



uff UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Superintendência de Recursos Humanos
DDRH-Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE

CARGO: Médico / Área: Clínica Médica

E7

Instruções ao candidato

- ✘ Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas sessenta questões.
- ✘ Verifique se seu nome e número de inscrição conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, assine-o e leia atentamente as instruções para o seu preenchimento; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✘ Cada questão proposta apresenta cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma alternativa assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- ✘ Não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para o cálculo e o desenho, portar material que sirva de consulta, nem copiar as alternativas assinaladas no CARTÃO DE RESPOSTAS.
- ✘ O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de quatro horas.
- ✘ Reserve os vinte minutos finais para preencher o cartão de respostas, caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta.
- ✘ Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.
- ✘ O candidato que retirar-se do local de realização desta prova após três horas do início da mesma poderá levar seu Caderno de Questões.



Após o aviso para início das provas, você deverá permanecer no local de realização das mesmas por, no mínimo, noventa minutos.

Parte I: Língua Portuguesa

Leia o texto abaixo e responda às questões propostas.

1 Entender a saúde como grau zero de mal-estar permitiu uma grande invenção do século XX, que foi a previdência social. Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se. A sociedade, assim, se responsabiliza por tais tratamentos de saúde. Isso é moral e justificável. Aliás, é quase consenso que uma das maiores falhas dos Estados Unidos é não terem um sistema de saúde como o europeu e o canadense.

2 Contudo, com os avanços da medicina e a nova idéia de saúde surgem problemas. Antes de mais nada, até onde vai minha responsabilidade pela saúde dos outros? Se alguém adoece ou se fere por decisão própria, deve a sociedade arcar com suas despesas? Não penso no caso da tentativa de suicídio, porque esta pode decorrer de um sofrimento psíquico tão intenso que justifica a sociedade tratar não só os danos físicos, mas a causa íntima deles. No entanto, no caso de quem fuma ou bebe, deve a sociedade custear as doenças que ele terá a mais do que o não-fumante ou o não-alcoólico? Ou deveriam essas pessoas, alertadas há anos dos custos que despejam sobre seus concidadãos, arcar com eles ou com um pagamento suplementar de seguro-saúde? É possível, hoje, estabelecer melhor que no passado o grau de responsabilidade de cada pessoa nas mazelas sociais. Vemos isso nos seguros de carro: os rapazes de 18 a 24 anos são os maiores causadores de acidentes, portanto quem está nessa faixa paga um prêmio maior. Todavia, se ao fim de um ano ou dois ele mostrar que não gerou custos para a seguradora, provavelmente começará a ganhar bônus. Esse modelo possivelmente se ampliará para a saúde.

3 O segundo problema está ligado à expansão da saúde para um *a mais*. Uma coisa é curar ou sarar, outra é dar vantagens - como o que se chama *wellness* - que as pessoas antes não tinham ou que não estão na previsão usual de nossa vida e de sua qualidade. Aqui, para além do valor altamente moral da saúde como não-doença, entram elementos que podem ser da ordem da vaidade, ou do gosto pelo próprio corpo, ou de certa felicidade. É difícil separar o que é vaidade, o que é felicidade, e talvez se esmerar em distingui-los indique apenas uma atitude moralista no pior sentido do termo. Mas cada vez mais pessoas hão de querer não apenas realizar cirurgias plásticas, como também ampliar seu tempo de vida sexualmente ativa, sua capacidade física e outras qualidades que, longe de nos reconduzirem à média zero do histórico humano, vão nos levar - permitam a citação de *Toy Story* - "para o infinito e além".

Ora, se a "medicina da cura" tem custos diferentes conforme o perfil de saúde e doença dos pacientes, a "medicina do mais" tem custos diferentes conforme o que o indivíduo almeja. Naquele caso, o custo depende de onde se parte; neste, de aonde se quer chegar. Podemos modelar nosso corpo e nossa vida, mais que no passado. E quem paga por isso?

4 Aqui, a ideia de um custeio social - que na verdade é um rateio, porque como contribuintes pagamos aquilo que vamos desfrutar como cidadãos - fica mais difícil. Uma coisa é ratearmos o custo de operações de câncer, de tratamento de doenças caras. Outra é ratearmos o sonho de corpo de cada um. O rateio funciona quando o desejo se reduz ao de zerar a dor. Esse desejo baixo, mínimo ("só quero parar de sentir dor") admite que, moralmente, todos paguemos por ele. Entretanto, alguém de nós aceitaria ratear uma operação para alguém que quer ampliar o busto, aumentar o pênis ou simplesmente ter uma condição física superior à média? Não creio.

5 O melhor exemplo é o do Viagra. É perfeitamente legítimo um Estado de bem-estar social, como os europeus, fornecê-lo a idosos que sentem dificuldade em ter ou manter a ereção. Mas quantos comprimidos azuis por semana? Por que um e não dois, três, sete? Não há mais medida, porque nosso metro moral e previdenciário era o zero, a não-dor. O orgasmo não se encaixa nesse modelo. Por melhor que uma relação sexual seja para a saúde das pessoas, não sabemos qual número seria o adequado.

