



**CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017**

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO CLÍNICA MÉDICA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. "Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente." (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. "Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. "A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais." (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) "Achei que estava bem na foto." (1º parágrafo)
- (B) "O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção..." (3º parágrafo)
- (C) "...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo)
- (D) "... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos." (5º parágrafo)
10. "A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu..." (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

CLÍNICA MÉDICA

21. Para um quadro clínico composto por início abrupto de edema, síndrome nefrótica, sedimento urinário acelular e glomérulo, demonstrando à microscopia eletrônica fusão ou esfacelamento de podócitos, o diagnóstico mais provável é:
- nefropatia membranosa
 - glomerulopatia de lesões mínimas
 - glomeruloesclerose segmental e focal
 - glomerulonefrite membranoproliferativa

22. Em um paciente com uso recente de antibiótico e que passa a apresentar febre, artralgias, *rash* cutâneo, eosinofilia e cilindros leucocitários, o diagnóstico mais provável é:
- nefrite intersticial alérgica
 - pielonefrite aguda bilateral
 - síndrome hemolítico-urêmica
 - púrpura trombocitopênica trombótica
23. Paciente feminina de 28 anos de idade, sem sintomas prévios, apresenta dor retroesternal, inicialmente de fraca intensidade, que evolui para opressão retroesternal. A paciente não relata história de trauma, uso de medicação ou doença crônica. No Serviço de Emergência, ausculta-se diminuição das bulhas cardíacas, atrito pericárdio e, ao exame, jugulares turgidas. A hipótese diagnóstica provável é:
- mixedema
 - pneumonia atípica
 - derrame pericárdico
 - infarto agudo do miocárdio
24. São causas possíveis no diagnóstico diferencial da hemoptise:
- hemorragia digestiva alta, pneumotórax e pneumonia
 - pneumotórax, neoplasia de pulmão e embolia pulmonar
 - pneumonia, embolia pulmonar e estenose válvulo-pulmonar
 - estenose mitral severa, abscesso pulmonar e embolia pulmonar
25. Paciente que trabalha com fibras de amianto há mais de 30 anos, está suscetível a:
- silicose
 - bereliose
 - antrocose
 - mesotelioma
26. Paciente feminina de 54 anos de idade, com queixa de dor e parestesia nas mãos. Refere que a dor é pior à noite, fazendo-a acordar algumas vezes. Refere, ainda, que a dor se irradia até os ombros. Apresenta hipotrofia dos músculos da eminência tenar. A hipótese diagnóstica é síndrome do:
- túnel radial
 - canal ulnar
 - túnel do carpo
 - interósseo posterior
27. Paciente etilista sofreu trauma em queda de escada. Após 30 dias, apresenta alteração do comportamento, cefaleia e hemiparesia direita. O provável diagnóstico é:
- demência vascular
 - demência alcoólica
 - hematoma subdural crônico
 - hipertensão arterial refratária
