperidol, levomepromazina, flunarizina e pramipexol.
- B) Metoclopramida, cinarizina, selegilina, flunarizina, haloperidol e levomepromazina.
- C) Metoclopramida, cinarizina, pramipexol, levomepromazina, haloperidol e amantadina.
- D) Metoclopramida, flunarizina, levomepromazina, pramipexol, haloperidol e selegilina.
- E) Metoclopramida, cinarizina, flunarizina, haloperidol, clorpromazina e bromopida.**

31. Paciente masculino 75 anos de idade, fumante inveterado (40 cigarros de palhas por dia) desde os 15 anos de idade. Há um ano consultou o médico do posto de saúde por emagrecimento e hemoptises sem definições diagnósticas. É trazido pelo familiar, pois há seis meses apresenta perda da memória e do juízo, apatia, cefaleia matinal, que aumenta com o decúbito, e diminuição da visão. Além disso, demonstra alterações comportamentais como sair para rua sem roupa, descontrole do apetite sexual, desatenção e brincadeiras bobas. No último mês apresentou diminuição da força muscular no hemicorpo direito e dificuldades na fala. No exame físico, constatou-se um paciente com marcada perda do estado geral, pálido e caquético. O paciente

cumprir ordens, com fala não fluente ininteligível, hemiparesia facio-braquial à direita, hiper-reflexia profunda à direita, cutâneo-plantar em extensão do hálux à direita. Apresenta-se ainda com anosmia e atrofia óptica à esquerda e papiledema à direita. Para esse caso, o diagnóstico provável (i) e a conduta (ii) são:

- A) (i) Sinal de Foster-Kennedy; afasia motora (de Broca); metástase cerebral do lobo frontal à esquerda; (ii) ressonância magnética (RM) do encéfalo.
- B) (i) Síndrome de Parinaud; afasia motora (de Broca); metástase cerebral do lobo parietal à esquerda; (ii) ressonância magnética (RM) do encéfalo.
- C) (i) Sinal de Foster-Kennedy; afasia sensitiva (de Wernicke); metástase cerebral do lobo frontal à direita; (ii) tomografia computadorizada (TAC) do encéfalo.
- D) (i) Síndrome de Parinaud; afasia sensitiva (de Wernicke); metástase cerebral do lobo temporal à direita; (ii) ressonância magnética (RM) do encéfalo.
- E) (i) Sinal de Foster-Kennedy; afasia sensitiva (de Wernicke); metástase no hemisfério cerebelar à esquerda; (ii) tomografia computadorizada (TAC) do encéfalo.

32. Paciente de 74 anos de idade, diabético e hipertenso, utiliza sinvastatina 40 mg à noite, metformina 850 mg no almoço e enalapril 20 mg de 12 em 12 horas. É trazido pelo familiar para a unidade de emergências clínicas, pois desenvolveu subitamente paralisia de face e membros (superior e inferior) à esquerda e fala enrolada (disartria). Após o exame físico completo e minucioso normal, o médico plantonista diz para o familiar: "O paciente não tem nada, pode levá-lo para a casa e continuar o acompanhamento com seu médico da unidade de saúde". O familiar insiste: "Doutor, tudo foi muito rápido e meu esposo ficou com as queixas por aproximadamente 1 hora... Doutor, por favor, eu temo que meu esposo tenha um derrame!" Ainda assim, o paciente obteve alta com as mesmas orientações.

A respeito desse caso, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O paciente apresentou um ataque isquêmico transitório encefálico do território vertebrobasilar. O médico deveria ter solicitado uma ressonância magnética (RM) cerebral urgente, além de internar ao paciente para observação.
- B) O paciente apresentou um ataque isquêmico transitório encefálico do território carotídeo direito. O médico deveria ter solicitado uma tomografia computadorizada (TAC) cerebral urgente, além de internar o paciente para observação, dado o risco iminente de um acidente vascular encefálico isquêmico.
- C) O paciente apresentou um infarto lacunar sensitivo puro do território carotídeo esquerdo. O médico deveria ter solicitado uma ressonância magnética (RM) cerebral urgente e, logo após comprovar o diagnóstico, dar alta para o paciente.

- D) O paciente apresentou hemorragia subaracnoideia. O médico deveria ter encaminhado o paciente urgentemente para a realização de uma ressonância cerebral.
- E) O médico teve uma conduta correta, pois o exame físico apontava quadro clínico normal.

33. Mulher de 65 anos de idade, saudável, apresenta cefaleia com 15 dias de evolução, de moderada a intensa, latejante, em região temporal direita associada à claudicação da mandíbula, sem fotofobia ou fonofobia, sem enjoo ou vômitos. Apresenta perda de peso, mal-estar geral, febrícula de 37,8°C, sudorese noturna e dores musculares na cintura escapular e pélvica. Exame acusou artéria temporal superficial direita edemaciada, sensível, tortuosa e dilatada.