6 O caso do sexo tem um elemento irônico, ademais. Quase todos sabem como é forte, no desejo sexual, a transgressão. Daí a atração do fruto proibido. E como fica se o Estado me fornece os meios de ter relações sexuais? Não se burocratiza o imaginário em torno do sexo? "O sr. já recebeu seus comprimidos do mês. O próximo, por favor!" Talvez o Viagra só funcione de verdade se for comprado ou, como dizem os baianos sobre as fitas do Bonfim, se você o ganhar de alguém - ou roubar.

(RIBEIRO, R. Janine. "Tempos de prazer". In: PINTO, Graziela Costa. *Sexos, identidades e sentidos: a invenção da sexualidade*, v.1. São Paulo: Duetto Editorial, 2008.)

01 A argumentação desenvolvida ao longo do texto está orientada no sentido de fazer com que o leitor conclua que:

- (A) a responsabilidade social do sistema previdenciário deve circunscrever-se à especificidade moral da saúde enquanto não-doença;
- (B) o problema do sistema previdenciário encontra-se hodiernamente na dificuldade de caracterização do que se chama *wellness* e excede os limites da "medicina da cura";

- (C) o ônus financeiro da previdência deve ser repartido por todos, na medida em que é responsabilidade de todos, como cidadãos, pagar por aquilo de que podem vir a desfrutar;
- (D) o rateio feito em nome da previdência para a distribuição de Viagra entre idosos com disfunção erétil é legítimo, mas apenas em Estados de bem-estar social, como os europeus;
- (E) é uma das maiores falhas dos Estados Unidos não terem um sistema de saúde como o europeu e o canadense, dada a importância social da previdência para toda e qualquer nação moderna.

02 Todos os argumentos relacionados a seguir encontram-se orientados para a conclusão do texto, COM EXCEÇÃO do que se lê em:

- (A) “Uma coisa é curar ou sarar, outra é dar vantagens - como o que se chama *wellness* - que as pessoas antes não tinham ou que não estão na previsão usual de nossa vida e de sua qualidade.” (3º parágrafo);
- (B) “Ora, se a ‘medicina da cura’ tem custos diferentes conforme o perfil de saúde e doença dos pacientes, a ‘medicina do mais’ tem custos diferentes conforme o que o indivíduo almeja.” (3º parágrafo);
- (C) “Aqui, a idéia de um custeio social - que na verdade é um rateio, porque como contribuintes pagamos aquilo que vamos desfrutar como cidadãos - fica mais difícil.” (4º parágrafo);
- (D) “Entretanto, alguém de nós aceitaria ratear uma operação para alguém que quer ampliar o busto, aumentar o pênis ou simplesmente ter uma condição física superior à média?” (4º parágrafo);
- (E) “É perfeitamente legítimo um Estado de bem-estar social, como os europeus, fornecê-lo a idosos que sentem dificuldade em ter ou manter a ereção.” (5º parágrafo).

03 No curso da argumentação, o autor vai deixando marcas - palavras, expressões - para mostrar que o conteúdo de muitos de seus enunciados deve ser entendido como uma POSSIBILIDADE - coisa que ocorre em todas as alternativas abaixo, EXCETO:

- (A) “Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se.” (1º parágrafo);
- (B) “É possível, hoje, estabelecer melhor que no passado o grau de responsabilidade de cada pessoa nas mazelas sociais.” (2º parágrafo);
- (C) “Todavia, se ao fim de um ano ou dois, ele mostrar que não gerou custos para a

seguradora, provavelmente começará a ganhar bônus.” (2º parágrafo);

- (D) “Aqui, para além do valor altamente moral da saúde como não-doença, entram elementos que podem ser da ordem da vaidade, ou do gosto pelo próprio corpo, ou de certa felicidade.” (3º parágrafo);
- (E) “É difícil separar o que é vaidade, o que é felicidade, e talvez se esmerar em distingui-los indique apenas uma atitude moralista no pior sentido do termo.” (3º parágrafo).

04 Em mais de um momento da exposição, o autor busca envolver emocionalmente o leitor a fim de torná-lo cúmplice das idéias que expõe - o que fica bastante evidente na passagem que se lê em:

- (A) “A sociedade, assim, se responsabiliza por tais tratamentos de saúde.” (1º parágrafo);
- (B) “Antes de mais nada, até onde vai minha responsabilidade pela saúde dos outros?” (2º parágrafo);
- (C) “É possível, hoje, estabelecer melhor que no passado o grau de responsabilidade de cada pessoa nas mazelas sociais.” (2º parágrafo);
- (D) “Todavia, se ao fim de um ano ou dois ele mostrar que não gerou custos para a seguradora, provavelmente começará a ganhar bônus.” (2º parágrafo);
- (E) “Quase todos sabem como é forte, no desejo sexual, a transgressão.” (6º parágrafo).

05 Na passagem: “O sr. já recebeu seus comprimidos do mês. O próximo, por favor!” (6º parágrafo), é fator que contribui fortemente para a conclusão pretendida pelo autor:

- (A) o tratamento cerimonioso do pronome empregado;
- (B) a espontaneidade característica da língua coloquial;
- (C) o tom enfático da enunciação;
- (D) a irreverência do humor;
- (E) a economia própria da elipse.

