

12 DE FEVEREIRO DE 2012

MÉDICO PNEUMOLOGISTA

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 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. Hiperálgia () Síndrome dolorosa queimante, que persiste após lesão nervosa traumática, associada à disfunção vasomotora, sudomotora e alterações tróficas tardias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26. Há diferenças entre gripe e resfriado. Resfriado é uma infecção viral que acomete as vias aéreas superiores e causa tosse, febre baixa, dor de garganta, secreção nasal (coriza) espirros e lacrimejamento. Quase sempre é uma doença com sintomas que regredem em 1 semana.

A respeito dessas afirmações do Dr. Drauzio Varella, pode-se dizer que:

- A) O acometimento somente das vias aéreas superiores é um diferencial quando o diagnóstico é gripe e sua duração pode ser reduzida se o paciente estiver vacinado.
 B) O frio em si causa resfriados, pois os habitantes de países gelados passam todo tempo com a doença. Ele facilita a propagação do vírus, especialmente em ambientes fechados, e reduz a eficácia de alguns mecanismos de defesa da via aérea.
 C) O vírus do resfriado pode entrar no corpo pela boca, pelos olhos e pelo nariz a qualquer hora. As mãos ficam cheias de vírus, que atingem mucosas quando se leva a mão ao nariz, à boca ou aos olhos. As crianças ficam mais resfriadas, têm menos controle sobre a tosse e menos cuidado com os espirros e com as secreções nasais.

- D) O espirro devido à sua prevalência elevada (rinovírus) não é descrito como desencadeante de asma.
- E) Jamais se deve ir à farmácia à procura de injeções contra o resfriado. Elas são inúteis e provocam efeitos colaterais. Do mesmo modo, deve-se evitar o uso de ácido acetilsalicílico em crianças devido à síndrome de Tietze.
27. A tuberculose latente atinge aproximadamente um terço da população mundial e o risco de sua progressão para tuberculose ativa está estimado em até 10% ao ano, entre pessoas infectadas pelo HIV. Isso torna a tuberculose a doença oportunista mais frequente e que mais mata pessoas com HIV/AIDS no mundo. O teste tuberculínico (TT) é um dos instrumentos de identificação da tuberculose latente e é complementar para o diagnóstico de tuberculose ativa. O resultado do TT orienta a abordagem para o tratamento da tuberculose latente. Sobre a tuberculose latente, avalie as assertivas a seguir:
- I. Um indivíduo é considerado infectado quando o resultado do teste (área de endureção) for maior ou igual a 10 mm. O resultado do TT orienta a abordagem para o tratamento da tuberculose latente.
- II. Estratégias para reduzir a incidência de tuberculose em pessoas com HIV/AIDS incluem o uso preventivo de isoniazida em pacientes com tuberculose latente, a indicação de terapia antirretroviral e as medidas de prevenção de transmissão da doença na comunidade, detectando-se precocemente os casos bacilíferos.
- III. O tratamento da tuberculose latente com isoniazida é de fundamental importância no controle da tuberculose, podendo reduzir o risco de adoecimento em 60-90% dos casos.
- IV. Na abordagem preventiva, são prioritários os indivíduos que têm imunodepressão ou que recebem tratamento com imunodepressores, crianças menores de dois anos e idosos, assim como profissionais e estudantes que estejam sob maior risco de se infectar devido à exposição ocupacional.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e III.
- B) Apenas a afirmativa III.
- C) Todas as afirmativas.**
- D) Apenas as afirmativas II, III e IV.
- E) Apenas as afirmativas III e IV.
28. A tosse constitui um sintoma de uma grande variedade de patologias, pulmonares e extrapulmonares e, por isso, é muito comum, sendo, com certeza, uma das maiores causas de procura por atendimento médico. Esse sintoma produz impacto social negativo, intolerância no trabalho e na família, incontinência urinária, constrangimento público e prejuízo do sono, promovendo grande absenteísmo ao trabalho e às atividades escolares, além de gerar

grande custo com exames subsidiários e com medicamentos.