28. Paciente de 48 anos de idade procura o Pronto-Socorro por quadro de confusão mental, com início há 6 dias. Ao exame, apresenta-se sem déficit focal. Coleta de líquido evidencia presença de 52 leucócitos, com predomínio de linfócitos e proteína de 80 mg/dL. Os dados mencionados **NÃO** são compatíveis com a seguinte doença:
- sífilis terciária
 - criptococose
 - meningite meningocócica
 - meningite carcinomatosa
29. A doença de Alzheimer caracteriza-se por apresentar:
- alterações corticais e perda de memória
 - transtorno de conduta e crises epiléticas
 - mioclonias e degeneração subcortical
 - perda da memória e crises epiléticas
30. Paciente feminina de 20 anos de idade e história de crises convulsivas frequentes nos últimos dois meses é submetida a tomografia computadorizada do crânio, que demonstra múltiplas microcalcificações difusas pelo parênquima cerebral, sem outras alterações. O diagnóstico mais provável é:
- tuberculose
 - glioma cerebral
 - toxoplasmose
 - neurocisticercose
31. Paciente masculino portador de anemia falciforme é internado com febre e taquipneia intensa. Radiografia de tórax mostra infiltrado heterogêneo. Evolui, 24 horas depois, com piora do quadro clínico e hipoxemia severa. O diagnóstico e a conduta mais adequados, nesse caso são, respectivamente:
- pneumonia e antibioticoterapia ambulatorial
 - síndrome torácica aguda e suporte ventilatório
 - insuficiência cardíaca congestiva e diurético endovenoso
 - tromboembolismo pulmonar e anticoagulação com heparina
32. Em um paciente com anemia hemolítica autoimune em atividade, o aumento do volume corpuscular médio se deve a:
- aumento da permeabilidade da membrana eritrocitária
 - aumento do número de reticulócitos
 - deficiência de vitamina B12
 - hepatopatia associada
33. Primigesta de 37 anos de idade, com 37 semanas de gestação dá entrada na Emergência com queixa de vômitos, epigastria, dor abdominal em barra e pressão arterial de 160x110 mmHg. Os exames complementares mostram relação proteinúria/creatinina de 1,5, LDH de 1.400UI, TGO de 120 mg/dL, bilirrubina total de 5 mg/dL e contagem de plaquetas igual a 40.000/mL. O diagnóstico mais provável é:
- síndrome hemolítico-urêmica
 - síndrome HELLP
 - pancreatite
 - hepatite
34. Paciente do sexo masculino de 43 anos de idade revela, ao esfregaço sanguíneo, anemia microcítica, hipocrômica com hematócrito de 31%. Da investigação inicial **NÃO** faz parte o seguinte exame:
- ferro sérico
 - ferritina sérica
 - teste de Coombs
 - eletroforese de hemoglobina
35. Paciente do sexo masculino de 43 anos de idade com AIDS e contagem CD4+: 98 cels/mm³, apresenta febre e dispneia progressiva aos esforços. O raio X de tórax revela infiltrado retículo-nodular difuso bilateral. Inicia-se sulfametoxazol-trimetoprim pela hipótese de infecção por *Pneumocystis jirovecii*. Devido à piora progressiva do quadro respiratório, o paciente é intubado e acoplado à prótese ventilatória. Há maior chance de estabelecer o diagnóstico do paciente se realizado o seguinte exame:
- escarro induzido
 - lavado broncoalveolar
 - dosagem de LDH sérica
 - tomografia computadorizada de alta resolução