06 Leiam-se os enunciados seguintes:

- I “Aliás, é quase consenso que uma das maiores falhas dos Estados Unidos é não terem um sistema de saúde como o europeu e o canadense.” (1º parágrafo)
- II “Não penso no caso da tentativa de suicídio, porque esta pode decorrer de um sofrimento psíquico tão intenso que justifica a sociedade tratar não só os danos físicos, mas a causa íntima deles.” (2º parágrafo)
- III “Vemos isso nos seguros de carro: os rapazes de 18 a 24 anos são os maiores causadores de

acidentes, portanto quem está nessa faixa paga um prêmio maior.” (2º parágrafo)

- IV** “Uma coisa é curar ou sarar, outra é dar vantagens – como o que se chama *wellness* – que as pessoas antes não tinham ou que não estão na previsão usual de nossa vida e de sua qualidade.” (3º parágrafo)

Para justificar o que disse na frase imediatamente anterior, o autor recorre a apenas:

- (A) I;
- (B) I e II;
- (C) II e III;
- (D) III e IV;
- (E) IV.

07 Em: “O caso do sexo tem um elemento irônico, ademais” (6º parágrafo), a palavra “ademais” está empregada para:

- (A) introduzir a figura da ironia, indispensável como manobra argumentativa;
- (B) aditar raciocínio que contradiz a linha de pensamento sustentada no texto;
- (C) anunciar hipótese tendente a atenuar a importância de argumento anteriormente usado;
- (D) iniciar narrativa destinada a documentar a tese sustentada pelo autor;
- (E) acrescentar argumento decisivo orientado para a conclusão.

08 No enunciado: “Aliás, é quase consenso que uma das maiores falhas dos Estados Unidos é não terem um sistema de saúde como o europeu e o canadense” (1º parágrafo), “aliás” funciona com o mesmo sentido que em:

- (A) Temos dois filhos casados. Aliás, três.
- (B) Ela esteve aqui ontem. Aliás, trouxe-te um recado do pai.
- (C) Fazer dicionário é trabalho árduo, sem, aliás, deixar de ser interessante.
- (D) É boa pessoa; aliás, muito inteligente.
- (E) Sempre o ajudou; aliás, não seria um bom pai.

09 A conjunção “como” está empregada no período: “Aliás, é quase consenso que uma das maiores falhas dos Estados Unidos é não terem um sistema de saúde como o europeu e o canadense” (1º parágrafo) com o mesmo valor significativo que no período:

- (A) Não constitui novidade para mim, pois várias vezes já ouvi essa “teoria”, como ele a chama.
- (B) Como anoitecesse, recolhi-me pouco depois e deitei-me.

- (C) Sua força vinha dos olhos, vivos e inquiridores como os de um cachorro fiel.
- (D) Como terá conseguido vencer, se tudo lhe eram obstáculos?
- (E) Homem de poucas letras, queria saber como devia expressar o que sentia por ela.

10 A substituição de palavra ou construção sintática que altera fundamentalmente o sentido de: “Não penso no caso da tentativa de suicídio, porque esta pode decorrer de um sofrimento psíquico tão intenso que justifica a sociedade tratar não só os danos físicos, mas a causa íntima deles” (2º parágrafo) encontra-se proposta em:

- (A) porque / haja vista que;
- (B) esta / semelhante tentativa;
- (C) decorrer de / determinar;
- (D) tão intenso que justifica a sociedade tratar / intenso a ponto de justificar que a sociedade trate;
- (E) não só os danos físicos, mas / os danos físicos e.

11 O sentido de: “SE ALGUÉM ADOECE OU SE FERIR POR DECISÃO PRÓPRIA, deve a sociedade arcar com suas despesas?” (2º parágrafo) sofre sensível alteração se a oração em destaque for reescrita como:

- (A) Caso alguém adoça ou se fira por decisão própria;
- (B) Adoecendo ou ferindo-se alguém por decisão própria;
- (C) Dado que alguém adocece ou se fere por decisão própria;
- (D) Adoça ou fira-se alguém por decisão própria;
- (E) Ao adoecer ou ferir-se alguém por decisão própria.

12 Dentre os pronomes em destaque, aquele cujo referente se encontra no próprio texto é:

- (A) “no caso de QUEM fuma ou bebe” (2º parágrafo);
- (B) “QUE despejam sobre seus concidadãos” (2º parágrafo);
- (C) “como O que se chama *wellness*” (3º parágrafo);
- (D) “pagamos AQUILO que vamos desfrutar como cidadãos” (4º parágrafo);
- (E) “alguém de NÓS aceitaria ratear uma operação” (4º parágrafo).

13 As formas destacadas em: “AQUI, para além do valor altamente moral da saúde como não-doença” (3º parágrafo) e em: “e talvez se esmerar em distingui-LOS” (3º parágrafo) possuem em comum o fato de ambas:

- (A) admitirem flexão;
- (B) serem partículas átonas, passíveis de próclise ou ênclise ao verbo;
- (C) referirem-se a elemento anteriormente expresso no texto;
- (D) poderem, no padrão culto da língua, vir no início da frase;
- (E) funcionarem como adjunto adverbial.