A respeito da tosse, marque as alternativas como verdadeira (V) ou falsa(F):

- () Aguda: presença desse sintoma por um período de até três semanas. Crônica: tosse com duração maior que oito semanas.
- () A tosse que ocorre após infecção do trato respiratório superior e inferior é considerada tosse pós-infecciosa e, normalmente, o uso de antibiótico macrolídeo por 7 a 14 dias soluciona o problema.
- () Um histórico de terapia com inibidores de enzima de conversão da angiotensina ocorre apenas em até 15% de pacientes usuários de enzima de conversão da angiotensina que desenvolvem tosse seca logo após o início da terapia. A tosse normalmente diminui com o término do tratamento, mas a resolução completa pode demorar vários meses.
- () Em pacientes já diagnosticados e em acompanhamento por DPOC, o surgimento de tosse crônica ou mudança na característica da tosse usual exigem a busca por diagnóstico causal.
- () O estudo radiológico contrastado do esôfago propicia boa avaliação morfológica do órgão e pode evidenciar complicações da DRGE (estenoses e ulcerações) e condições favorecedoras do refluxo (hérnia hiatal e ângulo esofagogástrico anormal). Identifica, também, a esofagite mesmo em suas fases iniciais e não caracteriza adequadamente o RGE.

Marque a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**:

- A) V – F – F – V – F
- B) F – F – V – V – F
- C) V – F – V – F – F
- D) V – F – V – V – F**
- E) V – V – V – F – V

29. Uma moça dá entrada no pronto-socorro com falta de ar, aperto na garganta e sibilos. Sua respiração era rápida e tinha fácies de sofrimento. PA: 140 80 mm Hg, FR: 20 mpm, pele fria e úmida. O exame do tórax mostrava hiperinsuflação, ausculta pulmonar sibilos telexpiratórios e murmúrio vesicular reduzido. SpO₂ ar ambiente de 93%, pico de fluxo expiratório de 50% do valor previsto.

Considerando que as crises de asma que devem ser classificadas segundo sua gravidade e o tratamento deve ser instituído imediatamente, avalie as assertivas a seguir, que indicam o(s) procedimento(s) mais adequado(s) ao caso descrito:

- I. Doses adequadas e repetidas de beta-2 agonistas por via inalatória a cada 30 a 60 minutos na primeira hora constituem a medida inicial de tratamento (Evidência A).
- II. Considera-se esse caso como de uma asma grave e a radiografia de tórax deve ser realizada pensando-se na possibilidade de um pneumotórax, pneumonia ou na necessidade de internação.

- III. Após a instituição da terapêutica broncodilatadora e oxigênio, a reavaliação da gravidade deve ser realizada e uma boa resposta significa: sem sinais de gravidade e PFE > 70% do previsto.
- IV. Antes da alta hospitalar, a paciente deve receber as seguintes orientações: utilizar 40 a 60 mg de hidrocortisona/dia, por 7 a 10 dias para adultos e, para crianças, 1 a 2 mg/Kg/dia (máximo de 60 mg/dia) por três a cinco dias; e utilizar técnica adequada quanto ao uso da medicação inalatória.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

30. Os fumantes sentem dificuldade para parar de fumar. O cigarro provoca crises de abstinência a cada meia hora?

A respeito dessa abstinência, avalie as assertivas a seguir:

- I. Curar esta doença significa dar tempo para que os neurônios cerebrais se reorganizem com a finalidade de aprender novamente a funcionar sem a droga ligada a seus receptores.
- II. Um dos aspectos mais terríveis da abstinência é a ansiedade, sintoma que desaparece, assim que se acende o próximo cigarro.
- III. A nicotina atravessa a placenta e chega à circulação fetal. Como a droga provoca contração da parede das artérias, o fluxo de sangue pela placenta diminui. Imediatamente após a gestante acabar de fumar, esse fluxo pode cair até 22%.
- IV. Resistir às crises de abstinência até que elas desapareçam por completo representa a cura da dependência de nicotina.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

31. Um trabalhador da indústria de cerâmica (lixamento de peças) de Campo Largo, há quinze anos, procura o serviço médico da empresa com queixa de dispneia ao realizar esforços: uma subida próxima à sua casa causa desconforto e palpitação. É ex-fumante de 20 maços/ano. O exame era normal, a radiografia de tórax também, e a espirometria evidenciava um distúrbio obstrutivo leve.

Com base nesse contexto, afirma-se:

- I. A dispneia crônica é a forma de apresentação mais comum e geralmente ocorre após 10 a 15 anos de exposição ou de latência. Tem evolução

insidiosa, inicialmente assintomática, e pode evoluir com sintomas de dispneia progressiva.

