



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

**MÉDICO RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

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 atualizar 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

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

21. Quanto às exposições ocupacionais normais de cada indivíduo, a alternativa correta é:
- a dose equivalente anual não deve exceder 5 mSv, para extremidades e 10 mSv, para o cristalino
 - a dose equivalente anual não deve exceder 50 mSv, para extremidades e 15 mSv, para o cristalino
 - a dose efetiva média anual não deve exceder 20 mSv, em qualquer período de 5 anos consecutivos, não podendo exceder 50 mSv, em nenhum ano
 - a dose efetiva média anual não deve exceder 20 mSv, em qualquer período de 10 anos consecutivos, não podendo exceder 40 mSv, em nenhum ano

22. Sobre a monitoração individual da exposição à radiação, é correto afirmar que:
- (A) os titulares devem providenciar a investigação dos casos de doses efetivas mensais superiores a 0,5 mSv. Os resultados da investigação devem ser assentados
 - (B) todo indivíduo que trabalha com raios-x diagnósticos deve usar, durante sua jornada de trabalho, e enquanto permanecer em área livre e em área controlada, o dosímetro individual de leitura direta, trocado mensalmente
 - (C) o dosímetro individual destinado a estimar a dose efetiva deve ser utilizado na região mais exposta do tronco e é de uso exclusivo de cada usuário, devendo ser levado consigo a todos os serviços aonde trabalha
 - (D) durante a utilização de avental plumbífero, o dosímetro individual deve ser colocado sobre o avental, aplicando-se um fator de correção de 1/10, para estimar a dose efetiva. Nos casos em que as extremidades possam estar sujeitas a doses significativamente altas, deve-se fazer uso adicional de dosímetro de extremidade
23. Um cisto renal visibilizado na tomografia computadorizada, com espessamento parietal liso e com impregnação parietal mensurável, é categorizado como Bosniak:
- (A) IIF
 - (B) III
 - (C) IV
 - (D) V
24. A tomografia computadorizada realizada para pesquisa de urolitíase, em um paciente de 58 anos de idade, demonstrou uma formação nodular na adrenal direita, bem delimitada, com densidade heterogênea, medindo 3,6 cm e com -80 UH. Tais características sugerem o diagnóstico de um:
- (A) adenoma
 - (B) mielolipoma
 - (C) feocromocitoma
 - (D) carcinoma adrenal
25. Um paciente com dor abdominal, massa palpável no abdome e sangue nas fezes, é submetido à ultrassonografia que evidencia imagem em alvo na fossa ilíaca direita, que quando o transdutor é girado 90 graus tem aspecto de pseudorrim. Tais aspectos sugerem o diagnóstico de:
- (A) apendicite cecal
 - (B) diverticulite cecal
 - (C) diverticulite de Meckel
 - (D) intussuscepção intestinal
26. Em um paciente com quadro de pancreatite aguda, a tomografia computadorizada demonstrou: aumento difuso do pâncreas, com densidade heterogênea, associado à densificação da gordura adjacente e à pequena coleção líquida mal definida, no espaço pararrenal anterior. Tais achados se enquadram na categoria de Balthazar:
- (A) C
 - (B) D
 - (C) E
 - (D) III
27. Um divertículo no ducto extra-hepático é classificado como Todani, tipo:
- (A) I
 - (B) II
 - (C) III
 - (D) IVa
28. Em uma paciente de 22 anos de idade, com perda auditiva, manchas café com leite na pele e diminuição de força e sensibilidade nos membros inferiores, a ressonância magnética demonstra lesões em ambos os oitavos nervos cranianos, além de lesões intradurais e extramedulares, nodulares próximas às raízes nervosas e de superfície plana com base dural esparsas. Tal descrição tem como diagnóstico mais compatível e como prováveis lesões vistas na ressonância magnética, respectivamente:
- (A) Sturge-Weber, com gliomas dos acústicos, meningiomas e schwannomas
 - (B) neurofibromatose tipo II, com neurinomas do acústico, schwannomas e meningiomas
 - (C) Charcot-Marie-Tooth, com neurofibromas nos oitavos pares cranianos, gliomas e meningiomas
 - (D) neurofibromatose tipo I, com neurofibromas plexiformes nos sétimos pares, schwannomas e nódulos de Lisch
29. A ultrassonografia de um paciente de 58 anos de idade, diabético, com quadro de sepse e dor no hipocôndrio direito, evidencia: a vesícula biliar com parede espessada, com cálculos em seu interior, notando-se imagem ecogênica em crescente, com artefatos de reverberação. Tais achados sugerem o diagnóstico de:
- (A) adenomiose vesicular
 - (B) vesícula em porcelana
 - (C) colecistite enfisematosa
 - (D) colecistose hiperplásica
30. A radiografia de uma paciente de 28 anos de idade, com febre, dor e distensão abdominais e diarreia sanguinolenta, demonstra: acentuada distensão colônica, notadamente, da porção transversa, sem visibilização de haustrações, com imagens de pseudopólipos e formação de níveis líquido aéreos. Tal quadro sugere o diagnóstico de:
- (A) íleo paralítico
 - (B) volvo de sigmoide
 - (C) megacólon tóxico
 - (D) adenocarcinoma na flexura esplênica do cólon
31. Um exame de tomografia computadorizada demonstra duas lesões nodulares na cortical de cada rim, com margens bem definidas e densidade heterogênea, com média em torno de -79 UH e tamanhos entre 3 cm e 5 cm. Para esse paciente, deve-se pensar no diagnóstico de:
- (A) von Gierke
 - (B) Sturge-Weber
 - (C) esclerose tuberosa
 - (D) neurofibromatose tipo 2
32. Uma paciente com 52 anos de idade, se queixando de dor no flanco direito e hematúria, realiza um exame de tomografia computadorizada que demonstra: volumosa formação expansiva, cística, multiloculada, com finas septações, encapsulada, localizada no polo inferior do rim direito e se insinuando na pelve renal com conseqüente hidronefrose. Observa-se impregnação pelo meio de contraste na cápsula e, discreta, em alguns septos da lesão. Tais características sugerem o diagnóstico de:
- (A) tumor de Wilms cístico
 - (B) rim multicístico displásico
 - (C) nefroma cístico multilocular
 - (D) carcinoma de células renais cístico multilocular