14 Há exemplo de concordância verbal que, destoando das normas gerais de concordância descritas pela gramática, se realiza com o mesmo propósito expressivo que em: “E os sessenta milhões de brasileiros falamos e escrevemos de inúmeras maneiras a língua que nos deu Portugal” na seguinte passagem:

- (A) “Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se.” (1º parágrafo)
- (B) “Podemos modelar nosso corpo e nossa vida, mais que no passado.” (3º parágrafo)
- (C) “Uma coisa é ratearmos o custo de operações de câncer, de tratamento de doenças caras.” (4º parágrafo)
- (D) “Aqui, a idéia de um custeio social – que na verdade é um rateio, porque como contribuintes pagamos aquilo que vamos desfrutar como cidadãos – fica mais difícil.” (4º parágrafo)
- (E) “Esse desejo baixo, mínimo (‘só quero parar de sentir dor’) admite que, moralmente, todos paguemos por ele.” (4º parágrafo)

15 A série em que um dos verbos segue padrão de conjugação diverso do padrão do verbo destacado em: “Uma coisa é RATEARMOS o custo de operações de câncer” (4º parágrafo) é a seguinte:

- (A) custear, arriar, pentear;
- (B) bobear, atear, remediar;
- (C) lisonjear, incendiar, sortear;
- (D) mediar, recensar, mapear;
- (E) grampear, ansiar, odiar.

16 A alternativa em que a substituição do verbo em destaque no trecho: “então sabemos exatamente do que cada qual NECESSITA para curar-se” (1º parágrafo) dá origem a ERRO de regência verbal é:

- (A) então sabemos exatamente com o que cada qual pode contar para curar-se;
- (B) então sabemos exatamente no que cada qual pode se apoiar para curar-se;
- (C) então sabemos exatamente ao que cada qual deve recorrer para curar-se;
- (D) então sabemos exatamente pelo que cada qual deve exigir para curar-se;
- (E) então sabemos exatamente contra o que cada qual deve espremer para curar-se.

17 A colocação do pronome átono que se propõe fere as normas de colocação descritas pelas gramáticas da língua em:

- (A) “Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se.” (1º parágrafo) / se curar;
- (B) “A sociedade, assim, se responsabiliza por tais tratamentos de saúde.” (1º parágrafo) / responsabiliza-se;
- (C) “Esse modelo possivelmente se ampliará para a saúde.” (2º parágrafo) / ampliará-se;
- (D) “É difícil separar o que é vaidade, o que é felicidade, e talvez se esmerar em distingui-los indique apenas uma atitude moralista no pior sentido do termo.” (3º parágrafo) / esmerar-se;
- (E) “Naquele caso, o custo depende de onde se parte; neste, de aonde se quer chegar.” (3º parágrafo) / quer-se.

18 A conversão de: “Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se. A sociedade, assim, se responsabiliza por tais tratamentos de saúde” (1º parágrafo) num mesmo e único período foi realizada com ERRO, segundo os padrões da língua culta, na alternativa:

- (A) Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se, responsabilizando-se, assim, a sociedade por tais tratamentos de saúde.
- (B) Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se, onde a sociedade, assim, responsabiliza-se por tais tratamentos de saúde.

- (C) Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se, daí a sociedade responsabilizar-se por tais tratamentos de saúde.
- (D) Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se, razão por que a sociedade se responsabiliza por tais tratamentos de saúde.
- (E) Se a saúde é a não-doença, então sabemos exatamente do que cada qual necessita para curar-se, em vista do que a sociedade se responsabiliza por tais tratamentos de saúde.

19 O acento grave usado em: “ter uma condição física superior à média” (4º parágrafo) torna-se facultativo com a substituição de “à média” por:

- (A) a nossa;
- (B) a dos melhores atletas;
- (C) a que aspiramos;
- (D) a atual;
- (E) a todas as outras.

20 Em relação ao trecho: “Aqui, a idéia de um custeio social - que na verdade é um rateio, porque como contribuintes pagamos aquilo que vamos desfrutar como cidadãos - fica mais difícil. Uma coisa é ratearmos o custo de operações de câncer, de tratamento de doenças caras. Outra é ratearmos o sonho de corpo de cada um” (4º parágrafo), a mudança de pontuação que se propõe é INACEITÁVEL, consideradas as normas em vigor, na alternativa:

- (A) parênteses no lugar dos travessões;
- (B) vírgula antes e após “como contribuintes”;
- (C) dois pontos (seguido de minúscula) em vez de ponto após “fica mais difícil”;
- (D) vírgula após “Uma coisa” e após “Outra”;
- (E) ponto e vírgula (seguido de minúscula) em vez de ponto após “doenças caras”.

Parte II: Conhecimentos Específicos

21 Dentre as drogas abaixo relacionadas, a melhor opção terapêutica, com maior sensibilidade e especificidade no tratamento da estrogiloidíase, é:

- (A) Praziquantel;
- (B) Tinidazol;
- (C) Tiabendazol;
- (D) Secnidazol;
- (E) Palmoato de Pirantel.