- II. O VEF1 tem sido, ao longo do tempo, largamente utilizado como uma medida de diagnóstico de avaliação de gravidade e de estimativa de prognóstico na DPOC. Além disso, tem sido utilizado também como uma medida de avaliação de desfecho de tratamento.
- III. A capacidade de exercício pode ser avaliada em laboratórios por meio de medidas fisiológicas detalhadas (ventilação pulmonar, consumo de oxigênio, produção de gás carbônico, saturação de oxigênio – todas em exercício) ou em testes mais simples em que a duração do exercício ou a distância caminhada em um período determinado são registradas (teste da caminhada de 6 ou 12 minutos e teste *shuttle*).
- IV. Uma vez inaladas, as partículas de sílica depositam-se principalmente nos bronquíolos respiratórios e alvéolos. Se o *clearance* mucociliar ascendente e linfático não for capaz de remover as partículas, elas acabam por induzir um processo inflamatório, caracterizado inicialmente como uma alveolite, podendo evoluir para a fase de fibrose.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

32. A principal característica fisiopatogênica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas. Essa característica está presente em todos os pacientes asmáticos, inclusive naqueles com asma de início recente, nas formas leves da doença, e mesmo entre os assintomáticos.

A respeito da asma, avalie as assertivas que seguem:

- I. A anamnese cuidadosa é importante para a identificação da exposição a alérgenos relacionados com a asma. A sensibilização alérgica pode ser confirmada através de provas *in vivo* (testes cutâneos) ou *in vitro* (determinação de concentração sanguínea de IgE específica).
- II. O pico de fluxo expiratório confirma o diagnóstico de asma. A variação noturna do PFE pode ser utilizada para se documentar a obstrução do fluxo aéreo.
- III. Por meio de seus mediadores, as células causam lesões e alterações na integridade epitelial, anormalidades no controle neural autônomo (substância P, neurocinina A) e no tônus da via aérea, alterações na permeabilidade vascular, hipersecreção de muco, mudanças na função mucociliar e aumento da reatividade do músculo liso da via aérea.
- IV. A resposta inflamatória alérgica é iniciada pela interação de alérgenos ambientais com algumas

células que têm como função apresentá-los ao sistema imunológico, mais especificamente os linfócitos Th2.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

33. Considere um paciente masculino tabagista com diagnóstico de DPOC estável e correlacione os sintomas à conduta farmacológica que objetiva reduzi-los:

1. Sintomas eventuais
2. VEF1 < 50% previsto e mais do que uma exacerbação no ano anterior
3. Sintomas persistentes
4. Sintomas persistentes associados à dessaturação de oxigênio
5. Sintomas pulmonares eventuais e doença coronariana isquêmica

() Broncodilatador beta-dois adrenérgico de longa duração (formoterol ou salmeterol) e/ou anticolinérgico de longa duração (tiotrópio).

() Broncodilatador de curta duração, do tipo anticolinérgico ou beta-dois adrenérgico se necessário.

() Broncodilatador beta-dois adrenérgico de longa duração (formoterol ou salmeterol) e/ou anticolinérgico de longa duração (tiotrópio); acrescentar corticoide inalatório.

() Broncodilatador beta-dois adrenérgico de longa duração (formoterol ou salmeterol) e/ou anticolinérgico de longa duração (tiotrópio); e oxigenioterapia domiciliar.

() Broncodilatador de curta duração, do tipo anticolinérgico ou beta-dois adrenérgico encaminhar a programa de tabagismo de sua unidade de saúde.

Marque a alternativa que corresponde à sequência **CORRETA**:

- A) 1, 2, 3, 4, 5
- B) 3, 1, 2, 5, 4
- C) 3, 1, 2, 4, 5**
- D) 3, 2, 1, 4, 5
- E) 5, 4, 2, 1, 3

34. Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou surge nas primeiras 24 horas da admissão. Pneumonia pode ser caracterizada por/como:

- I. Achados focais no exame físico do tórax.
- II. Pelo menos um dos achados sistêmicos (confusão, cefaleia, sudorese, calafrios, mialgias, temperatura > 37,8).

III. Infiltrado radiológico não presente previamente e exclusão de outras condições que resultam em achados clínicos radiológicos semelhantes.