36. Paciente masculino de 18 anos de idade assintomático, com história familiar (pai e dois irmãos) de hipercalemia. Em exame de *check-up* seu cálcio sérico é de 11.6 mg/dL. Esse paciente tem maior risco de desenvolver a seguinte patologia:
- condrocalcinose
 - doença de Crohn
 - doença de Addison
 - síndrome de Zollinger-Ellison
37. Paciente do sexo masculino de 67 anos de idade assintomático apresenta, em exame periódico, elevação dos níveis de fosfatase alcalina (3 X normal). As provas de função hepática e os níveis séricos de cálcio e fósforo são normais. A principal hipótese diagnóstica é:
- mieloma múltiplo
 - doença de Paget
 - osteoporose subclínica
 - hiperparatireoidismo primário
38. Paciente feminina de 57 anos de idade, artesã de cerâmica, apresenta-se com quadro de poliartrite simétrica de mãos, pés e joelhos, além de rigidez após repouso maior que uma hora e aumento do volume das articulações das mãos. O quadro vem sendo apresentado há cerca de dois meses, e a paciente observou mais recentemente o aparecimento de tosse seca e dispneia. Há história prévia de tabagismo (35 maços-ano). Sua radiografia de tórax revela a presença de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, predominantemente periféricos. Entre os achados possíveis nos exames complementares subsequentes, aquele mais provável para o diagnóstico dessa paciente é:
- teste tuberculínico fortemente positivo
 - fator reumatoide positivo em altos títulos
 - anticorpo anticitoplasma de neutrófilos positivo
 - fator antinuclear positivo com padrão homogêneo
39. Paciente do sexo masculino de 34 anos de idade, queixa-se de dor na coluna na região mesodorsal com seis meses de duração. Ao raio X, observam-se um colapso parcial de T6 e T7 e erosão do disco intervertebral. A afecção mais provável é:
- tuberculose
 - osteoartrose
 - osteoporose da coluna
 - metástase de um carcinoma brônquico
40. No tratamento de miastenia gravis, **NÃO** se deve utilizar:
- timectomia
 - anticolinérgico
 - anticolinesterásico
 - imunossupressores
41. Paciente feminina de 24 anos de idade, procurou auxílio médico apresentando quadro, iniciado uma semana antes, de astenia, febre baixa, oligoartrite assimétrica nos membros inferiores, dactilite em mãos e pés, disúria e hiperemia ocular. O diagnóstico mais provável para essa paciente é:
- artrite reativa
 - sarcoidose aguda
 - doença de Behçet
 - lúpus eritematoso sistêmico
42. Os derrames pleurais podem ser classificados em exsudativos e transudativos. São patologias que cursam com derrames exsudativos:
- cirrose, infecção bacteriana e mesotelioma
 - infecção bacteriana, síndrome nefrótica e tuberculose
 - lúpus eritematoso sistêmico, tuberculose e síndrome de Sjögren
 - infecção viral, lúpus eritematoso sistêmico e insuficiência cardíaca congestiva
43. Paciente submetido a endoscopia digestiva alta para avaliação de massa esofageana, evolui após o término do exame, com dor subesternal intensa, irradiada para braços e sinal de Hamman positivo. As melhores hipótese diagnóstica e conduta para esse caso são, respectivamente:
- Pneumomediastino e raio X de tórax
 - embolia pulmonar e angiogramografia de tórax
 - infarto agudo do miocárdio e dosagem de enzimas cardíacas
 - pneumonia por broncoaspiração e tomografia computadorizada de tórax
44. A respeito do carcinoma de tireoide, é correto afirmar que:
- o tipo histológico mais frequente é o carcinoma papilífero
 - o carcinoma folicular predomina em pessoas expostas a radiação
 - a apresentação mais comum do carcinoma medular é de massa de crescimento lento
 - o carcinoma anaplásico é mais frequente em mulheres jovens moradoras de área de deficiência de iodo
45. As pneumonias bacterianas podem ser adquiridas em ambiente hospitalar ou na comunidade, e essa diferenciação norteia o esquema de antimicrobianos a ser iniciado. Estão corretamente indicados os patógenos mais frequentes ao meio em que são adquiridas as pneumonias bacterianas na seguinte opção:
- na hospitalar, são mais frequentes *Pseudomonas aeruginosa*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*
 - na hospitalar, são mais frequentes *Legionella pneumophila*, bactérias anaeróbias orais e *Pseudomonas aeruginosa*
 - na comunitária, são mais frequentes *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Chlamydia pneumoniae*
 - na comunitária, são mais frequentes *Streptococcus pneumoniae*, bactérias anaeróbias entéricas e *Pseudomonas aeruginosa*
46. Paciente com 70 kg apresenta quadro de polidipsia, poliúria com nictúria, constatando-se volume urinário nas 24hs = 06 litros com osmolaridade < 300mmol/Kg. Na investigação diagnóstica, deve-se pensar em:
- deficiência de glicocorticóides
 - esclerose múltipla
 - diabetes mellitus
 - diabetes insipidus
47. Paciente com infarto de parede anterior que evolui com hipotensão arterial, pulmões limpos e turgência jugular ao exame físico. Esse quadro sugere:
- embolia pulmonar
 - tamponamento cardíaco
 - disfunção ventricular esquerda
 - comprometimento de ventrículo direito