22 Paciente jovem com histórico de hipertensão arterial sistêmica de longa data e tratamento irregular procura atendimento clínico. Durante avaliação inicial percebem-se níveis tensionais com PA sistólica entre 150 e 170mmHg e PA diastólica entre 95 e 105mmHg em duas consultas com intervalo de 15 dias. A evolução clínica ainda revela histórico familiar de doença coronariana e hiperglicemia em exame anterior. Na investigação laboratorial encontra-se Glicemia de jejum de 12 horas de 285mg%. Considerando-se o estadiamento e a estratificação de risco cardiovascular, pode-se considerá-lo como tendo hipertensão arterial sistêmica estágio:

- (A) 2 com classe funcional C;
- (B) 2 com classe funcional A;
- (C) 3 com classe funcional C;
- (D) 3 com classe funcional B;
- (E) 2 com classe funcional B.

23 Na anemia ferropriva, encontra-se como perfil laboratorial mais esperado contagem de reticulócitos:

- (A) baixa, ferritina baixa e capacidade de ligação de transferrina alta;
- (B) baixa, ferritina alta e capacidade de ligação de transferrina baixa;
- (C) alta, ferritina baixa e capacidade de ligação de transferrina alta;
- (D) alta, ferritina baixa e capacidade de ligação de transferrina baixa;
- (E) alta, ferritina alta e capacidade de ligação de transferrina alta.

24 Mulher jovem com tosse seca, hemoptoicos ocasionais, dispnéia paroxística noturna e cansaço aos mínimos esforços com evolução de duas semanas, procura atendimento clínico. Seu exame físico revela sopro diastólico com reforço pré-sistólico, derrame pleural esquerdo discreto e taquicardia. Na ausculta cardiorrespiratória ainda se observa B2 hiperfonética com estertores grossos

bibasais. Nos exames laboratoriais encontram-se hemograma e bioquímica normais, BAAR negativo, dosagem de adenosina deaminase (ADA) do líquido pleural negativo e VHS no limite superior da normalidade. As hemoculturas em andamento não revelaram crescimentos até o terceiro dia. Diante deste caso, a principal hipótese diagnóstica seria:

- (A) hipertensão pulmonar primária;
- (B) tuberculose pleuropulmonar;
- (C) pneumonia fúngica;
- (D) estenose mitral;
- (E) pericardite fibrinosa por BK.

25 São manifestações paraneoplásicas comuns nas neoplasias pulmonares tipo carcinoma de pequenas células (oat-cell):

- (A) glomerulonefrite membranosa com depósitos mesangiais inespecíficos;
- (B) acantose nigricans;
- (C) hiponatremia por secreção inapropriada de hormônio antidiurético e ACTH;
- (D) síndrome de Ehler-Danlos por liberação de hormônio natriurético atrial;
- (E) ceratoconjuntivite recorrente.

26 Paciente jovem, com quadro de início há 72 horas de febre alta, desorientação, desconforto precordial e surgimento de petéquias subungueais, procura atendimento hospitalar. Durante exame clínico observa-se PA=85x42mmHg; FC=126bpm regular; FR=36irpm e Tax=41°C com presença de petéquias subconjuntivais, estertores finos bibasais e sopro sistólico tipo ejetivo. Definida a internação hospitalar e iniciada hidratação venosa, observa-se melhora dos níveis tensionais, com PA=125x85mmHg. Os exames laboratoriais revelam leucocitose com desvio até metamielócitos, VHS elevado, aumento da proteína C reativa e das transaminases. Gasometria arterial da admissão com acidose metabólica, regularizada após hidratação venosa. No segundo dia de internação, a hemocultura mostra crescimento bacteriano. Diante desse quadro, pode-se classificar esse paciente como tendo:

- (A) sepse grave;
- (B) síndrome da resposta inflamatória sistêmica;
- (C) choque séptico;
- (D) bacteremia sintomática;
- (E) síndrome de disfunção orgânica múltipla.

27 Considere o paciente descrito na questão 26. Com a realização do ecocardiograma e evidência de vegetação oscilante com regurgitação moderada e severa sobre válvula mitral nativa, pode-se dizer que, dentre os agentes etiológicos abaixo, o mais provável de ser encontrado na hemocultura seria:

- (A) *Streptococcus sp* (grupo *viridans*);
- (B) *Haemophilus influenzae*;
- (C) *Listeria s*;
- (D) *Staphylococcus aureus*;
- (E) *Bacterioidis sp*.

28 Paciente HIV positivo com níveis de linfócitos CD4 inferior a 100cels/ml, cursando com febre baixa diária, cefaléia holocraniana e turvação visual com sinais de paralisia de 6º par craniano à esquerda, procura atendimento médico. No exame encontra-se somente discreta rigidez de nuca sem sinais de focalização ao exame neurológico. A tomografia computadorizada com contraste revela discreto edema cerebral difuso, e a punção lombar evidencia liquor (LCR) com pleocitose linfocítica, com glicose diminuída e proteínas aumentadas. O exame complementar que provavelmente definiria o quadro seria:

- (A) ressonância magnética nuclear com espectrofotometria;
- (B) angiorressonância magnética nuclear;
- (C) punção esteriotática da duramater;
- (D) pesquisa de adenosina deaminase (ADA) no LCR;
- (E) exame direto do LCR com tinta nanquim e soroaglutinação pelo látex.