IV. Sintomas de doença aguda do trato respiratório inferior: tosse e um ou mais dos seguintes sintomas: expectoração, falta de ar e dor torácica.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

35. Ana Maria, 65 anos, cabelereira, procura o pronto-atendimento em decorrência de dor pleurítica em região infraescapular direita de início há 2 dias. Apresenta tosse produtiva com expectoração mucosa e dispneia discreta, sem trauma local ou esforço físico. O médico observou uma fâcies de sofrimento. No exame do tórax, percebeu-se uma redução do MV, em região infraescapular direita, PA 100/60, FR 30 mpm, temperatura axilar de 37,8 SpO₂ em ar ambiente de 94%.

Com relação a essa paciente, assinale a alternativa que corresponde à **CORRETA** conduta do médico:

- A) Prescrever amoxicilina clavulanato e analgésicos e solicitar retorno em 3 dias.
- B) Solicitar uma radiografia de tórax em PA e perfil esquerdo (melhor para avaliar região infraescapular) + quinolona respiratória por 7 dias.
- C) Internar em enfermaria para observar evolução, prescrever analgésico, amoxicilina e oxigênio nasal 2L/min.
- D) Solicitar exame de ureia e atentar para confusão mental, prescrever ceftriaxona + macrolídeo e aguardar resultado de exame para definir local de tratamento (domicílio ou internação).**
- E) Como não existe confusão mental, sua saturação está muito próxima ao normal (95%) e não há vaga para internamento, mandar a paciente para casa e solicitar que volte no dia seguinte.

36. A tromboembolia pulmonar constitui, juntamente com a trombose venosa profunda, a condição denominada tromboembolismo venoso. Apesar dos avanços médicos, a morbidade e a mortalidade atribuídas a essa doença ainda são elevadas, pois os pacientes que apresentam doenças mais complexas são submetidos a um maior número de procedimentos invasivos e sobrevivem por mais tempo.

A respeito dessa doença, avalie as assertivas a seguir:

- I. A ocorrência de TEP é uma situação clínica comum, de alta prevalência relativa em idades mais avançadas e em ambiente hospitalar. Suas manifestações clínicas podem ser inaparentes, dissimuladas ou sugestivas.

- II. Os êmbolos sanguíneos são os mais comuns. Eles quase sempre têm origem nas veias mais distais dos membros inferiores, sendo admitido que os mais distais praticamente sempre embolizam para os pulmões.
- III. Exacerbação da DPOC deficiências neurológicas, doença maligna oculta, viagens prolongadas, obesidade, cirurgia por laparoscopia (por exemplo, colecistectomia) não são fatores de risco importantes para o tromboembolismo venoso.
- IV. Regra de predição clínica para TEP (escora de Wells).
 Sinais objetivos de TVP (edema, dor à palpação) 3,0 - Taquicardia (FC > 100 bpm) 1,5.
 Imobilização ≥ 3 dias consecutivos (exceto idas ao banheiro) ou cirurgia nas últimas 4 semanas 1,5-
 TVP ou TEP prévias (com diagnóstico objetivo) 1,5.
 Hemoptise 1,0 - Neoplasia maligna (ativa ou término do tratamento < 6 meses) 1,0
 Diagnóstico alternativo menos provável que TEP 3,0
 Probabilidade clínica: baixa < 2,0 pontos; moderada, entre 2,0 a 6,0 pontos; alta > 6,0 pontos.
 O conjunto de critérios acima é principalmente empregado quando a probabilidade de TEP é baixa e, nessa mesma condição, a dosagem do dímero D está indicada. Se positivo, a sequência de investigação com angiotomografia de tórax/cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão é adequada. Se o resultado for negativo, pesa-se em outro diagnóstico que não TEP.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

37. Com relação a um paciente com diagnóstico de tromboembolia pulmonar, pode-se afirmar:

- A) Pacientes com suspeita clínica moderada ou alta devem aguardar a heparinização plena enquanto realizam os exames diagnósticos.
 B) A administração da heparina não fracionada pode ser feita em duas aplicações diárias ou em apenas uma, sem prejuízo do efeito anticoagulante ou aumento do risco de sangramentos documentados até o momento.
 C) Contraindicações absolutas para o uso de anticoagulantes: endocardite bacteriana, doença intracerebral ativa (por exemplo, metástase cerebral confirmada), anemia grave ou de causa não explicada, tumores ulcerados (de qualquer tipo).
 D) Trombolíticos (estreptomicina ou rtPA) estão indicados para o tratamento de pacientes com TEP maciça e/ou instabilidade hemodinâmica e sem contra-indicações importantes para anticoagulantes.