48. Dentre as medidas de prevenção para a influenza, o tratamento com o antiviral oseltamivir deve ser indicado em pacientes:
- (A) portadores de DPOC
 - (B) em tratamento de câncer
 - (C) imunocomprometidos, mesmo vacinados
 - (D) com síndrome respiratória aguda grave ocorrida há 48 horas
49. As vacinas com vírus vivos atenuados devem ser evitadas durante a gestação, razão pela qual não é indicada a vacina contra:
- (A) hepatite B
 - (B) influenza
 - (C) varicela
 - (D) raiva
50. Constitui causa de mioglobulinúria, com teste positivo para sangue na urina:
- (A) rabdomiólise
 - (B) tumor vesical
 - (C) tumor ureteral
 - (D) carcinoma de células renais
51. O mieloma múltiplo representa uma proliferação maligna dos plasmócitos derivados de um único clone. O tumor, os seus produtos e a resposta do hospedeiro ao tumor resultam em várias disfunções orgânicas e sintomas. O sintoma mais comum no mieloma múltiplo é:
- (A) anemia de doença crônica
 - (B) infecções de repetição
 - (C) insuficiência renal
 - (D) dor óssea
52. O tipo histológico de neoplasia do pâncreas exócrino mais comum é o:
- (A) carcinoma adenoescamoso
 - (B) carcinoma de célula acinar
 - (C) adenocarcinoma ductal
 - (D) cistoadenocarcinoma
53. A patologia que desenvolve aneurismas das artérias coronárias em até 25% dos pacientes acompanhada de adenite cervical não supurativa, hiperemia de conjuntivas e eritema de cavidade oral, lábios e palma das mãos é:
- (A) púrpura de Henoch-Schönlein
 - (B) poliangeite microscópica
 - (C) doença de Kawasaki
 - (D) arterite de Takayasu
54. Na maioria dos casos de mononucleose infecciosa, observa-se no hemograma:
- (A) leucocitose com neutrofilia
 - (B) leucopenia e anemia grave
 - (C) linfopenia com trombocitopenia
 - (D) linfocitose com 20 a 40% de linfócitos atípicos
55. Paciente masculino de 40 anos de idade, apresenta dor no ombro e braço esquerdo associada a fraqueza e parestesia no membro superior homolateral, que pioram com a manobra do escaleno. O diagnóstico mais provável é:
- (A) síndrome da compressão do desfiladeiro torácico
 - (B) síndrome do manguito rotador
 - (C) fístula arteriovenosa
 - (D) eritromelalgia
56. Paciente com diabetes mellitus tipo 2, há 20 anos em uso de insulina, com retinopatia diabética e microalbuminúria, desenvolveu quadro de náuseas, saciedade precoce, distensão abdominal e hipoglicemias pós-prandiais tardias nas últimas quatro semanas. O diagnóstico mais provável é:
- (A) doença celíaca
 - (B) gastroparesia diabética
 - (C) insuficiência suprarrenal
 - (D) isquemia enteromesentérica
57. A classe de droga para tratamento do diabetes que tem a vantagem adicional de perda de peso é:
- (A) acarbose
 - (B) sulfonilureia
 - (C) tiazolidinediona
 - (D) agonista do receptor GPL-1
58. A causa de morte mais frequente em pacientes com cólera é:
- (A) choque hipovolêmico
 - (B) choque séptico
 - (C) hipercalemia
 - (D) hiponatremia
59. Paciente feminina de 55 anos de idade, com doença de Graves é indicada para realização de tireoidectomia total por intratabilidade clínica. Além do propranolol e propiltiuracil, foi iniciado uso de lugol para realizar a cirurgia após dez dias. O iodeto de lugol age inibindo a:
- (A) produção de antitireoperoxidase
 - (B) liberação do hormônio tireoideano
 - (C) produção da proteína carreadora de tiroxina
 - (D) conversão periférica do hormônio tireoideano
60. Paciente masculino de 50 anos de idade, apresenta dificuldade de engolir alguns alimentos há cerca de um ano. Nega perda de peso, azia ou outros sintomas. Relata que, nos últimos meses, tem preferido ingerir carne moída ou picada, o que facilita a deglutição desse alimento. O diagnóstico provável é:
- (A) anel de Schatzki
 - (B) divertículo de Zenker
 - (C) carcinoma de esôfago
 - (D) síndrome de Plummer-Vinson