29 Considere um paciente com crises frequentes de broncospasmo sem causa aparente. O exame complementar capaz de definir o diagnóstico de asma seria a espirometria:

- (A) com aumento de VEF1 superior a 15%, após aplicações de beta-adrenérgicos;
- (B) com VEF1 inferior a 50% do valor previsto ao repouso;
- (C) com volume residual normal e capacidade residual funcional diminuída;
- (D) padrão restritivo e melhora da capacidade vital, após uso de corticoide inalatório;
- (E) padrão restritivo e melhora da capacidade vital após uso de beta-adrenérgicos.

30 Em relação à glomerulonefrite pós-estreptocócica, pode-se afirmar que:

- (A) trata-se de uma síndrome nefrótica de evolução epidêmica;
- (B) geralmente surge após infecções causadas pelo streptococcus alfa-hemolítico;
- (C) cursa com insuficiência renal aguda oligúrica, hipertensão arterial e hematúria;
- (D) é mais comum em mulheres após a quarta década;
- (E) a presença de complemento (C4) alto e ASO = 100 define o diagnóstico da doença.

31 Na investigação da doença do refluxo gastroesofágico, com sintomas clínicos típicos e ausência de sintomas extraesofageanos, em pacientes acima de 40 anos, o primeiro exame a ser solicitado é:

- (A) endoscopia digestiva alta;
- (B) seriografia de esôfago (radiologia de esôfago contrastado);
- (C) pHmetria esofageana;
- (D) esofagomanometria;
- (E) impedâncio-pHmetria de duplo canal.

32 Na investigação laboratorial de doenças tireoidianas em pacientes oligossintomáticos, o exame de maior sensibilidade, considerando-se custo e acurácia diagnóstica, sendo, portanto, de maior indicação no rastreamento inicial, é:

- (A) TSH;
- (B) T4;
- (C) T4 livre;
- (D) T3;
- (E) TRH.

33 Considere um paciente previamente sadio, com quadro agudo de palpitação, apresentando hipotensão arterial e discreta sudorese com lipotínia, tendo exame eletrocardiográfico com evidência de *Flutter* atrial. O tratamento de escolha para fase aguda é:

- (A) adenosiva;
- (B) betabloqueador;
- (C) amiodarona;
- (D) quinidina;
- (E) cardioversão elétrica.

34 O antibiótico de escolha para tratamento da pancreatite aguda necro-hemorrágica, com sinais de infecção peripancreática, é:

- (A) ceftazidime;
- (B) cefotaxime;
- (C) ceftriaxone;
- (D) imipenem;
- (E) vancomicina.

35 Paciente cirrótico, com hepatite C crônica, sem indicações de tratamento, cursando com ascite de moderado volume sem sinais de complicações: o tratamento de escolha seria iniciar:

- (A) espironolactona em baixas doses e aumentar de acordo com controle de peso;
- (B) espironolactona em dose máxima e adicionar furosemida caso haja perda de peso inferior a 1Kg/dia;
- (C) espironolactona e propranolol em altas doses; caso não haja perda de peso, providenciar paracentese de alívio nos primeiros três dias;
- (D) com paracentese de alívio seguido de furosemida regular;
- (E) com paracentese de alívio seguido de espironolactona e propranolol.

36 A medida preventiva isolada mais eficaz e importante na prevenção da infecção hospitalar, sobretudo em unidades fechadas, é:

- (A) restringir a quantidade de visitas;
- (B) lavagem das mãos dos profissionais de saúde;
- (C) uso de capote estéril ou roupas de desinfecção;
- (D) uso rotineiro de máscaras faciais e luvas de procedimento;
- (E) uso de câmara de fluxo contínuo unidirecional na entrada das unidades fechadas.

37 O antibiótico de escolha para tratamento da leptospirose em sua forma grave é:

- (A) penicilina g. cristalina;
- (B) ceftriaxone;
- (C) ceftazidime;
- (D) vancomicina;
- (E) clindamicina.

38 Na suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar, o exame laboratorial com melhor acurácia clínica, dentre as opções abaixo, é:

- (A) gasometria arterial;
- (B) VHS;
- (C) proteína C reativa;
- (D) dosagem de D-dímero plasmático;
- (E) coagulograma com dosagem de fator VII.

39 Consideram-se indicações de diálise de urgência as abaixo relacionadas, EXCETO:

- (A) sinais clínicos de uremia com azotemia comprovada;
- (B) hiperpotassemia refratária ao tratamento clínico;
- (C) acidose metabólica refratária ao tratamento clínico;
- (D) edema agudo de pulmão;
- (E) hipertensão arterial com níveis sistólicos superiores a 180mmHg.

40 A presença de vasculite de vias aéreas inferiores acompanhada de glomerulonefrite e insuficiência renal aguda, geralmente precedida de sintomas de vias aéreas superiores e alterações laboratoriais típicas, com aumento de c-ANCA, sugere o diagnóstico de:

- (A) síndrome de Goodpasture;
- (B) granulomatose de Wegener;
- (C) poliarterite nodosa;
- (D) arterite de Takayasu;
- (E) granulomatose de Churg-Strauss.