Dado esse quadro, a opção diagnóstica, complementar e terapêutica mais adequada seria, respectivamente:

- A) Arterite de células gigantes. Não solicitar exames complementares nem passar esteroide. Solicitar para o paciente um diário da cefaleia para ser avaliado após 3 meses.
- B) Arterite de células gigantes. Solicitar biópsia da artéria temporal. Iniciar tratamento com prednisona 01 mg/Kg de peso/dia via oral. Após o resultado da biópsia, confirmar o diagnóstico.
- C) Arterite de células gigantes. Solicitar hemograma, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa. Iniciar no momento da consulta tratamento com prednisona 01 mg/Kg de peso/dia via oral pelo temor do comprometimento visual, preferentemente após da coleta do sangue imediata.
- D) Pela presença de sintomas gerais, febrícula e sudorese noturna se avaliaria como tuberculose do sistema nervoso central e se encaminharia para punção lombar diagnóstica.
- E) Pela história clínica, não existe a possibilidade de diagnosticar uma arterite de células gigantes. Logo, não se indicariam exames nem medicação.

34. A degeneração lobar frontotemporal (DLFT), após a demência de Alzheimer (DA) e a demência de copos de Lewy (DCL), constitui a terceira causa de demência degenerativa. Entre as variedades da DLFT, a mais frequente é a demência frontotemporal (DFT), caracterizada clinicamente por:

- A) Início abrupto e progressão rápida em menores de 65 anos de idade, sem alterações do comportamento nem da personalidade. Apresenta quadro de alucinações e quedas frequentes.
- B) Início insidioso e progressão gradual em maiores de 65 anos de idade, sem alterações do comportamento, da personalidade ou da linguagem, e com presença de parkinsonismo, alterações da marcha e incontinência urinária.
- C) Início insidioso e progressão rápida em menores de 65, com distúrbio precoce da memória,

- desorientação espacial, mioclonias, ataxia cerebelar e sinais piramidais.
- D) Início após os 70 anos em homem com quadro similar à demência de Alzheimer.
- E) Início insidioso e progressão gradual em menores de 65 anos de idade, com alterações do comportamento, da personalidade, da linguagem, síndrome disexecutivo, apatia, desinibição e relativa preservação da memória.
35. Um paciente masculino, 70 anos de idade, com histórico de saúde anterior. Apresenta uma síndrome demencial com 16 meses de evolução, acompanhada de flutuação cognitiva, alucinações visuais recorrentes, parkinsonismo espontâneo no primeiro ano da evolução, quedas frequentes, sensibilidade ao uso dos neurolépticos e resposta discreta ao uso da levodopa. Para esse caso, assinale a alternativa que indica a demência a ser diagnosticada:
- A) Demência de Alzheimer (DA).
- B) Doença de Parkinson com demência (DPD).
- C) Hidrocefalia de pressão normal (HPN).
- D) Demência com corpos de Lewy (DCL).
- E) Demência vascular (DV).
36. Em relação à demência de Alzheimer e seu tratamento sintomático, a conduta **CORRETA**, segundo as recomendações dos especialistas brasileiros, é:
- A) Iniciar o tratamento com o inibidor da colinesterase (rivastigmina, galantamina ou donepezil, por exemplo) na fase grave da doença.
- B) Usar nas fases moderada ou grave da doença a combinação de um inibidor da colinesterase (rivastigmina, galantamina ou donepezil, por exemplo) e um antagonista do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) como por exemplo, a memantina.
- C) Iniciar o tratamento com o antagonista do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), como a memantina, na fase inicial da doença.
- D) Usar o inibidor da colinesterase (rivastigmina, galantamina ou donepezil, por exemplo) só durante a fase inicial da doença.
- E) Não usar o inibidor da colinesterase (rivastigmina, galantamina ou donepezil, por exemplo) ou o antagonista do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) como a memantina, pois não existem evidências científicas de segurança ou efetividade dessas drogas.
37. Uma paciente de 65 anos, saudável, queixa-se, na consulta, de tontura com sensação rotatória muito rápida (segundos de duração) no momento de deitar ou levantar do leito, acompanhada de náuseas. A paciente negou zumbido, surdez e sensação de pressão no ouvido. “Doutor é só a tontura mesmo”, observou a paciente. A manobra de Dix - Hallpike mostrou nistagmo horizontal e piora da sintomatologia após uma latência de segundos. O resto do exame físico apresenta-se normal.
- Nota: Manobra de Dix – Hallpike: paciente em posição sentada, cabeça rodada lateralmente (à direita ou à esquerda) conforme o lado a ser testado, em aproximadamente 45°. O examinador, ao segurar a cabeça do paciente, promove um brusco e rápido movimento de deitar, em decúbito dorsal horizontal. Ao ser deitado, por não haver uma fixação horizontal da cabeça, esta fica pendente para trás, em aproximadamente 30° abaixo do plano horizontal e voltado para o lado. O paciente fica imobilizado nessa posição, com os olhos abertos e olhar fixo.
- Dado esse contexto o diagnóstico mais provável é:
- A) Insuficiência vértebrobasilar (IVB).
- B) Doença de menière (DM).
- C) Neurinoma do acústico (NO).
- D) Neuronite vestibular (NV).
- E) Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB).
38. Homem de 68 anos de idade, etilista contumaz desde jovem, mora sozinho e sua alimentação é ruim. Afirma que há cinco meses apresenta, de forma lenta e progressiva, dificuldade para caminhar, que piora no escuro. No exame geral, constata-se palidez cutânea mucosa, língua avermelhada e lisa, edema mole nos membros inferiores. O exame neurológico evidenciou uma disbasia tipo ataxotalonante, aumento da base de sustentação, hipotonia e, na prova de Romberg, queda para trás quando o paciente fecha os olhos. Apresentou abolição da sensibilidade tátil epicrítica, vibratória e cinético-postural e dos reflexos profundos. Não acusa neurite óptica, disartria nem déficit motor. Nesse paciente, a localização topográfica da síndrome neurológica e sua possível causa são:
- A) Trato corticoespinal da medula espinhal por déficit de vitamina B12.
- B) Hemisférios cerebelosos por déficit de vitamina B12.
- C) Cordão posterior da medula espinhal por esclerose múltipla (EM).
- D) Atrofia do vermis cerebelar secundária por alcoolismo crônico.
- E) Cordão posterior da medula espinhal por déficit de vitamina B12.
39. São sintomas e sinais de paralisia facial periférica à direita:
- A) O paciente enruga a testa, fecha os olhos e pisca na hemiface direita. Sinal de Bell ausente, a boca desvia para o lado esquerdo, não assobia e não contrai o platisma do lado direito.
- B) O paciente enruga a testa, fecha os olhos e pisca na hemiface direita. Sinal de Bell ausente, a boca desvia para o lado direito, não assobia, não contrai o platisma do lado esquerdo.
- C) O paciente não enruga a testa, não fecha o olho (lagofthalmia) e não pisca na hemiface direita. A