E) A angio -TC de tórax com multidetectores (sobretudo > 8 detectores) é o método preferencial de diagnóstico e permite observar diagnósticos alternativos na ausência de TEP.

38. Para a saúde pública, é de suma importância determinar o número de indivíduos doentes que correspondem à real prevalência da DPOC na comunidade. O diagnóstico dessa doença deve ser considerado para qualquer indivíduo com tosse, expectoração, dispneia e/ou histórico de exposição a fatores de risco. A espirometria deve ser considerada na definição diagnóstica dos casos de DPOC visto que outras condições podem apresentar quadro clínico bastante semelhante ao dessa condição, como é o caso da asma, da bronquiectasia e da insuficiência cardíaca.

Com relação ao contexto acima, afirma-se:

- I. Na bronquiectasia os sinais e sintomas são semelhantes à DPOC, exceto que o volume de expectoração é maior e os achados radiológicos permitem identificar imagens císticas lembrando favo de mel.
 II. A cessação do tabagismo e a ventilação não invasiva domiciliar prolongada são as intervenções de maior impacto na vida do DPOC.
 III. O tabagismo é o principal fator de risco para DPOC e deve ser tratado nas fases iniciais (até 30 maços/ano), com orientação breve ou tratamento farmacológico e terapia cognitivo-comportamental nos moldes do programa de tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.
 IV. Associação entre DPOC e asma é comum, pois a herança asmática pode ser somada ao processo inflamatório não eosinófilo da DPOC (tabagismo). Nesses casos, uma espirometria com padrão restritivo e a prova broncodilatadora positiva podem ser encontradas.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

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

39. Um andarilho, magro e com sudorese noturna, procura a unidade de saúde reclamando de tosse seca ora produtiva com expectoração mucosa e eventual hemoptoico. O exame do tórax revela estertores grossos bibasais e um sopro cavitário em região escapular esquerda. Os sinais vitais estão normais. Apresenta tabagismo crônico e relata ter feito, na juventude, tratamento para tuberculose no sanatório da Lapa.

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

- A) O padrão clássico da TB pós-primária é a cavidade, única ou múltipla, em média com cerca

- de 2 cm de diâmetro, localizada preferencialmente nos segmentos basais e dorsais.
- B) O PPD deve ser realizado, pois identifica a tuberculose (ativa) e, assim, a medicação pode ser instituída precocemente.
 - C) Considera-se que o hemoptoico e a tosse seca são sequelas da doença da juventude (tuberculose residual sintomático) e uma radiografia de tórax é suficiente.
 - D) Os primeiros exames a serem solicitados são a radiografia de tórax e a pesquisa de BAAR no escarro, as quais tem elevado valor preditivo positivo em nosso meio (> 95%), mas baixa sensibilidade (40-60%).
 - E) Por se tratar de um paciente tabagista crônico, deve-se pensar em DPOC e neoplasia de pulmão. Uma citologia de escarro pode fornecer o diagnóstico de tuberculose e neoplasia.

40. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e a asma são duas condições mundialmente comuns, que podem coexistir com impactos importantes na saúde. A respeito de ambas as doenças, pode-se afirmar:

- A) A asma é uma doença crônica, definida por sintomas respiratórios episódicos, limitação variável ao fluxo de ar e inflamação das vias aéreas (asmáticos frequentemente têm DRGE). A alcalinização do esôfago aumenta a resistência das vias aéreas.
- B) A teoria da alcalinização do esôfago (teoria do reflexo) sugere que a simples presença de RGE alcalino no esôfago resulta em estimulação vagal, com conseqüente broncoespasmo, uma vez que o esôfago e as vias aéreas têm a mesma origem embrionária e inervação autonômica através do vago.
- C) A presença de RGE na asma pode ser desencadeada ou potencializada pelo próprio tratamento da asma, particularmente com o uso de β 2-agonistas adrenérgicos, teofilina ou altas doses de corticosteroides orais, os quais alteram a pressão do esfíncter esofágico inferior.
- D) A teoria da microaspiração sustenta que a presença de RGE microaspirado para dentro dos bronquíolos provoca um aumento na resistência das vias aéreas.
- E) O refluxo gastroesofágico (RGE), definido como a passagem involuntária de conteúdos gástricos para o esôfago, é um processo fisiológico anormal que acontece ao longo do dia, diversas vezes, tanto em crianças quanto em adultos saudáveis.

EMBRANCO

EMBRANCO