41 Numa paciente jovem, com clínica de icterícia, prurido recorrente e febre baixa esporádica, tendo níveis de transaminases cerca de cinco vezes acima do valor normal, gama-GT e fosfatase alcalina 1,5 vezes acima do valor de normalidade, sorologias virais para HAV negativas, presença de marcadores HBsAG negativo, anti-HBs positivo, anti-HBc positivo e anti-HCV positivo, além de hipergamaglobulinemia com anticorpo anti-LKM 1 positivo, o provável diagnóstico seria:

- (A) hepatite C aguda;
- (B) hepatite B crônica;
- (C) hepatite autoimune;
- (D) colangite esclerosante primária;
- (E) cirrose biliar primária.

42 Para o acompanhamento clínico do paciente diabético tipo 2 em tratamento medicamentoso, sobretudo no que tange ao controle glicêmico recente, o exame mais indicado, dentre as opções abaixo, é:

- (A) glicemia de jejum;
- (B) teste oral de tolerância à glicose;
- (C) hemoglobina glicosilada;
- (D) dosagem de insulina sérica;
- (E) teste de Benedict ou glicosúria matinal.

43 Mulher, 48 anos, branca, com início há cerca de 20 meses de poliartrite simétrica não migratória, de articulações interfalangeanas proximais, punhos e tornozelos com rigidez matinal superior a 60 minutos, presença de nódulos subcutâneos em face extensora justaarticular, tendo dosagem de VHS elevada e radiografias das articulações com erosões e descalcificações ósseas justaarticulares, tem como provável diagnóstico:

- (A) osteoartrite;
- (B) artrite reumatoide;
- (C) artrite por microcristias;
- (D) lupus eritematoso sistêmico;
- (E) síndrome de Sjogren.

44 Paciente idoso, com início há cerca de 6 meses de tremores finos de repouso que melhoram com o movimento sem outros sintomas. Procurou atendimento clínico, sendo prescrito betabloqueador para tratamento de tremor essencial. Em 30 dias observou-se grande piora dos sintomas, com aumento dos tremores extremidades, que se agravam mediante stress, acompanhado de rigidez muscular e alterações de marcha, com nítida dificuldade de equilíbrio. Considerando-se o diagnóstico síndrome de doença de Parkinson, esperar-se-ia encontrar no exame neurológico:

- (A) bradicinesia;
- (B) hiper-reflexia profunda;
- (C) feflexo cutâneo-plantar em extensão;
- (D) hiperbulia com disdiadococinesia;
- (E) alteração da força muscular com distúrbios de propriocepção associados.

45 Na intoxicação alcoólica aguda de pacientes etilistas crônicos, deve-se associar na infusão venosa de glicose hipertônica, visando reduzir os danos ao SNC:

- (A) tiamina;
- (B) vitamina B12;
- (C) N-acetilcisteína;
- (D) ácido fólico;
- (E) piridoxina.

46 Paciente tabagista de longa data, com quadro de emagrecimento progressivo, tosse com hemoptoicos, dispneia progressiva com episódios de dispneia de repouso, acompanhada de febre esporádica não aferida que curse com início recente de dor em ombro com padrão de dor irradiada para território Ulnar, além de radiologia torácica mostrando imagem hipodensa em ápice de pulmão, com lesões líticas de primeiro e segundo arcos costais, sugere diagnóstico de:

- (A) síndrome de Horner;
- (B) síndrome de Pancoast;
- (C) síndrome da veia cava superior;
- (D) metástase óssea com linfangite carcinomatosa;
- (E) tuberculose pulmonar com disseminação óssea.

47 A principal causa de miocardite aguda em adultos jovens não usuários de drogas inalatórias ou venosas é:

- (A) artrite reumatoide;
- (B) infecções virais;
- (C) bacilo de Koch;
- (D) infecções bacterianas estreptocócicas;
- (E) doença de Chagas.

48 Em um paciente usuário crônico de Warfarina como anticoagulante, o exame mais indicado para acompanhamento dos níveis de coagulação é:

- (A) TAP;
- (B) PTT;
- (C) INR;
- (D) plaquetas;
- (E) hemograma.

49 Paciente jovem, com início insidioso de dor torácica retroesternal e dorsal, com piora durante a tosse, disfagia progressiva e dispneia esporádica, tendo radiologia e tomografia computadorizada do tórax mostrando massa hipodensa em região de mediastino posterior, tem como maior probabilidade diagnóstica:

- (A) tumor neurogênico;
- (B) linfoma de Hodgkins;
- (C) linfoma não Hodgkins;
- (D) timoma;
- (E) hipertensão arterial pulmonar.

50 Durante heparinização plena, com uso de heparina de alto peso molecular, a alteração laboratorial mais esperada é:

- (A) neutropenia;
- (B) plaquetopenia;
- (C) trombocitose;
- (D) leucocitose;
- (E) linfocitose.