boca desvia para o lado esquerdo, não assobia, não contrai o platisma, sinal de Bell presente, hiperacusia, lacrimejamento e hipogeusia (perda parcial da gustação) do 1/3 posterior da língua do lado direito.

D) O paciente não enruga a testa, não fecha o olho (lagofthalmia) e não pisca na hemiface direita. A boca desvia para o lado esquerdo, não assobia, não contrai o platisma, sinal de Bell presente (ao tentar fechar os olhos, o globo ocular do lado direito gira para cima, deixando a esclerótica exposta), hipoestesia no conduto auditivo externo, hiperacusia, lacrimejamento e hipogeusia (perda parcial da gustação) de 2/3 anteriores da língua do lado direito.

E) O paciente apresenta hipoestesia na hemiface direita e paralisia da musculatura da mastigação à direita.

40. Paciente, 58 anos de idade, saudável, foi encaminhado para o Hospital das Clínicas pela unidade de emergência com o diagnóstico de traumatismo craniano. Relata-se que, após o trauma craniano, o paciente teve uma perda breve da consciência, seguida de um intervalo de lucidez e logo rebaixamento do nível de consciência. Constata-se um Glasgow de 08, hemiparesia e Babinski à esquerda, (fenômeno de Kernohan). No Rx de crânio (feito na unidade de emergência) constata-se uma fratura temporal parietal esquerda.

Com relação a esse paciente, assinale a alternativa que contemple provável (I) diagnóstico e (II) adequado procedimento.

A) (I) Hematoma extradural; ruptura da artéria meníngea média esquerda; tomografia computadorizada do crânio inicial mostra imagem hiperdensa extra-axial adjacente à calota craniana com formato de lente biconvexa; e (II) tratamento expectante.

B) (I) Hematoma extradural tardio; ruptura da artéria meníngea média esquerda; tomografia computadorizada do crânio inicial mostra imagem hiperdensa extra-axial adjacente à calota craniana com formato de lente biconvexa; e (II) tratamento expectante.

C) (I) Hematoma extradural; ruptura da artéria meníngea média esquerda; tomografia computadorizada do crânio inicial mostra imagem hiperdensa extra-axial adjacente à calota craniana com formato de lente biconvexa; e (II) evacuação cirúrgica na sala de cirurgia.

D) (I) Hematoma subdural agudo; ruptura da artéria meníngea média esquerda; tomografia computadorizada do crânio inicial mostra imagem hiperdensa extra-axial adjacente à calota craniana com formato de lente biconvexa; e (II) tratamento expectante.

E) (I) Lesão axonal difusa por mecanismo de aceleração/desaceleração e (II) tomografia computadorizada de crânio normal.

EMBRANCO

EMBRANCO