33. Uma paciente de 52 anos de idade procura atendimento, com febre, dor persistente e massa palpável no flanco esquerdo, referindo perda ponderal. A tomografia computadorizada demonstra no rim esquerdo: cálculo coraliforme, hidronefrose, massas com densidades entre -10 e 30 UH e com focos de impregnação periférica em algumas, além de redução na excreção do meio de contraste por esse rim. Há extensão do processo ao espaço perirrenal e à parede abdominal posterior adjacente. Tais achados apontam para o diagnóstico de:
- linfoma renal
 - pielonefrite xantogranulomatosa
 - carcinoma de células renais
 - carcinoma de células transicionais
34. Sobre a mucocoele do apêndice, é correto afirmar que:
- está associada a um aumento de até seis vezes no risco de adenocarcinoma de cólon
 - o cistadenoma mucinoso é facilmente distinguível da mucocoele de retenção
 - não se associa a calcificações
 - é mais comum em homens
35. Um paciente de 44 anos de idade, com histórico de enxaquecas com aura, chega à emergência com um quadro de ataque isquêmico transitório. O exame de ressonância magnética demonstra: leucoencefalopatia e infartos lacunares subcorticais nos polos temporais anteriores e na região paramediana superior dos lobos frontais. O córtex cerebral tem aparência poupada. Tais achados, neste paciente, sugerem:
- MELAS
 - CADASIL
 - doença de Behçet
 - doença de Roosevelt
36. Um paciente de 39 anos de idade, com histórico de cefaleias intermitentes, procura atendimento de emergência com queixas de cefaleia, náuseas e turvação visual. A tomografia computadorizada demonstra formação expansiva projetada no forame de Monro ligeiramente hiperdensa, sem impregnação evidente pelo meio de contraste, além de hidrocefalia. Tais aspectos sugerem o diagnóstico de um:
- cisto coloide
 - neurocitoma
 - pineoblastoma
 - papiloma do plexo coroide
37. Em um paciente que chega à emergência com febre, cefaléia e crise convulsiva, com relato de três dias de sintomas gripais, a ressonância magnética demonstra: hipersinal nas sequências FLAIR e T2, bilateral e assimétrico nas regiões medial dos lobos temporais e inferior dos lobos frontais, com restrição à difusão. Tais achados apontam para o diagnóstico de:
- encefalite herpética
 - encefalite do Nilo ocidental
 - encefalite límbica paraneoplásica
 - acidente vascular encefálico agudo da artéria cerebral anterior
38. Um paciente com 18 anos de idade, busca atendimento com queixas de dispneia, tosse e hemoptise, além de hematuria. Refere episódios prévios de hemoptise. Os exames de laboratório demonstram hematuria, proteinúria e elevação sérica dos níveis de creatinina. A tomografia computadorizada do tórax evidencia opacidades em vidro fosco difusas pelos pulmões e poupando as regiões subpleurais e os seios costofrênicos. O diagnóstico, mais compatível, é:
- síndrome de Goodpasture
 - granulomatose de Wegener
 - síndrome de Churg-Strauss
 - pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
39. Em um paciente com insuficiência renal crônica e queixa de dispneia progressiva, a tomografia computadorizada demonstrou calcificações amorfas, com 3 a 10 mm de diâmetro, centrolobulares e predominando nos ápices, além de opacidades em vidro fosco esparsas e calcificações de pequenos vasos na parede torácica e no coração. Não há linfonomegalias. Tal quadro sugere o diagnóstico de:
- talcose
 - silicose
 - sarcoidose
 - calcificação pulmonar metastática
40. Em um paciente de 69 anos de idade, a tomografia computadorizada evidencia: espessamento intersticial interlobular, periférico e, predominantemente, pósterobasilar, associado a nódulos centrolobulares e placas pleurais calcificadas. A principal hipótese diagnóstica é:
- asbestose
 - esclerodermia
 - artrite reumatoide
 - pneumonite por metotrexate
41. Um paciente com 6 anos de idade chega à emergência com quadro de cefaleia, febre, hemiparesia à esquerda e redução do nível de consciência. Esteve no mesmo hospital, há três semanas, com quadro de faringite viral. A ressonância magnética demonstra lesões com hipersinal na sequência FLAIR na substância branca e nos núcleos da base, bilaterais e assimétricas, poupando a interface calososseptal, algumas se impregnando pelo meio de contraste em T1. O diagnóstico, mais provável, é:
- doença de Fabry
 - doença de Behçet
 - esclerose múltipla
 - encefalomielite disseminada aguda
42. A espondilolistese traumática, da segunda vértebra cervical, é conhecida como fratura:
- de Chance
 - de Jefferson
 - do enforcado
 - do mineiro de carvão
43. Um paciente masculino, com 32 anos de idade, com quadro de tosse seca, cansaço e febre, dá entrada no setor de emergência, aonde se verifica hipóxia e dosagem sérica elevada de LDH. A tomografia computadorizada do tórax evidencia opacidades em vidro fosco difusas, predominando nas regiões peri-hilares, com discreto espessamento septal intralobular e interlobular de permeio, além de pequenos cistos periféricos nos lobos superiores. Não se observam linfonomegalias ou derrame pleural. O provável diagnóstico é :
- proteínose alveolar
 - pneumonia pneumocística
 - fibrose pulmonar idiopática
 - pneumonite por hipersensibilidade
44. Uma paciente de 28 anos de idade, procura atendimento com queixas de fadiga, emagrecimento, tosse seca, febre noturna e dispneia. A tomografia computadorizada do tórax evidencia: micronódulos centrolobulares, perilinfáticos e perivascularares, predominando nas porções posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores, além de linfonomegalias mediastinais e hilares bilaterais, alguns pequenos cistos e áreas de faveolamento com distorção arquitetural. Tais achados sugerem o diagnóstico de:
- linfoma
 - sarcoidose
 - histoplasmose
 - histiocitose de células de Langerhans