51 Paciente masculino de 63 anos, com diagnóstico endoscópico e histopatológico de hérnia de hiato por deslizamento e esôfago de Barrett sem presença de displasia. A melhor conduta para o seguimento clínico é:

- (A) realizar endoscopia digestiva alta de 6/6 meses, com biópsias aleatórias a cada 2 cm, e nos quatro quadrantes;
- (B) realizar endoscopia digestiva alta em 6 a 12 meses, se continuar sem displasia, fazer acompanhamento endoscópico a cada 2 anos;
- (C) não é necessário seguimento endoscópico pelo esôfago de Barrett, visto que já foi evidenciado na biópsia que não há displasia;
- (D) complementar imediatamente o estudo com pHmetria e, caso confirmada a DRGE, propor tratamento cirúrgico com cardiomiectomia a Heller;
- (E) realizar nova endoscopia digestiva alta imediatamente, solicitando imunohistoquímica para avaliação de carcinoma *in situ*

52 Paciente jovem com hemorragia digestiva alta varicosa, com repercussão hemodinâmica, sinais de má perfusão periférica e distúrbios de coagulação. A droga de escolha capaz de reduzir o volume do sangramento é:

- (A) terlipressina IV;
- (B) omeprazol IV;
- (C) betabloqueadores VO;
- (D) betabloqueadores IV;
- (E) adrenalina SC.

53 O agente etiológico mais frequentemente envolvido nas meningites bacterianas agudas, após a quarta década, é:

- (A) *Neisseria meningitidis*;
- (B) *Streptococcus pneumoniae*;
- (C) *Staphylococcus epidermidis*;
- (D) *Haemophilus influenzae*;
- (E) *Leisseria monocytogenes*.

54 Dentre as drogas abaixo, aquela mais indicada para tratamento das crises de cefaleia tipo enxaqueca é:

- (A) propranolol;
- (B) amitriptilina;
- (C) ácido acetilsalicílico;
- (D) sumatriptano;
- (E) topiramato.

55 O tratamento farmacológico inicial para as crises asmáticas leves é:

- (A) corticoides IV;
- (B) corticoides inalatórios;
- (C) agonistas Beta2-adrenérgicos inalatórios;
- (D) metilxantinas IV;
- (E) anticolinérgicos inalatórios.

56 O mecanismo fisiopatológico mais comumente envolvido na gênese da insuficiência renal aguda é:

- (A) hipoperfusão renal (lesão pré-renal);
- (B) lesão glomerular ou mesangeal;
- (C) doença túbulo-intersticial aguda;
- (D) doença autoimune com depósitos celulares;
- (E) obstrução das vias urinárias (lesão pós-renal).

57 A droga de escolha (classe medicamentosa) para tratamento da crise aguda de gota (artrite por micro-cristais) é:

- (A) alopurinol;
- (B) corticoides venosos;
- (C) diuréticos de alça;
- (D) anti-inflamatórios não esteroidais;
- (E) diuréticos tiazídicos.

58 Paciente jovem com diagnóstico de diabetes mellitus insulino-dependente, usando insulina NPH 28 UI pela manhã e 12 UI à noite, procura atendimento devido a quadro de sudorese matinal e pesadelos noturnos, o que o motivou a medir sua glicemia capilar noturna e matinal. Nos últimos cinco dias encontrou resultados sempre abaixo de 50mg% na madrugada e superiores a 250mg% ao amanhecer. Diante dessa situação clínica, o diagnóstico e a conduta seriam:

- (A) cetoacidose diabética subclínica, sendo indicado aumento da dose da insulina matinal;
- (B) desidratação hiperosmolar, sendo indicado aumento da dose da insulina matinal;
- (C) efeito Somogyi, sendo indicada diminuição da dose da insulina noturna;

- (D) efeito Dawn, sendo indicada diminuição da dose da insulina noturna;
- (E) fenômeno da alvorada, sendo indicado aumento da dose da insulina noturna.

59 Paciente de 45 anos com queixas dispépticas há cerca de 4 meses. Realizou endoscopia digestiva alta na época quando identificou gastrite erosiva moderada de antro com teste de urease positivo. Fez tratamento com IBP por 28 dias e erradicação do *H. pylori* com esquema tríplice (IBP + amoxicilina + claritromicina) por 7 dias. Hoje, em nova endoscopia de controle, observa-se resolução endoscópica da gastrite erosiva, porém mantendo teste da uréase positivo e histopatológico com presença de bactéria à coloração com Giemsa. Nesse contexto, a melhor conduta seria:

- (A) repetir o tratamento com esquema tríplice (IBP + amoxicilina + claritromicina) por 14 dias;
- (B) iniciar esquema quádruplo com uso de subcitrato de bismuto e substituindo a claritromicina por tetraciclina ou ciprofloxacina;
- (C) iniciar esquema quádruplo, adicionando metronidazol ao esquema anterior;
- (D) iniciar esquema quádruplo, retirando a amoxicilina e adicionando metronidazol e tetraciclina;
- (E) não repetir o tratamento, uma vez que a gastrite erosiva já foi curada.

60 É fator de risco para o adenocarcinoma gástrico:

- (A) passado de úlcera duodenal;
- (B) presença de hiperplasia nodular linfóide na histologia gástrica;
- (C) pólipos de glândulas fúndicas;
- (D) gastrite crônica há mais de 15 anos;
- (E) gastrectomia subtotal há mais de 20 anos.