45. Uma fratura do rádio distal que envolva a fise e a epífise é classificada como Salter-Harris, tipo:
- I
 - II
 - III
 - IV
46. Uma característica da estenose do piloro é:
- diâmetro do piloro de 8 mm
 - mais comum no sexo feminino
 - sinal do trilho de trem: as margens externas do piloro visibilizadas na ultrassonografia
 - sinal do cogumelo no estudo baritado: o músculo hipertrofiado indenta a base do bulbo duodenal
47. Uma paciente de 32 anos de idade, com dispneia, histórico de pneumotórax, há 3 meses e dois episódios de quiloptise e hemoptise, realiza uma tomografia computadorizada que demonstra: múltiplos cistos com paredes finas e tamanho de alguns milímetros até 8 cm, difusos pelos pulmões, além de pequeno derrame pleural hipodenso. Tal quadro aponta para o diagnóstico de:
- neurofibromatose
 - síndrome de Sjögren
 - linfangioleiomiomatose
 - histiocitose de células de Langerhans
48. Dos divertículos esofágicos, aquele que costuma estar localizado no terço médio do esôfago e tem formato triangular é o:
- de tração
 - de pulsão
 - epifrênico
 - de Zenker
49. A síndrome da poliesplenia inclui:
- três lobos em cada pulmão
 - ausência da veia cava inferior entre as veias renais e as hepáticas
 - múltiplos focos de tecido esplênico aderidos à superfície peritoneal
 - artéria aorta e veia cava inferior do mesmo lado, usualmente à direita
50. Uma característica do hematoma subdural agudo é:
- não cruzar as fixações durais
 - não cruzar suturas cranianas
 - deslocar as veias corticais para fora
 - mais comum na convexidade infratentorial
51. Um paciente de 88 anos de idade, debilitado, é trazido pelos familiares à emergência, com abaulamento doloroso na região submandibular esquerda. A ultrassonografia demonstra a glândula submandibular esquerda aumentada, hipoeicoica e com contorno arredondado, com vascularização aumentada ao estudo com Doppler, e sem evidências de dilatação ductal ou cálculos. Há linfonodos adjacentes levemente aumentados, ovalados, hipoeicoicos e com arquitetura hilar preservada. Tal quadro sugere, na glândula submandibular esquerda, o diagnóstico de:
- sialadenite aguda acalculosa
 - sialadenite por cálculo oculto
 - sialadenite esclerótica crônica
 - carcinoma de pequenas células
52. Caracterizam o retinoblastoma trilateral: um retinoblastoma em cada órbita e um:
- schwannoma óptico unilateral
 - coloboma unilateral
 - craniofaringeoma
 - pineoblastoma
53. Um paciente de 15 anos de idade, chega à emergência se queixando de dor no testículo direito, de início há 12 horas, que melhora com a elevação dos testículos, acima da sínfise púbica, associada a febre e disúria. A ultrassonografia demonstra o testículo e o epidídimo direito aumentados e com fluxo aumentado ao Doppler, em relação ao lado esquerdo. À direita, o epidídimo tem ecogenicidade reduzida e o testículo tem ecogenicidade heterogênea, com faixas hipoeicoicas de permeio. Tal quadro sugere o diagnóstico de:
- orquepididimite, à direita
 - torção testicular, à direita
 - linfoma testicular, à direita
 - hidrocele encistada, à direita
54. Uma paciente de 20 anos de idade, chega ao pronto-socorro, com queixas de náuseas, desconforto nas mamas e dor pélvica. A ultrassonografia transvaginal demonstra endométrio ecogênico e espessado, com formação expansiva heterogênea na região anexial direita, com anel ecogênico que apresenta alta vascularização ao estudo com Doppler, com fluxo de alta velocidade e baixa resistência. Tais achados sugerem o diagnóstico de:
- cistadenoma seroso
 - abscesso ovariano
 - teratoma ovariano
 - gravidez tubária
55. Em um paciente de 50 anos de idade, com queixas de zumbido e perda auditiva à direita, a tomografia computadorizada evidencia uma formação expansiva bem delimitada, sem calcificações e com intensa impregnação pelo meio de contraste, no conduto auditivo interno direito. Tais aspectos sugerem o diagnóstico de um:
- cisto epidermoide
 - linfoma não-Hodgkin
 - schwannoma vestibular
 - meningioma intracanalicular
56. A síndrome de desmielinização osmótica pode ocorrer nos casos de correção rápida de hiponatremia. Na fase aguda, a ressonância magnética, usualmente, demonstra:
- hiperintensidade em T2 e FLAIR, nos tratos córtico-espinais
 - intensa impregnação pelo meio de contraste em T1, no bulbo
 - hiperintensidade em T2, na região central da ponte
 - seqüência difusão sem áreas de restrição
57. Sobre a síndrome de Guillain-Barré, é correto afirmar que:
- o cone medular encontra-se bastante espessado e irregular
 - quando há acometimento de pares cranianos, raramente o nervo facial é envolvido
 - na ressonância magnética, observa-se acentuado espessamento nodular das raízes nervosas da cauda equina
 - a impregnação pelo meio de contraste das raízes nervosas ventrais na cauda equina é altamente sugestiva do diagnóstico

58. Em um paciente de 16 anos, com dor lombar, uma radiografia com sinais de sacroileíte bilateral e simétrica, além de sindesmófitos finos e verticais na transição toracolombar da coluna vertebral, sugere o diagnóstico de:
- (A) espondiloartropatia psoriática
 - (B) espondilite anquilosante
 - (C) artrite reativa crônica
 - (D) osteoartrite
59. Um paciente, previamente, sem queixas, realiza uma radiografia por conta de um trauma contuso, que evidencia uma lesão na medular da metáfise proximal, do segundo dedo da mão direita, com matriz condroide, de aspecto floculento, com discreto afinamento endosteal da cortical adjacente. Tais achados sugerem o diagnóstico de um:
- (A) encondroma
 - (B) infarto medular
 - (C) osteocondroma
 - (D) condrosarcoma de alto grau
60. A osteonecrose no osso navicular que se inicia na vida adulta é conhecida como doença de:
- (A) Köhler
 - (B) Freiberg
 - (C) Hawkins
 - (D) Mueller-Weiss